



MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
ET DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE

REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE  
UNION - DISCIPLINE - TRAVAIL

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE  
CONTRE LE SIDA



# Manuel de Normes et Procédures Techniques

pour

PREVENTION DE LA TRANSMISSION MÈRE-ENFANT DU VIH

Edition septembre 2015

## AVANT PROPOS

---

La prévention de la transmission de la Mère à l'Enfant du VIH (PTME) est une formidable avancée qui donne l'espoir à des millions de futures mères de voir leurs enfants naître sans infection à VIH, d'améliorer leur bien-être et partant celui de toute leur famille. Ceci, par le biais des conseils, de bonnes pratiques et de la prise d'antirétroviraux. Ces enjeux sont immenses mais, les femmes sont bien souvent démunies pour y faire face.

L'analyse de la situation a permis de dégager des goulots d'étranglements et proposer des mesures correctrices décrites dans le plan d'élimination de la Transmission Mère-Enfant (e-TME).

En Côte d'Ivoire la volonté politique est constante et le gouvernement s'est engagé dans l'initiative mondiale d'élimination de la transmission mère enfant du VIH. ; en plus du plan national d'élimination de la transmission mère enfant, des micro plans des Régions sanitaires ont été élaborés en intégrant l'aspect e-TME. – Toutes ces mesures permettront de relever le défi de la couverture et faire en sorte qu'au moins 90% des femmes enceintes séropositives aient accès aux ARV (Option B+)

Par ailleurs, dans le cadre du partenariat international contre le VIH et le sida, certains partenaires soutiennent l'action gouvernementale relative à la prévention de la transmission mère - enfant du VIH.

Tous ces efforts réunis permettent de rendre disponibles dans les structures sanitaires un paquet de services gratuits dans le cadre de la PTME.

Ce manuel de normes et procédures techniques révisé pour la PTME est destiné aux acteurs du système de santé. Une place de choix est accordée aux animateurs des équipes cadre de district, aux agents sociaux et communautaires impliqués dans la mise œuvre des activités de PTME afin d'en faire un bon usage. Il doit servir de guide pour la mise en œuvre et la dispensation de prestations de PTME de qualité.

Il sera adapté au rythme des avancées scientifiques et des besoins que rencontreront les acteurs sur le terrain.

Nous devons redoubler d'efforts, acteurs du système de santé, agents sociaux et communautaires pour faire reculer la pandémie du VIH/SIDA en Côte d'Ivoire.

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>9</b>
<b>I – GENERALITES.....</b>	<b>10</b>
I-1 EPIDEMIOLOGIE DE L’INFECTION A VIH EN CÔTE D’IVOIRE.....	10
I-2 VISION NATIONALE EN MATIERE DE PTME.....	11
I-3 PROBLEMATIQUE DE LA PTME.....	12
I-3 .1 Offres de services.....	12
I-3 .2 Demande de services.....	12
I-3.3 Goulots d’étranglements.....	14
I-4 CADRE ORGANISATIONNEL DE MISE EN ŒUVRE.....	15
I-4.1 Cadre institutionnel.....	15
I-4 .2 Organisation actuelle de la PTME.....	16
I-5 COMPOSANTES DE LA PTME.....	16
<b>II- NORMES DE LA PTME.....</b>	<b>17</b>
II-1 DEFINITION.....	17
II-2 NORME EN MATIERE DE FORMATION DES PRESTATAIRES.....	17
II-3 NORME DE FONCTIONNALITE DU SITE PTME.....	19
II-4 LES NORMES RELATIVES AUX COMPOSANTES DE LA PTME.....	20
II-4 .1 Prévention primaire.....	<b>20</b>
II-4.2 Prévention des grossesses non désirées chez les femmes enceintes séropositives.....	23
II-4.3 Prise en charge de la femme enceinte séropositive.....	23
II-4 .4 Prise en charge de l’enfant exposé et infecté.....	23
II-5 MOBILISATION COMMUNAUTAIRE.....	24
II-6 SUIVI EVALUATION.....	25
II-6 .1 Organisation du système de suivi évaluation.....	25
II-6 .2 Les outils de collecte de données et les indicateurs.....	26
<b>III- PROCEDURES DE LA PTME.....</b>	<b>34</b>
III-1 DEFINITION.....	34
III-2 PROCEDURES EN MATIERE DE FORMATION DES PRESTATAIRES.....	34
III-3 PROCEDURES DE FONCTIONNALITE DU SITE PTME.....	34
III-4 PROCEDURES RELATIVES AUX COMPOSANTES DE LA PTME.....	34
III-4 .1 Prévention primaire.....	35
III-4 .2 Prévention des grossesses non désirées chez les femmes enceintes séropositives.....	35
III-4 .3 Prise en charge de la femme enceinte séropositive .....	36
III-4.4 Prise en charge de l’enfant exposé et infecté.....	45
<b>IV- PROCEDURES MOBILISATION COMMUNAUTAIRE.....</b>	<b>45</b>
<b>V- PROCEDURES D’APPROVISIONNEMENT ET DE GESTION DES     STOCKS ET MEDICAMENTS .....</b>	<b>47</b>
<b>VI- PROCEDURES DE GESTION DES DECHETS .....</b>	<b>48</b>
<b>VII- PROCEDURES SUIVI EVALUATION.....</b>	<b>49</b>
III-8.1 Suivi .....	49
III-8.2 Evaluation.....	49
<b>VIII-ANNEXES.....</b>	<b>53</b>

# Note d'information sur l'utilisation du manuel

Ce manuel sur la Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME) a été spécialement conçu à l'intention des acteurs du système de santé, des agents sociaux et communautaires impliqués dans la mise en œuvre des activités PTME.

Ce manuel a été rédigé pour :

- harmoniser les pratiques en matière de PTME ;
- aider les gestionnaires de programmes, les prestataires dans les centres de santé et les agents de santé communautaire à mettre en œuvre et à dispenser des prestations pour une PTME de qualité ;
- aider les acteurs sociaux et agents communautaires à promouvoir la PTME au sein de la communauté ;
- accélérer l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH.

## **Remerciements**

---

Nos remerciements aux personnes et aux institutions qui ont contribué à l'élaboration de ce document.

### **Pour le Comité de Coordination :**

**Dr ABO Kouame – Directeur coordonnateur, PNLS**

**Dr Ahoba BOBO Irma – Directeur coordonnateur Adjoint, PNLS**

**Dr DJETY Guy - Chef de Service PTME, PNLS**

**Dr AKA David – Point Focal PTME, PNLS**

**Dr COULIBALY Makan (Consultant)**

### **Pour le Comité de Rédaction**

## Liste des Abréviations

---

ABC	Abacavir
AES	Accident d'Exposition au Sang
ARV	Antirétroviraux
AS	Aide- Soignante
ASA	Aide- Soignante Adjoint
ASC	Agent de Santé Communautaire
AZT	Zidovudine
CC	Conceiller communautaire
CCC	Communication pour un Changement de Comportement
CDV	Conseil et Dépistage Volontaire
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CHR	Centre Hospitalier Régional
CPN	Consultation Périnatale
DBS	Dried Blood Spot
DITRAME	Projet de Diminution de la Transmission Mère Enfant du VIH (ANRS)
DRSLS	Direction Régionale de la Santé et de la Lutte contre le Sida
DDLSL	Direction Départementale de la Lutte contre le Sida
DTCP	Vaccin contre la Diphtérie le Tétanos La Coqueluche et la Poliomyélite
ECD	Equipe Cadre de District
EFV	Efavirenz
ELISA	Enzyme Linked ImmunoSorbent Assay
ES	Etablissement sanitaire
ESPC	Etablissement Sanitaire de Premier Contact
eTME	Elimination de la Transmission Mère-Enfant
FS	Formation sanitaire
FSTI	Fonds de Solidarité Thérapeutique Internationale
HG	Hôpital Général
IEC	Information – Education - Communication
IOS	Infections Opportunistes
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
LPV/r	Lopinavir/ritonavir
MAMA	Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée
MSLS	Ministère de la Santé et de la lutte contre le SIDA
NVP	Nevirapine
OEV	Orphelins et enfants rendus vulnérables
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PCR	Polymerase Chain Reaction
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PF	Planification Familiale
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
PEPFAR	Fonds pour le programme présidentiel américain d'urgence de lutte contre le sida
NPSP-CI	Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique de Côte d'Ivoire
PTME	Prévention de la Transmission Mère-enfant du VIH
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH/SIDA
RETROCI	Retrovirus Côte d'Ivoire (Projet RETROCI)
SEPS	Syndrome d'Épuisement Professionnel des Soignants
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SME	Santé de la Mère et de l'Enfant
TDF	Tenofovir

3TC	Lamuvudine
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VAT	Vaccin Antitétanique
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

## **Liste des Tableaux**

Tableau I : Récapitulatif des domaines de formation et des cibles

Tableau II : Indicateurs PTME

Tableau III : Outils de collecte des données

Tableau IV : Conditionnalité de l'offre de service

Tableau V : Organisation des activités communautaires

## **Liste des Graphiques**

Figure 1 : Cartographie de la prévalence du VIH

## INTRODUCTION

Depuis le succès des premiers essais avec la Zidovudine pour la Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME) du VIH réalisé dans les pays au sud du Sahara, la plupart des pays ont aujourd'hui une couverture entre 40% et 70% ; mais cela semble encore insuffisant pour atteindre les objectifs d'élimination de la transmission mère enfant (taux de transmission inférieur à 5%).

Ces progrès ont pu être réalisés grâce à l'implication de tous les acteurs munis d'outils tels que le manuel de procédures en vue d'harmoniser les pratiques et optimiser l'impact de la PTME. Le dernier manuel de procédure en Côte d'Ivoire date de 2007 et n'est plus en adéquation avec les progrès réalisés dans la prophylaxie antirétrovirale d'une part et d'autre part, dans la stratégie globale de la PTME, qui a fait l'objet des dernières recommandations de l'OMS.

La Côte d'Ivoire fait partie des 22 pays prioritaires au monde en raison de l'importance de sa prévalence au VIH. Elle s'est engagée dans l'initiative mondiale d'élimination de la transmission mère - enfant en :

- élaborant le plan e-TME dont la mise en œuvre est basée sur les micro-plans des Régions sanitaires
- adoptant les dernières recommandations OMS 2013 (Option B+)
- adoptant la délégation de tâches

Toutes ces actions qui devraient permettre à la Côte d'Ivoire d'atteindre l'objectif d'e-TME ne peuvent être efficaces que si le manuel de procédures PTME est révisé et largement diffusé aux prestataires de santé. Ainsi, le respect des Normes et Procédures conduira à une harmonisation des pratiques, gage du succès pour l'élimination de la transmission mère-enfant dont l'échéance était fixée à fin 2015.

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 vivant avec le VIH à son enfant.
- Le traitement, les soins et le soutien, aux femmes, leurs conjoints et aux enfants vivants avec le VIH et leurs familles

## I-EPIDEMIOLOGIE DE L'INFECTION A VIH EN CÔTE D'IVOIRE

La Côte d'Ivoire fait partie des pays les plus affectés par le VIH/sida en Afrique de l'Ouest. En effet, on estime à 460 000 [420 000 – 510 000] le nombre de personnes vivant avec le VIH (ONUSIDA, 2014). Par ailleurs, la prévalence nationale, bien qu'elle ait une tendance à la baisse reste encore élevée. En effet, avec une prévalence de 4,7 % en 2005, elle enregistre en 2012 une prévalence nationale de 3,7 % (EDS-MICS, 2011-2012). Ainsi, la Côte d'Ivoire, avec une population de plus de 40% de jeunes, vit une situation d'épidémie généralisée avec une forte concentration chez les populations clés.

Une autre caractéristique de l'épidémie du VIH dans le pays est que les femmes sont de loin plus touchées que les hommes avec 4.6% contre 2.7% (EDS-MICS, 2012). Par ailleurs, l'on note une grande disparité dans la distribution de l'épidémie sur le territoire ivoirien. Par exemple, les valeurs « extrêmes » de la prévalence se retrouvent particulièrement dans les régions d'Abidjan (5.1%), le Centre Nord (4.4%) et le Sud-Ouest (4.3%) versus le Nord-Est (2.3%), le Nord-Ouest (2.3%) et le Centre Ouest (2.2%).

Le nombre de décès dus au VIH/sida en Côte d'Ivoire est de l'ordre de 22 000 [18 000-30 000] (ONUSIDA, 2014)<sup>1</sup>, ce qui correspond à un taux de mortalité d'environ 110 pour 100 000 habitants.

Les nouvelles infections par le VIH/Sida tous âges confondus ont chuté entre 2000 et 2014 de plus d'un de 50% (47000 à 21000), selon les estimations 2015 de l'ONUSIDA. Chez les enfants, la baisse constatée est de 9 200 à 3 900 sur la même période.

---

<sup>1</sup> Rapport ONUSIDA 2014

## Répartition géographique inégale

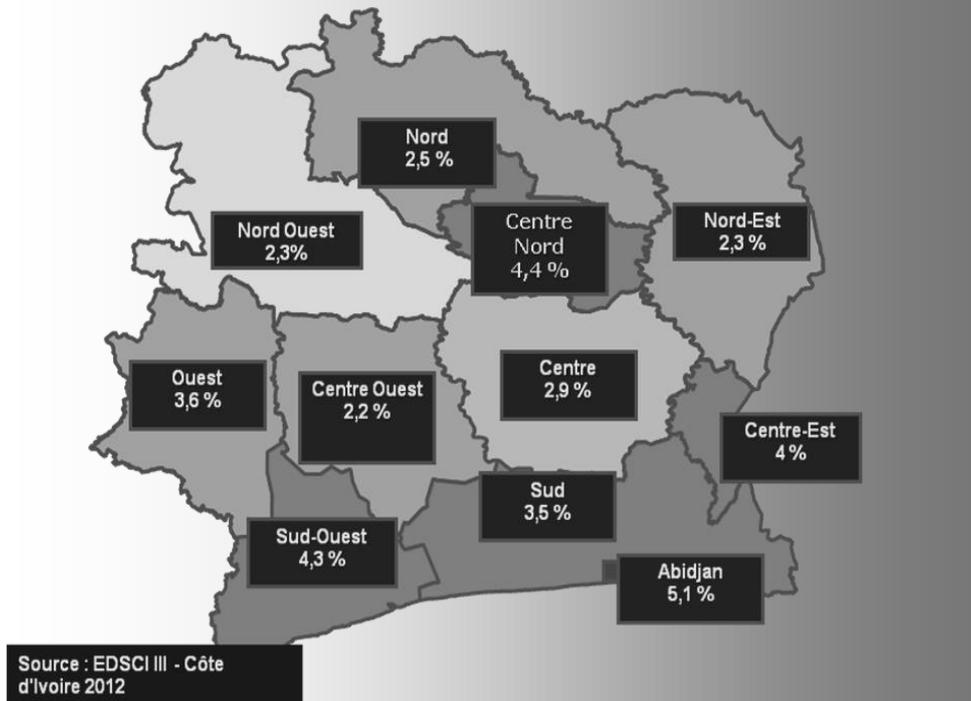


Figure 1 : Cartographie de la prévalence du VIH

### I-2 VISION NATIONALE EN MATIERE DE PTME

La Côte d'Ivoire s'est engagée dans la nouvelle vision globale d'élimination de la Transmission Mère-Enfant du VIH (e-TME). Ainsi, à travers le plan national d'élimination de la transmission mère-enfant du VIH 2012-2015, il s'agit de réduire les nouvelles infections pédiatriques de 90% et de ramener le taux de transmission verticale du VIH en dessous de 5%.

La vision nationale de la réponse au VIH/Sida se décline en la déclaration ci-après :

« Une Côte d'Ivoire où l'épidémie à VIH est maîtrisée à travers une prévention, une prise en charge de qualité, une coordination efficace des interventions à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, et la participation des secteurs public, privé et communautaire pour une meilleure santé de la population »

### **I-3 PROBLEMATIQUE DE LA PTME**

La Côte d'Ivoire fait partie des 22 pays prioritaires en matière de PTME dans le monde. Par ailleurs, à l'instar des autres pays, elle présente des insuffisances aussi bien de l'offre que de la demande de services PTME.

#### **I-3.1 L'offre de services**

Les services de Prévention de la transmission du VIH de la Mère à l'Enfant sont intégrés aux services de consultations prénatales et de maternité. Cette stratégie d'intégration a permis de passer de 869 sites en 2012 à 1231 sites PTME en 2014 (Rapport VIH 2014).

De 2013 à 2014, on note un accroissement de 18% du nombre de centres de santé offrant les services de PTME. En effet, en 2014 sur 1636 établissements offrant les services de CPN et Maternité, 1231 mènent les activités de PTME, soit un taux de couverture de 75%. Il est à noter que le plan e-TME 2012-2015 prévoit un taux de couverture de 95%. Par ailleurs, on observe une inégale répartition des sites PTME à travers le pays.

La couverture nationale en offre de soins et traitement des régions et des districts sanitaires, est restée constante à 100% depuis 2012. Cependant, cela cache une disparité aussi bien intra régionale que départementale.

Le nombre de sites de soins et traitement a progressivement augmenté de 2012 (529 sites) à 2014 (746 sites), avec un taux d'accroissement de 13% de 2012 à 2013, de 25% de 2013 à 2014

Le nombre d'enfants mis sous ARV est passé de 1 711 à 4571 de 2013 à 2014 soit une progression de 5 % à 11% des nouvelles inclusions.

Les proportions des nouvelles inclusions par tranche d'âge restent sensiblement constantes de 2012 à 2013 (5%) et ont connu un bond en 2014 (11%). Ces chiffres traduisent les efforts consentis par le MSLS à travers le PNLIS dans la prise en charge pédiatrique au regard de la cible nationale qui est de 8%, la part d'enfants mis sous traitement ARV. Au niveau national, de 2012 à 2014, on constate une croissance de la file active aussi bien chez les enfants que chez les adultes. En effet, chez les enfants, elle est passée de 5579 en 2012 à 6779 en 2013, puis à 6932 en 2014. En ce qui concerne les adultes, elle est passée de 104347 en 2012 à 116180 en 2013, puis 133778 en 2014.

### **I-3.2 La demande de services**

#### **Femmes enceintes vues en CPNI**

En 2014, sur 938 571 grossesses attendues, 779761 femmes enceintes qui ont été vues en CPNI soit un taux d'utilisation des services de CPN de 83%. Parmi celles-ci, seulement 674324 ont bénéficié des services PTME soit 86,5%. On note un écart de 13,5% qui pourrait s'expliquer d'une part par la non prise en compte de l'ensemble des données du secteur privé et parapublic et d'autre part par le groupe des femmes enceintes qui n'ont réalisé aucune CPN. Le nombre de femmes enceintes conseillées en 2014 est de 778 472, soit 99,8% des femmes enceintes vues en CPN/ maternité. Le nombre de femmes enceintes conseillées est en progression de 21% par rapport à celui de l'année 2013.

#### **Conseil et dépistage en PTME**

En 2014, sur 778 472 femmes enceintes conseillées 751 419 ont été dépistées ; soit un taux d'acceptation de 96,5%, quasiment stable au regard de celui de 2013 qui était de 97%. En revanche, concernant le retrait du résultat du test de dépistage, on observe une légère hausse avec un taux de 97, 5% contre 97% en 2013. Parmi les femmes enceintes dépistées en CPN et en Maternité, 14 436 se sont révélées séropositives au VIH, soit un taux de séropositivité de 2% en baisse par rapport à 2013 qui était de 3,4%..

#### **Accès aux ARV dans le cadre de la PTME**

La mise sous ARV des femmes enceintes séropositives au VIH est systématique ; c'est un des moyens essentiel de prévention de la transmission mère-enfant du VIH., soit en prophylaxie soit en traitement de la mère infectée. L'éligibilité au traitement ARV des femmes enceintes séropositives au VIH, était conditionnée par le bilan initial (taux de CD4) dans l'option B. Ainsi, en 2014, sur 22337 femmes enceintes séropositives au VIH attendues, 17 763 (**79,5%**) ont reçu des ARV pour la réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Parmi celles-ci, 13 271 (66,49%) ont reçu une prophylaxie ARV pour elle-même, et 4 492 (22,50%) ont été mises sous traitement ARV. Ce taux de femmes enceintes séropositives au VIH mises sous ARV est en hausse par rapport à celui de l'année 2013 qui était de 70 %, mais reste faible par rapport aux objectifs fixés par l'e-TME (90%). En 2014, ce sont 4 492 femmes enceintes séropositives sur 9762 éligibles qui ont été mises sous traitement ARV, soit 46, 01%.

En ce qui concerne les enfants nés de mères séropositives, les données de 2014 indiquent que sur 14436 femmes dépistées positives, seulement 9895 mères ont reçu une dose d'ARV pour leur enfant, soit 68,5%.

### **I-3.3- Les goulots d'étranglement**

Le plan e-TME 2012-2015 qui a suivi l'analyse de la situation en 2011 avait permis de dégager cinq goulots d'étranglements au niveau de la qualité des services qui étaient :

- Une forte proportion (91,5%) de femmes enceintes VIH positif éligibles qui ne bénéficient pas de traitement ARV.
- Une faible proportion (8%) de femmes en âge de procréer utilise les méthodes contraceptives modernes. Cela est dû à la faible couverture en services PF, à de fréquentes ruptures de stocks de contraceptifs liées à une insuffisance de financement qui est aggravée par une faible coordination des intervenants.
- Une forte proportion d'enfants séropositifs n'a pas accès au traitement ARV. En effet, 90% des enfants séropositifs attendus nés de mères infectées ne bénéficient pas de traitement ARV.
- Une forte proportion de femmes n'adopte pas de bonnes pratiques d'alimentation pour leur enfant. Seulement 6,3% des femmes pratiquent l'allaitement exclusif au sein pendant les 6 premiers mois suivant la naissance.
- La problématique du rôle et des responsabilités du district comme entité opérationnelle du système de santé constitue un goulot majeur dans le cadre des interventions VIH. Elle se caractérise par une insuffisance du leadership du district dans la chaîne de planification, de mise en œuvre, de supervision et de suivi évaluation des interventions VIH ;

Par ailleurs, bien d'autres goulots pourraient être identifiés, à savoir :

- **Intrants** : Les ruptures sont fréquentes car 69,6% des structures offrant la CPN, ont eu des ruptures de stock de plus de 5 jours en test de dépistage durant les 3 derniers mois en 2012. Ceci, du fait de l'insuffisance de formation des prestataires de santé en gestion des stocks et de l'insuffisance de supervisions par le district sanitaire.

- **Ressources humaines** : Ce faible nombre de ressources humaines formées s'explique par une stratégie et des procédures de formation lourdes et coûteuses. De ce fait on constate des approches parallèles non harmonisées de formation (formation sur site) des prestataires utilisés par certains partenaires d'appui techniques.

-**Accessibilité géographique et financière** : Selon le PNDS 2012, en 2007, seulement 44% de la population vivait à moins de 5 km d'un établissement sanitaire de premier contact, 27% entre 5 et 15 km, et 29 % étaient dans l'obligation de parcourir plus de 15 km pour avoir accès à un établissement de santé. Par ailleurs, bien que les interventions de PTME soient gratuites, le coût lié aux bilans prénatals peut constituer un frein pour l'utilisation des services.

## **I-4 CADRE ORGANISATIONNEL DE MISE EN ŒUVRE**

### **I-4.1 Cadre institutionnel**

Par arrêté N° 449 MSLS /CAB du 05 août 2015, un programme national de lutte contre le SIDA (PNLS) est créé au sein du Ministère de la Santé et de la Lutte contre le SIDA (MSLS).

Le PNLS comprend :

- Le Directeur Coordonnateur ;
- Le Directeur Coordonnateur Adjoint ;
- 12 services (Prise en Charge des IST, Conseil et Dépistage, Prévention de la transmission de la mère et de l'enfant, Soins et Traitement, Soins et Soutien, Médicament et Laboratoire, Population Hautement Vulnérable, Suivi – Evaluation, Recherche, Mobilisation Sociale, Communication, Administratif et Financier) gérés par des Chargés d'études ayant rang de Sous Directeurs .

Le service PTME (Prévention de la Transmission Mère Enfant) a pour mission essentielle de coordonner les interventions de PTME. Cette coordination s'effectue en lien avec les autres secteurs impliqués de près ou de loin dans ce domaine.

#### **I-4.2 Organisation actuelle de la PTME**

La mise en œuvre de la PTME repose sur le district sanitaire, unité opérationnelle du système de santé. C'est donc au niveau de chaque district que se déploient les différentes stratégies adoptées au niveau national. Les districts assurent la supervision des soins dans les centres de santé. La PTME est réalisée dans les services de SME disposant des ressources humaines formées.

L'organisation de la PTME repose sur l'utilisation des documents nationaux, notamment le document de procédures ainsi que les directives nationales. Les districts sont sous l'autorité et la coordination des régions sanitaires. Les districts sont appuyés administrativement par les régions sanitaires et techniquement par les partenaires de mise en œuvre. Ils ont pour rôle de i) accompagner la mise en œuvre des programmes de prise en charge globale du VIH en Côte d'Ivoire, ii) de contribuer au renforcement du système de santé, iii) d'apporter un appui technique dans la gestion des ressources.

Pour l'ensemble de ces activités, les différents partenaires de mise en œuvre sont repartis entre les régions pour une meilleure coordination des interventions VIH.

Les activités de supervisions sont réalisées par les équipes cadres de Districts (ECD).

#### **I-5 COMPOSANTES DE LA PTME**

On distingue 4 piliers ou composantes qui constituent les axes stratégiques d'interventions :

- Pilier I : Prévention primaire chez les femmes en âge de procréer ;
- Pilier II : Prévention des grossesses non désirées chez les femmes vivants avec le VIH;
- Pilier III : Prévention de la Transmission du VIH d'une femme vivant avec le VIH à son enfant ;
- Pilier IV : le traitement, les soins et le soutien aux femmes, leurs conjoints, les enfants vivants avec le VIH et leurs familles.

Le présent document de normes et procédures est donc bâti autour de ces quatre axes ; en plus de cela, il faut prendre en compte le renforcement du système de santé et la mobilisation communautaire, car ces deux éléments sont essentiels pour atteindre l'objectif d'élimination de la transmission verticale.

## **II- NORMES DE LA PTME**

### **II-1 DEFINITION DE LA NORME**

Les normes de PTME sont les règles et moyens requis pour la mise en œuvre des activités de prévention de la transmission mère-enfant du VIH.

La norme doit remplir deux conditions :

- être reproductible en utilisant et respectant les conditions qui sont indiquées ;
- avoir reçu la reconnaissance de tous.

C'est un référentiel qui s'impose à tous les acteurs. Il leur est commun et propose des solutions techniques. La norme est utilisée pour simplifier les relations contractuelles.

### **II-2 NORMES EN MATIERE DE FORMATION DES PRESTATAIRES**

#### a) Types de formation

Il faut distinguer deux types de formation :

- la formation initiale ou de base qui est réalisée dans les écoles de formation des professionnels de santé ;
- la formation continue qui s'adresse aux prestataires en activité.

Toutes les formations continues doivent être réalisées au niveau local par le pool régional de formateurs, sous la coordination opérationnelle de la région, en lien avec le district-hôte.

Une formation complète doit être réalisée pour les prestataires ne menant pas encore les activités. Cette formation se décline en 2 phases : une en salle, complétée par une seconde phase d'accompagnement ou coaching des prestataires qui doit être réalisé immédiatement ; au plus tard dans les deux (02) semaines qui suivent la formation en salle.

Pour les prestataires déjà formés qui mènent les activités sur les sites, une mise à niveau ponctuelle doit être réalisée en cas de changement de directives, d'adoption de stratégies innovantes et lors des supervisions.

Par ailleurs, des mises à niveau doivent être proposées tous les deux (02) ans pour les prestataires qui mènent déjà des activités (innovation et actualisation des connaissances, etc.).

En ce qui concerne les acteurs communautaires, ceux-ci doivent être formés au Conseil-Dépistage (CD), à l'Observance du traitement, en Communication pour le Changement de Comportements (CCC) et **en Santé Positive Dignité et Prévention (SPDP)**.

b) Planification

Les besoins en formation aussi bien des prestataires de santé que des acteurs communautaires doivent être exprimés par les districts sanitaires en vue de l'élaboration des plans régionaux de formation. Par ailleurs, chaque district doit disposer d'un plan annuel de formation indiquant le chronogramme formation –coaching validé par la région. Ces plans doivent être agréés au niveau de la région sanitaire.

c) Organisation

L'organisation des formations se fait localement sous la responsabilité de la Direction Régionale de la Santé en lien avec les districts avec l'appui des partenaires techniques.

d) Coordination

On distingue deux(02) niveaux de coordination :

- La coordination centrale est assurée par le PNLIS. Elle consiste à la validation des Termes de Référence, au suivi de l'exécution des plans de formation et la réception des rapports de formation en vue de leur exploitation et le renseignement de la base de données nationales des formations.
- La coordination opérationnelle est assurée par la Direction Régionale de la Santé en lien avec le district avec l'appui des partenaires techniques. Elle consiste à :
  - élaborer les Termes de référence
  - autoriser la participation des prestataires
  - veiller à la tenue de l'atelier
  - validation des rapports d'atelier et transmission au PNLIS
  - renseigner la base de données régionale des formations

e) Formateurs

Ils proviennent du Pool national de formateurs. Des pools régionaux de formateurs sont constitués afin de servir de cadre pour la décentralisation des formations.

**Tableau I : Récapitulatif des domaines de formation et des cibles**

<b>QUOI</b>	<b>QUI</b>	<b>OU</b>
<b>DOMAINE PREVENTION (CD/ IST /PTME/SPDP)</b>	Médecin ; Sage-femme ; Infirmier, ASC ; Conseiller communautaire ; Assistante Sociale Adjointe (ASA)	Site/ District/Région
<b>DOMAINE TRAITEMENT ARV</b>	Médecin ; Sage-femme ; Infirmier	Site/ District/Région
<b>DOMAINE CCC</b>	Médecin ; Sage-femme ; Infirmier ; AS ; Aide- soignant ; ASC ; CC ; ASA	Site/ District/Région

### **II-3 NORMES DE FONCTIONNALITE D'UN SITE PTME**

Les activités de PTME doivent être menées dans les structures sanitaires encore appelée sites qui offrent des services de Santé maternelle Néonatale et Infantile (SMNI), et répondant aux critères suivants :

Un centre de santé est fonctionnel en matière de PTME lorsqu'il intègre en son sein, l'offre de service de :

- Conseil-Dépistage
- CPN
- Accouchement à moindre risque ;
- Suivi post-natal ;
- Conseil nutritionnel ;
- Administration des ARV en traitement ;
- Référence – Contre référence ;
- Soutien communautaire (groupe d'auto-support, Relai communautaire).

Pour chaque district sanitaire les critères suivants doivent être respectés en vue d'atteindre les objectifs d'élimination de la transmission mère enfant ;

- Au moins 80% des établissements sanitaires offrant la CPN ont intégré les activités de PTME ;

- Il existe un système de référence et contre référence fonctionnel ;
- L'équipe cadre de district est fonctionnelle (réunion, supervision, rapports).

## **II-4 NORMES RELATIVES AUX COMPOSANTES DE LA PTME**

### **II-4.1 La prévention primaire**

Elle consiste à la mise en œuvre d'un ensemble d'activités de sensibilisation et de communication afin d'éviter les nouvelles contaminations au VIH (rapports sexuels protégés, retardement de l'âge du premier rapport sexuel, etc.) chez les populations cibles. Elles visent à obtenir un changement de comportement.

**Il s'agit :**

**Pour le prestataire de :**

#### **a) Proposer systématiquement le dépistage lors de toute consultation**

Dès le premier contact avec la femme enceinte, le dépistage sérologique du VIH par les tests rapides doit être systématiquement proposé par le personnel soignant, quel que soit l'âge de la grossesse. En cas de refus, cette proposition sera renouvelée lors des consultations ultérieures. Le test de dépistage est réalisé selon l'algorithme national en vigueur par le prestataire de santé et toute personne formée à cet effet au poste de CPN ou en maternité. Ce test est fait par piqûre au bout du doigt et le résultat est donné immédiatement à la femme enceinte après lecture.

Par ailleurs, toutes les femmes enceintes doivent effectuer au moins quatre (04) consultations prénatales obligatoires en Côte d'Ivoire en vue de dépister et prendre en charge toutes les affections, y compris l'infection à VIH. Lors des consultations prénatales, toutes les femmes enceintes doivent bénéficier de soins prénatals administrés par un personnel qualifié, et disposer d'un **carnet de santé mère-enfant**.

La PTME repose notamment sur le dépistage de la femme enceinte. Il s'agit du Dépistage à l'initiative du prestataire proposé au client. En effet, l'on part du principe que le client venu solliciter des services devrait recevoir systématiquement, en plus des autres services attendus, le dépistage du VIH. Ainsi, la démarche consiste à informer le client de la disponibilité du service de dépistage et progressivement dérouler la démarche procédurale que l'on conduit pour le dépistage au VIH, quitte à lui d'en opposer un refus. Au cas où le client n'y oppose aucun refus, le prestataire procèdera à l'acte de dépistage.

Celui-ci doit se faire dans le Service de Santé Maternelle Néonatale et Infantile (SMNI) au cours des CPN, de préférence lors de la première CPN. Le dépistage doit être réalisé par tout personnel soignant, selon l'algorithme national de dépistage du VIH en vigueur. Un test de contrôle devra être proposé avant l'accouchement ou dans les suites de couches, afin de dépister des cas de séroconversion ou de nouvelle infection chez les femmes enceintes testées négatives. Le résultat du test VIH doit être rendu, après le délai de lecture, ou à l'issue de la consultation, dans un endroit qui garantisse la confidentialité de l'information. Le personnel doit assister la femme enceinte séropositive en apportant un soutien en vue de gérer les émotions.

Par ailleurs, les grossesses à risque identifiées seront orientées, si nécessaire, vers un centre de référence pour une meilleure prise en charge.

### **b) Offrir le Dépistage et le Conseil VIH aux partenaires sexuels des femmes dépistées séropositives**

Tous les conjoints/partenaires des femmes enceintes séropositives doivent être invités à se faire dépister. Ils seront encouragés à réaliser leur dépistage au VIH.

Cette action est décisive dans la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, car il existe un véritable risque de contamination ou de surinfection de la femme enceinte par le VIH en cas de conjoint infecté. Le statut du conjoint est donc important à connaître lorsqu'une femme enceinte est enrôlée dans le programme PTME.

#### **Le matériel de prélèvement**

- lancette stérile rétractable à usage unique ;
- éthanol ou isopropanol à 70° ;
- coton hydrophile ;
- compresse stérile ;
- bandage adhésif (sparadrap) ;
- gants propres ;

#### **Le matériel de dépistage**

- tests de dépistage ;
- conteneurs de déchets tranchants ;
- sacs poubelles ;

- pissettes d'eau de javel ;
- pissettes d'alcool ;
- gants propres ;
- chronomètre ;
- antiseptique ;
- désinfectant ;
- papier essuie-tout.

**Le matériel de contrôle qualité**

- Kit de contrôle interne ;
- papier filtre ;
- support de séchage des papiers filtre.

**c) Faciliter l'accès aux préservatifs.**

Cela se fait par la promotion et la fourniture des préservatifs aux clients.

**d) Pratiquer un dépistage individuel et un traitement précoce des Infections Sexuellement Transmissibles (IST).** Ces étapes sont importantes au cours de la consultation prénatale car les IST font le lit de l'infection à VIH. Ces affections doivent donc être systématiquement recherchées et correctement traitées, conformément aux algorithmes de prise en charge des IST en vigueur.

**e) Offrir une prise en charge adéquate (ARV) dans un délai de 72 heures aux victimes de viols, selon le protocole national.**

En effet, la prise en charge médicale du viol constitue une urgence, car le risque de transmission du VIH est réel. La mise sous antirétroviraux de la victime doit se faire dans les 72 heures qui suivent l'acte en vue de maximiser les chances d'éviter toute contamination par le VIH.

**f) Promouvoir des pratiques sexuelles responsables et à moindre risque.**

La Communication pour le Changement de Comportement vise à déconseiller les comportements à risque. A cet effet, elle doit fournir des informations exactes relatives aux

risques individuels d'infection, aux modes de transmission du VIH et aux moyens efficaces de bloquer la transmission.

**g) Assurer la promotion des services de CPN**

Cette action s'intègre dans le cadre de la mobilisation communautaire en vue d'accroître l'utilisation des services, d'assurer le continuum de soins, d'améliorer la rétention et l'observance des clients.

**II-4.2 Planification familiale**

La Planification Familiale est une composante essentielle de la PTME en vue de l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH. Elle doit être offerte aux femmes enceintes et allaitantes afin de prévenir des grossesses non désirées, en particulier aux femmes séropositives. Le prestataire doit donc offrir les méthodes contraceptives en vigueur en Côte d'Ivoire et disponibles dans la structure sanitaire tout en insistant sur la méthode de la double protection chez la femme séropositive.

Il doit accompagner la femme séropositive afin de choisir la période appropriée pour une grossesse ultérieure. En effet, la période propice pour concevoir un enfant en cas de séropositivité est la période dans laquelle la charge virale est basse, voire indétectable.

Le risque de transmission mère-enfant du VIH est réduit au minimum.

**II-4.3 Prise en charge de la femme enceintes séropositives au VIH**

Toutes les femmes enceintes séropositives doivent bénéficier d'un traitement antirétroviral à base de trois (03) antirétroviraux : 2 INNRT et 1 INRT. Les molécules choisies seront celles en vigueur dans le pays. Ce traitement ne doit pas être conditionné par la réalisation de la numération des CD4 et du bilan initial. C'est un traitement à vie qui doit être initié précocement. Ce traitement doit aussi être dispensé par des Sages-femmes et des Infirmiers, prestataires des services SME, sous la supervision du Médecin dans le cadre de la délégation des tâches.

**II-4. 4 Prise en charge de l'enfant exposé**

**a) Prophylaxie ARV**

Tous les enfants nés de mères séropositives doivent bénéficier d'antirétroviral à visée prophylactique pendant 4 semaines. Le choix de l'antirétroviral dépendra du type de virus de la mère.

***NB : Les ARV doivent être disponibles en CPN et salle d'accouchement.***

### **Diagnostic précoce**

Tous les enfants nés de mères séropositives doivent bénéficier d'un diagnostic précoce par la méthode PCR à la 6<sup>ème</sup> semaine de vie pour une prise en charge précoce des cas de séropositivité.

#### **b) Prophylaxie au Cotrimoxazole**

Tous les enfants nés de mères séropositives doivent bénéficier du Cotrimoxazole à partir de la 6<sup>ème</sup> semaine de vie.

#### **c) Traitement ARV**

Les enfants nés de mères séropositives et diagnostiqués positifs pour le VIH doivent bénéficier du traitement antirétroviral selon les directives nationales

#### **d) Alimentation du nourrisson et du jeune enfant né de mère infectée par le VIH**

Pour l'alimentation du nourrisson, deux options sont recommandées :

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

***NB : L'allaitement mixte est à proscrire***

## **II-5 MOBILISATION COMMUNAUTAIRE**

La mobilisation communautaire est une composante essentielle dans l'utilisation des services par les communautés. En effet, la mobilisation a pour but d'accroître l'accès des femmes enceintes aux services de CPN afin de bénéficier du programme PTME et d'assurer la rétention dans les soins de ces cibles. Elle devrait permettre d'aller plus rapidement vers l'e-TME. Elle doit reposer sur les éléments suivants :

- l'identification des groupes d'influence ;
- la promotion du CD avant et après l'ouverture des sites ;
- le renforcement des capacités des acteurs communautaires ;
- l'éducation par les pairs (groupes d'auto-support, etc.) ;
- l'organisation des visites à domicile ;

- l'organisation de campagne de sensibilisation (affiches, radios, causeries...).

Les acteurs suivants sont les relais communautaires sur lesquels doit s'appuyer la mobilisation de la communauté :

- les conseillères et conseillers communautaires ;
- les ONG (PVVIH et autres) ;
- les organisations à base communautaire (OBC) ;
- les organisations basées sur la foi (OBF) ;
- les prestataires de santé ;
- les leaders communautaires ;
- Les radios de proximité, etc.

Ces acteurs ont pour but d'informer et de sensibiliser les populations quant à leurs rôles dans la communauté, en ce qui concerne la prévention du VIH, la promotion du dépistage volontaire et du CDIP.

## **II-6 SUIVI-EVALUATION**

### **II-6.1 Organisation du système de suivi évaluation**

Un système de suivi-évaluation performant est nécessaire pour la mise en œuvre des interventions de PTME. Les indicateurs de la PTME doivent être collectés quotidiennement en routine et compilés mensuellement. Les données ainsi collectées doivent être analysées au niveau de la structure sanitaire (ou du site), du district et de la région sanitaire.

Le Système National de Suivi & Evaluation comprend trois (03) niveaux :

- ✓ le niveau périphérique, District sanitaire où se mènent les activités ou actions à l'endroit des populations cibles : c'est le niveau opérationnel, premier niveau de suivi, de collecte et de traitement de l'information.
- ✓ le niveau intermédiaire, la Région sanitaire où se mènent les activités de coordination, d'appui et de suivi-évaluation des interventions : c'est le deuxième niveau de suivi, de collecte et de traitement de l'information des structures intermédiaires et périphériques.
- ✓ Le niveau central est constitué par le MSLS/DPPEIS, assurant la gestion du Système National de Suivi-Evaluation. Il constitue le troisième niveau où sont traitées et diffusées aux partenaires toutes les informations programmatiques et

financières sur le VIH/sida. C'est à ce niveau que sont conduites toutes les études d'impact et d'appui technique à la lutte contre le VIH/sida.

Dans la mise en œuvre de ce cadre, le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida renseigne tous les indicateurs relatifs à la prise en charge médicale des PVVIH à travers le Système d'Information de Gestion (SIG) géré par la Direction de la Planification, de la Prospective de l'Evaluation et de l'Information Sanitaire (DPPIES), qui a la responsabilité de produire les indicateurs sur les interventions au niveau de tous les secteurs de la santé (public, privé, communautaire , ). L'ensemble de ces informations doit faire l'objet de rapports semestriels et annuels intégrés. Les indicateurs et outils de collecte de données PTME ont été actualisés et intégrés au système d'information sanitaire.

## II-6.2 Les indicateurs et outils de collecte de données

### II-6.2.1 Les indicateurs

En 2015, un processus participatif de révision des indicateurs VIH a permis d'aboutir à leurs validation. En ce qui concerne la PTME, vingt-un (21) indicateurs ont été retenus. Le tableau ci-dessous présente pour chaque indicateur, la définition, le numérateur et le dénominateur, le mode de collecte, la source de collecte de données ainsi que le mode de calcul.

Les indicateurs communautaires doivent être collectés et pris en compte par les acteurs et services concernés.

**Tableau II : indicateurs PTME**

N°	Indicateurs	Définition	Numérateur	Dénominateur	Collecte	Source	Méthode de calcul
1	Nombre de femmes enceintes reçues en CPN1	C'est l'ensemble des femmes enceintes reçues pour la première fois en CPN quel que soit l'âge de la grossesse	NA	NA	Routine	Registre de suivi du Couple Mère-Enfant	Additionner le nombre de femmes enceintes reçues pour leur CPN 1 dans l'établissement
2	Nombre de femmes enceintes reçues en CPN 1 et se connaissant déjà séropositives au VIH	L'ensemble des femmes enceintes se sachant séropositives au VIH avant la CPN 1	NA	NA	Collecte quotidienne et compilation mensuelle	Registre de suivi du Couple Mère-Enfant	Additionner le nombre de femmes enceintes reçues pour la première fois et se connaissant déjà séropositives au VIH

3	Nombre de femmes enceintes conseillées et ayant reçu une proposition de test au VIH en CPN 1	L'ensemble des femmes enceintes venues pour leur première CPN et qui ont bénéficié d'un conseil et d'une proposition de test pour le VIH	NA	NA	Collecte quotidienne avec une compilation mensuelle	Registre de suivi du Couple Mère-Enfant	Additionner le nombre de femmes enceintes ayant reçu un conseil et une proposition de test VIH à la première consultation prénatale
4	Nombre de femmes enceintes ayant reçu un conseil et une proposition de test VIH	Le nombre total de femmes enceintes qui ont bénéficié d'un conseil et d'une proposition de test pour le VIH (en CPN et en salle d'accouchement).	NA	NA	Collecte quotidienne avec une compilation mensuelle	registre CPN Registre de suivi du Couple Mère-Enfant registre d'accouchement	Additionner le nombre de femmes enceintes ayant reçu un conseil et une proposition de test en CPN et en maternité.
5	Nombre total de femmes enceintes testées pour le VIH	L'ensemble des femmes enceintes qui ont bénéficié d'un test de dépistage pour le VIH dans la structure.	NA	NA	Collecte quotidienne avec une compilation mensuelle	Registre de suivi du Couple Mère-Enfant Registre accouchement registre de dépistage	Additionner le nombre de femmes enceintes testées pour le VIH en CPN et en maternité
6	Nombre de femmes enceintes conseillées et testées qui ont reçu leur résultat du test VIH.	C'est l'ensemble des femmes enceintes dépistées pour le VIH dans la structure (CPN et maternité) et qui ont reçu le résultat du test	NA	NA	routine	Registre de suivi du Couple Mère-Enfant, Registre d'accouchement	Additionner le nombre de femmes enceintes testées pour le VIH qui ont reçu leurs résultats
7	Nombre de femmes enceintes séropositives au VIH sous ARV	L'ensemble des femmes enceintes VIH positives qui commencent ou continuent la prise des ARV au cours de la grossesse et à l'accouchement	NA	NA	routine	Registre de suivi du Couple Mère-Enfant, Registre d'accouchement, Dossier individuel du client, Registre TARV, Carnet de santé, Registre de dispensation	Additionner le nombre de femmes enceintes VIH+ sous traitement ARV dans le mois Chaque femme doit être comptée une seule fois au cours de la grossesse.
8	Nombre de femmes enceintes	C'est l'ensemble des femmes enceintes séropositives au VIH	NA	NA	routine	Registre d'accouchement,	Additionner le nombre d'accouchement

	séropositives au VIH dont l'accouchement a été enregistré dans l'établissement sanitaire	ayant accouché dans l'établissement ou à domicile et qui sont enregistrées dans l'établissement sanitaire				dossier individuel du client	ts de femmes séropositives au VIH réalisés au cours du mois dans l'établissement sanitaire et à domicile
9	Nombre d'enfants nés de mères séropositives au VIH	NA	NA	NA	routine	Registre d'accouchement, Registre de suivi du Couple Mère-Enfant, registre CPoN	Additionner le nombre d'enfants nés de mères séropositives
10	Nombre d'enfants nés de mères séropositives au VIH ayant reçu des ARV dans les 72 h après la naissance	c'est l'ensemble des enfants nés de mères séropositives au VIH à qui les ARV ont été administrés dans les 72h après la naissance	NA	NA	routine	Registre d'accouchement, Registre de suivi du Couple Mère-Enfant	Additionner le nombre d'enfants nés de mères séropositives ayant reçu les ARV dans les 72 h après la naissance au cours du mois
11	Nombre de mères séropositives au VIH venues à la consultation Post Natale	C'est l'ensemble des mères séropositives au VIH venues à la consultation post natale, 6 semaines après l'accouchement	NA	NA	routine	Registre Post Natal	Additionner le nombre de mères séropositives au VIH venues à la consultation post natale
12	Nombre de mères séropositives au VIH bénéficiant des services de Planification familiale en Post-Natal	C'est l'ensemble des mères séropositives ayant bénéficié du paquet de service de planification familiale (conseil et/ou acceptation d'une méthode moderne de contraception) à la consultation post natale, 6 semaines après l'accouchement	NA	NA	routine	Registre de Planification Familiale, Registre de consultation Post Natal, Dossier individuel du client	Additionner le nombre de mères séropositives au VIH bénéficiant des services de Planification familiale à la consultation Post Natal
13	Nombre d'enfants nés de mères séropositives au VIH vus au 1er RDV de vaccination DTC- HépB-Hib1 (Penta 1),	C'est l'ensemble des enfants nés de mères séropositives au VIH à qui on a administré les premières doses de DTC- HépB-Hib1 (Penta 1), Pneumo 13 et Polio 1	NA	NA	routine	Dossier de l'enfant exposé, Carnet de vaccination	Additionner le nombre d'enfants nés de mères séropositives au VIH vus au 1er RDV de vaccination DTC- HépB-Hib1

	Pneumo 13, Polio 1						(Penta 1), Pneumo 13 et Polio 1 au cours du mois
14	Nombre d'enfants nés de mères séropositives au VIH initiant la prophylaxie au Cotrimoxazole avant 2 mois	C'est l'ensemble des enfants nés de mères séropositives au VIH, d'âge inférieur à deux mois, mis effectivement sous Cotrimoxazole	NA	NA	routine	Dossier enfant exposé	Additionner le nombre d'enfants nés de mères séropositives au VIH d'âge inférieur à deux mois, initiant la prophylaxie au Cotrimoxazole au cours mois
15	Nombre d'enfants nés de mères séropositives au VIH dépistés précocement	C'est l'ensemble des enfants nés de mères séropositives d'âge inférieur à 12 mois, ayant bénéficié d'un dépistage précoce par PCR (Polymérase Chain Réaction)	NA	NA	routine	Dossier enfant exposé, registre PCR	Additionner le nombre d'enfants nés de mères séropositives au VIH dépistés précocement
16	Nombre d'enfants nés de mères séropositives au VIH dépistés tardivement	C'est l'ensemble des enfants nés de mères séropositives d'âge compris entre 12 et 18 mois ayant bénéficié d'un test de dépistage	NA	NA	routine	Registre de suivi du Couple Mère- Enfant, Dossier Individuel du client	Additionner le nombre d'enfants nés de mères séropositives au VIH dépistés tardivement (entre 12-18 mois d'âge)
17	Nombre total d'enfants nés de mères séropositives au VIH dépistés VIH positif	C'est l'ensemble des enfants nés de mères séropositives dont les résultats des tests (PCR et/ou sérologie) sont positifs	na	Na	routine	Dossier individuel du Patient	Additionner le nombre d'enfants nés de mères séropositives au VIH dépistés VIH positif
18	Nombre total d'enfants nés de mères séropositives au VIH dépistés VIH positif et référés dans une structure offrant la PEC	C'est l'ensemble des enfants nés de mères séropositives dont les résultats des tests sont positifs et qui sont effectivement référés dans une autre structure afin de bénéficier d'une prise en charge pour le VIH	NA	NA	routine	Dossier individuel du client, Carnet Mère-Enfant	Additionner le nombre d'enfants nés de mères séropositives au VIH dépistés VIH positif qui ont été effectivement référés pour une PEC au cours du mois
19	Nombre d'enfants nés de mères séropositives sous- alimentation	C'est l'ensemble des enfants nés de mères séropositives de 0-6 mois ayant bénéficié d'une alimentation exclusive : soit	NA	NA	routine	Registre postnatal, Dossier individuel du client VIH/sida,	Additionner le nombre d'enfants nés de mères séropositives sous-

	exclusive	allaitement exclusif au sein pendant 6 mois, soit alimentation de remplacement exclusive pendant 6 mois)				Carnet de santé Mère-Enfant	alimentation exclusive
20	Nombre de conjoints de femmes enceintes qui ont été dépistés pour le VIH	C'est l'ensemble des conjoints des femmes enceintes qui ont été dépistés pour le VIH dans le centre	NA	NA	routine	REGISTRE CPN,CD , Registre d'accouchement, carnet de Santé Mère-Enfant	Additionner le nombre de conjoints de femmes enceintes dépistés pour le VIH
21	Nombre de conjoints de femmes enceintes séropositives qui ont été dépistés pour le VIH	C'est l'ensemble des conjoints des femmes enceintes séropositives qui ont été dépistés pour le VIH dans le centre	NA	NA	routine	Registre de CPN, Registre de CD, Registre d'accouchement, Carnet de Santé Mère-Enfant	Additionner le nombre de conjoints de femmes enceintes séropositives qui ont été dépistés pour le VIH

Les informations relatives aux prestations offertes aussi bien dans les structures sanitaires que dans la communauté sont renseignées dans les outils de collecte de données. Les outils validés en 2015 pour la PTME sont au nombre de dix.

Il s'agit de :

- Registre CPN
- Registre PTME de suivi Mère-Enfant
- Registre CPoN
- Registre d'accouchement
- Carnet de santé mère-enfant
- Dossier individuel client
- Rapport mensuel des activités de l'établissement
- Registre de dépistage du VIH par les tests rapides
- Registre TARV
- Registre de soins chroniques

Le tableau ci-dessous permet d'avoir des informations sur les outils, leurs postes de pré-positionnement ainsi que la fréquence de remplissage.

**Tableau III : Outils de collecte de données**

Désignation	Définition et rôle	Fréquence de remplissage	Poste d'utilisation
<b>Registre CPN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Document d'enregistrement des informations sur le suivi de la femme enceinte, de la première à la dernière consultation prénatale;</li> <li>• Permet de renseigner les informations sur la grossesse et son évolution</li> <li>• Suivi des programmes (SR/PF, VIH, Palu, Nutrition, Vaccination...) ; permet aussi d'enregistrer les informations relatives au conseil-dépistage du VIH pour la femme et son conjoint. Il contient aussi le numéro de dépistage de la femme ou le numéro unique de PEC si elle est déjà sous ARV.</li> </ul> <p>Source d'informations pour l'élaboration du rapport mensuel</p>	Quotidien	Tous les points de prestation de soins prénataux (box de CPN).
<b>Registre PTME de suivi Mère-Enfant</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Document d'enregistrement d'informations sur le suivi de la mère séropositive au VIH et de l'enfant exposé</li> <li>• Permet de réaliser un suivi longitudinal de l'enfant né de mère séropositive au VIH jusqu'à la confirmation de son statut sérologique.</li> <li>• Permet de Suivre les programmes (VIH, Paludisme, Nutrition, Vaccination...)</li> <li>• Source d'informations pour l'élaboration du rapport mensuel</li> </ul>	Quotidien	Organisation interne
<b>Registre CPoN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Document d'enregistrement des informations sur l'état de la mère au cours de son suivi post-natal</li> <li>• <b>Permet d'enregistrer les informations sur:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ L'état clinique de la mère après l'accouchement</li> <li>✓ Les services de (SR/PF, VIH, Paludisme,</li> </ul> </li> </ul>	Quotidien	Tous les points de prestation de soins postnataux.

	<p>Nutrition, Vaccination...)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Permet le suivi des programmes en ayant pour cible la santé de la mère et de l'enfant</li> <li>• Source d'informations pour l'élaboration du rapport mensuel</li> </ul>		
<b>Registre d'accouchement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Document d'enregistrement d'informations l'accouchement et le nouveau-né</li> <li>• Permet de Réaliser un suivi du travail et de l'accouchement</li> <li>• permet d'enregistrer les informations relatives aux soins reçus au cours de l'accouchement, les informations sur le statut VIH à l'accueil, le conseil dépistage, un TARV antérieur, le numéro unique de PEC si elle est déjà sous ARV, la prophylaxie ARV au nouveau-né exposé</li> <li>• Source d'informations pour l'élaboration du rapport mensuel</li> </ul>	Quotidien	Salle d'accouchement
<b>Dossier individuel du patient</b>	Document d'enregistrement de toutes informations médicales du client dépisté positif pour le VIH. La première partie du dossier contient les informations sociodémographiques, les données sur les personnes de soutien, les antécédents, les informations relatives au test VIH, au bilan biologique et à l'initiation du TARV. La seconde partie permet d'enregistrer à chaque visite, les informations relatives au suivi clinique du patient, y compris celles sur la recherche de la tuberculose, le TARV, l'état nutritionnel, et les services offerts dans le cadre de la Santé positive, Dignité et Prévention (SPDP).	Lors des consultations	Etablissement sanitaire
<b>Carnet de santé de la mère et de l'enfant</b>	Document comportant des informations essentielles de suivi de la grossesse et de l'enfant	Variable, lors des CPN, Accouchement et en Post-natal	CPN Maternité Consultation

<b>Rapport mensuel des activités de l'établissement</b>	Document de synthèse dans activités de la structure	Mensuel	Etablissement sanitaire
<b>Registre de dépistage du VIH par les tests rapides</b>	Document permettant d'enregistrer le client, le type du test réalisé et le résultat	Routine	Tous les services
<b>Registre TARV</b>	Document contenant le type de traitement et le suivi. Il résume les informations sur tous les patients sous TARV, notamment le schéma thérapeutique, les taux de CD4 et de la charge virale, et le stade clinique du patient. Il permet le suivi des cohortes des patients sous TARV et nécessite le remplissage préalable du Dossier Individuel du Client	Routine	CPN Salle d'accouchement Suites de couche PF CPoN
<b>Registre de soins chroniques</b>	Document utilisé en dehors des RDV du client pour tout autre motif de santé. Il résume les prestations offertes aux PVVIH, notamment celles relatives à la recherche active de la tuberculose, au TARV, aux soins nutritionnelles, aux services de la SPDP. Il permet également de préciser le statut de la femme enceinte ou allaitante.	Routine	CPN Salle d'accouchement Consultation médecin Bureau des consultations
<b>Le rapport d'analyse de cohorte</b>	Il permet d'analyser les informations sur les FE/allaitantes VIH+ qui ont été mise sous ARV le même mois de l'année.	Routine	Etablissement sanitaire

### **III PROCEDURES DE PTME**

#### **III-1. DEFINITION**

Les procédures PTME sont l'ensemble des étapes successives de tâches à réaliser lors des consultations prénatales et de suivi des femmes enceintes et des femmes en âge de procréer. Elles indiqueront donc la tâche à faire (quoi) ; le niveau de responsabilités (qui) ; la période de traitement (quand) ; les lieux de réalisation (où) ; le mode d'exécution (comment).

Les procédures PTME sont l'ensemble des étapes successives de tâches à réaliser :

- chez les femmes en âge de procréer lors des contacts avec un centre de santé
- lors des consultations prénatales,
- lors des accouchements,
- lors des consultations postnatales
- lors du suivi des femmes enceintes séropositives,
- ainsi que du suivi de l'enfant né de mère séropositive.

Elles indiquent donc la tâche à faire (quoi), le niveau de responsabilités (qui), à quelle période (quand), les lieux de réalisation (où) et le mode d'exécution (comment).

#### **III-2-PROCEDURES EN MATIERE DE FORMATION DES PRESTATAIRES**

Chaque district doit disposer d'un plan annuel de formation indiquant le chronogramme de formation –coaching validé par la région. Ces plans doivent être agrégés au niveau de la région sanitaire.

Chaque site dispose d'un registre de formation faisant le point sur les besoins en formation ainsi que les formations déjà réalisées. Les formateurs sont ceux du pool national disponibles au niveau régional.

A la suite de ces formations, un accompagnement ou coaching des prestataires doit être réalisé immédiatement ou au plus tard dans les deux semaines qui suivent celles-ci.

#### **III-3-PROCEDURES RELATIVES AUX COMPOSANTES DE LA PTME**

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

- **Prévention primaire de l'infection à VIH**
- **Prévention des grossesses non désirées chez les femmes séropositives ou**  
**Prévention secondaire**

➤ **Prévention tertiaire ou prise en charge des femmes enceintes ou allaitantes séropositives et de l'enfant exposé.**

➤ **Soins, soutien et traitement des femmes, des conjoints et des enfants infectés**

Le plan de ce manuel de procédures s'articulera donc autour de ces 4 piliers auxquels nous associerons le renforcement du système de santé et le système communautaire.

### **III-3-1. Prévention primaire**

#### **III-3-1.1. Définition :**

La prévention primaire consiste à la mise en œuvre d'un ensemble d'activités de sensibilisation et de communication (rapports sexuels protégés, retardement de l'âge du premier rapport, etc.) afin d'éviter les nouvelles contaminations au VIH chez les populations cibles (femmes en âge de procréer, les jeunes et les adolescents). Elles visent à obtenir un changement de comportement.

#### **III-3.1.2. Activités**

- a) Réaliser la sensibilisation de proximité en direction des populations cibles sur les IST-VIH/sida, sur les SMNI et sur la santé de la reproduction par les ASC et les Prestataires:
  - Promotion du dépistage du VIH
  - Promotion du port du préservatif
  - Promotion des pratiques sexuelles à moindre risque
- b) Prendre en charge des AES, des VBG par les prestataires ;

### **III-3-2. Prévention des grossesses non désirées chez les femmes séropositives ou Prévention secondaire**

#### **III-3.2.1. Définition**

La planification familiale est une composante essentielle de la PTME en vue de l'élimination Mère enfant du VIH. Elle doit être offerte aux femmes séropositives en vue de prévenir les grossesses non désirées.

#### **III-3.2.2. Activités**

Offrir des services de PF dans les SMNI par les prestataires soit sur place ou par le biais de mécanisme de référence:

- Conseil pour une contraception sûre et efficace en fonction de la disponibilité des intrants,
- Double protection (protection contre le VIH, IST et contre la survenue d'une grossesse non désirée).

### III-3-3. Prévention tertiaire ou prise en charge des femmes enceintes ou allaitantes séropositives et de l'enfant exposé.

**Tableau IV : Conditionnalité de l'offre de services de PTME**

QUOI?	COMMENT?	OU?	QUAND?	QUI?
IEC/CCC	offrir aux femmes enceintes qui viennent en CPN des séances éducatives sur la maternité à moindre risque couvrant entre autres thèmes, le VIH/ SIDA, la PTME option B+ (Traitement ARV à vie pendant la grossesse, après et toujours), dépistage du partenaire et des enfants), les IST et la vaccination, la PF, le suivi de la croissance du futur nouveau- né rendre disponible les affiches éducatives dans l'endroit prévu pour l'IEC	Hall d'attente ; Salle d'IEC/CCC	précède la consultation Prénatale individuel et doit être documentée dans les registres prévus à cet effet	IDE, SFDE ; Médecin, Conseiller communautaire ; Aides-soignants ; Assistants sociaux.
CPN1	CPN : quatre étapes <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anamnèse (interrogatoire), Bilan prénatal y compris le test VIH pour elle et son partenaire (dépistage en couple) ou remet une lettre ou carte d'invitation pour le conjoint,</li> <li>- Réaliser le test rapide pour le VIH</li> <li>- inscrire le contact téléphonique (en dessous de la « date de la dernière CPN »), lieu de résidence,</li> <li>• Examiner la femme enceinte.</li> <li>• Faire l'entretien : <ul style="list-style-type: none"> <li>- résultat de l'examen physique,</li> <li>- annonce du résultat VIH : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si la femme enceinte négative</li> </ul> </li> <li>- Renforcer le conseil post test en insistant sur le re-testing en salle d'accouchement;</li> </ul> </li> </ul>	Salle de consultation	Après le conseil de groupe	IDE, SFDE ; Médecin,

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Remettre le bulletin pour le bilan prénatal</li> <li>- Remettre son ordonnance</li> <li>- Donner rendez-vous pour la prochaine CPN.</li> <li>▪ Si la femme enceinte est positive pour le VIH : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcer le post-test,</li> <li>- Faire l'enrôlement dans les soins (ouverture de dossier, attribution d'un numéro de prise en charge, prélèvement sanguin pour bilan (CD4, créatininémie),</li> <li>- stadification clinique OMS),</li> <li>- débiter le TARV (TDF+3TC +EFV) quel que soit l'âge de la grossesse sans attendre la réalisation /résultats du bilan, cependant après avoir éliminé une Tuberculose active.</li> </ul> </li> <li>- Initier le Cotrimoxazole et à partir de la 14ème semaine</li> <li>- Remettre une ordonnance interne selon l'organisation des soins dans la structure</li> <li>- Faire l'éducation au traitement.</li> <li>- Remettre le bulletin pour les autres bilans et l'ordonnance.</li> <li>- Noter le rendez-vous de la prochaine CPN dans le carnet mère enfant</li> <li>- la mettre en contact avec les intervenants</li> </ul>			
--	---	--	--	--

	<p>communautaires ou le prestataire désigné (IDE, SFDE, aides-soignantes) pour assurer le soutien psychosocial, renforcer le post test, faire la localisation géographique et prendre le contact téléphonique de la patiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Remettre le bulletin pour les autres bilans et l'ordonnance.</li> <li>- Noter le rendez-vous de la prochaine CPN dans le carnet mère enfant</li> </ul>			
Autres CPN des femmes enceintes VIH+	<p>Le suivi des femmes enceintes VIH+ se fait tous les mois au cours des CPN en insistant sur :  <b>Soins et soutien :</b>  recherche active de la Tuberculose et autres IOS, recherche des effets secondaires, évaluation et conseil nutritionnel pour la mère, conseil en alimentation pour le nouveau-né, Santé Positive Dignité Prévention, soutien psychologique et social, Renouvellement ARV et Cotrimoxazole, Evaluation et conseil à l'observance des soins et traitement ; Sensibiliser la femme sur : l'accouchement en milieu de soins, la PF, le suivi postnatal pour la mère et l'enfant pour accroître la rétention du couple mère enfant dans les soins.</p>	Salle de consultation	Après le conseil de groupe	IDE, SFDE ; Médecin,
	Documenter systématiquement toutes les activités menées au cours de la visite de CPN dans les outils de collecte de données			

Collecter les informations	<p>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Registre CPN</li> <li>-Registre de dépistage</li> <li>-Dossier patient</li> <li>-Registre de suivi longitudinal de la mère et de l'enfant</li> <li>-Registre TARV.</li> <li>-Carnet de santé mère-enfant</li> <li>-Registre de soins chroniques</li> <li>-Registre de CCC</li> </ul>	Salle de consultation,	Pendant la consultation	IDE. SFDE. Médecin
Travail et accouchement	<p>Le prestataire de soins passe en revue les antécédents cliniques de la parturiente et vérifie son statut sérologique VIH dans le carnet de santé mère enfant :</p> <p>Si statut VIH connu Positif : s'enquiert du traitement en cours :</p> <p>Si TARV, vérifie le protocole ARV et autres médicaments prescrits et la prise de la dose journalière d'ARV, lui remet son traitement en cas d'oubli.</p> <p>Si pas de TARV, initie le traitement immédiatement en donnant la dose journalière</p> <p>Si Statut VIH inconnu ou négatif pendant la CPN</p> <p>Proposer le test rapide du VIH, si acceptation, réaliser le test selon l'algorithme national</p> <p>Si VIH+, initier le TARV et adapter en fonction du type de VIH</p> <p>Si VIH négatif : renforcer le conseil.</p> <p>Quelques soit le statut VIH de la parturiente, respecter toutes les procédures obstétricales en vigueur.</p>	Salle de travail et d'accouchement		
Outils à renseigner	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registre d'accouchement</li> <li>• Registre de dépistage</li> <li>• Dossier patient</li> <li>• Registre de suivi longitudinal de la mère et de l'enfant</li> <li>• Carnet de santé mère-enfant</li> </ul>			

<b>Soins du Post-Partum aux femmes et à leurs nouveau-nés</b>	
<b>Entre 6-8 heures</b>	
<b>Mère</b>	<b>Le Nouveau-né</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluer l'état général de la mère</li> <li>• Prise de la TA et de la T°.</li> <li>• Apprécier les saignements vaginaux, le globe utérin</li> <li>• Rechercher tout signe de complication maternelle (hémorragie, éclampsie, ou infection) et initier la prise en charge adéquate.</li> <li>• Suture de l'épisiotomie ou du périnée si nécessaire</li> <li>• Donner des conseils sur ce qu'il faut faire en cas d'urgence ainsi que sur la gestion des garnitures</li> <li>• Administrer une dose de VAT si cela n'avait pas été fait 2 fois pendant la grossesse</li> <li>• Soutenir l'initiation de l'allaitement (mise au sein)</li> <li>• Proposer le test de dépistage VIH si statut inconnu ou si VIH négatif depuis plus de 3 mois.</li> <li>• Si Test VIH Négatif, donne des conseils à la mère et l'encourage à rester séronégative</li> <li>• Si test VIH Positif, débute le traitement ARV de la mère en lui donnant sa première dose, remet une dotation de 10 jours de traitement ARV (Dotation initiale jusqu'à la prochaine consultation pour enrôlement dans les soins à J7)</li> <li>• Conseiller l'usage des moustiquaires imprégnées.</li> <li>• Donner un rendez-vous pour la prochaine visite à 7 jours</li> <li>• Met la femme en contact avec l'intervenant communautaire de la structure</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluer l'état général du Nouveau- né</li> <li>• Maintenir le bébé au chaud en maintenant la mère et le bébé peau à peau.</li> <li>• Soutenir l'initiation de l'allaitement dans la première heure et de façon continue avec la promotion de l'allaitement exclusif</li> <li>• Maintenir le bébé propre et faire les soins du cordon.</li> <li>• Mesurer la taille et le poids du bébé et les enregistrer tel qu'approprié.</li> <li>• Faire l'examen complet du nouveau-né selon les normes</li> <li>• Informer la mère sur les signes de danger à rechercher chez son bébé.</li> <li>• Débuter la prophylaxie ARV chez le nouveau-né :</li> <li>• Si Mère VIH 1 : Névirapine 0,6 ml en prise/jour pendant 04 Semaines</li> <li>• Si Mère VIH2 ou VIH1 + VIH2 : AZT 1,2mlx2/jour pendant 04 Semaines</li> <li>•</li> </ul>

### Outils à Renseigner :

- Registre de dépistage
- Dossier patient
- Registre de suivi longitudinal de la mère et de l'enfant
- Registre TARV.
- Carnet de santé mère-enfant
- Registre de soins chroniques

### A 7 jours

La mère	Le Nouveau-né
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vérifier l'état général de la mère, les signes urinaires, les saignements et autres plaintes éventuelle</li> <li>• Prendre la Température et la Tension artérielle</li> <li>• Apprécier la hauteur utérine, le relâchement de la vessie distension</li> <li>• Evaluer l'état du périnée, les saignements vaginaux, les lochies.</li> <li>• Rechercher des thrombophlébites</li> <li>• Continuer les micronutriments et les suppléments en vitamine et fer folate</li> <li>• Rappeler les conseils sur l'utilisation des garnitures (potentiellement infectieux)</li> <li>• Renforce l'intérêt de l'allaitement ainsi que la bonne alimentation de la mère</li> <li>• Recherche les effets indésirables précoces des ARV</li> <li>• Vérifier et renforcer l'observance au traitement</li> <li>• Discuter des questions sexuelles liées à la période du post-partum, y compris le PF</li> <li>• Rappeler l'importance de dormir sous moustiquaire imprégnée avec le bébé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'enquérir des éventuelles inquiétudes de la mère par rapport à l'allaitement, à la croissance du bébé</li> <li>• Apprécier l'état général du bébé Est-il actif, tête-t-il bien ?...</li> <li>• Observer la mise au sein du bébé</li> <li>• Observer la peau du bébé à la recherche de pâleur.</li> <li>• Apprécier les signes vitaux si le bébé n'est pas actif</li> <li>• Administre le BCG si ce n'est pas déjà fait</li> <li>• Evaluer la prise de la Névirapine sirop par le bébé</li> <li>• Recherche de signes d'infection précoce au VIH (candidose, infection respiratoire, parotidite, adénopathie, hépatomégalie, splénomégalie, otite suppurée.....)</li> </ul>

### A 6 Semaines

La mère	Nourrisson
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conduire un examen physique de routine du post- partum.</li> <li>• Rechercher des signes de complication du post- partum</li> <li>• Continuer les micronutriments et les suppléments en vitamine A et fer folate</li> <li>• Discuter des questions sexuelles liées à la période du post-partum et de la PF</li> <li>• Rappeler l'importance de dormir sous</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rechercher des signes évocateurs de complications</li> <li>• Faire un examen complet du bébé</li> <li>• Vaccination selon le PEV</li> <li>• Prélèvement sur DBS pour la première PCR</li> <li>• Initier la prophylaxie au Cotrimoxazole</li> <li>• Noter le rendez-vous de la</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• moustiquaire imprégnée avec le bébé</li> <li>• Rechercher systématiquement les effets indésirables des ARV</li> <li>• Fait l'évaluation et le soutien à l'observance</li> <li>• Donner des conseils sur la planification familiale et prescrire le mode de contraception choisi, ou la référer au service de PF le plus proche.</li> <li>• Renouveler les ARV et le Cotrimoxazole pour 2 mois</li> <li>• Offre le paquet de soins et soutien : Recherche active de la tuberculose, évaluation et conseils nutritionnels pour la mère, dépistage du cancer du col de l'utérus, santé positive, dignité, prévention</li> <li>• Donne rendez-vous pour la prochaine visite à 10 Semaine (pour l'enfant)</li> </ul>	<p>prochaine visite (à 10 semaines) dans le carnet de l'enfant</p>
<b>A 10 Semaines</b>	
<b>Mère</b>	<b>Nourrisson</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• En l'absence de signe d'appel, la mère n'a pas de soins particuliers au centre de santé. Toutefois elle doit accompagner son bébé pour ces rendez-vous de suivi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen physique complet à la recherche d'effet indésirables aux médicaments</li> <li>• Doses vaccinales selon le PEV</li> <li>• Résultat de la PCR 1 :</li> <li>• SI PCR1 positive :</li> <li>• Prélever sur DBS pour PCR2 de confirmation,</li> <li>• ouvrir un dossier individuel client pour l'enfant,</li> <li>• préparer la mère à l'observance ARV de l'enfant,</li> <li>• initier systématiquement le traitement ARV,</li> <li>• continuer le Cotrimoxazole,</li> <li>• Faire un prélèvement pour le bilan initial (CD4, Hb),</li> <li>• mettre la mère en contact avec les intervenants communautaires (si ce n'est déjà fait),</li> <li>• faire le suivi de la croissance (suivi nutritionnel)</li> <li>• faire coïncider les rendez- vous de la mère à ceux de l'enfant et donne rendez-vous à 14 semaines</li> <li>• SI la première PCR est négative :</li> <li>• Continuer le Cotrimoxazole</li> <li>• Faire la sérologie VIH à 9 mois selon</li> </ul>

	<p>l'algorithme en vigueur,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si sérologie VIH négative et enfant pas allaité depuis au moins 6 semaines : alors Enfant non infecté par le VIH</li> <li>- Si sérologie VIH Positive : réaliser une PCR.</li> <li>- Si PCR est négative et enfant pas allaité depuis au moins 6 semaines : alors Enfant non infecté par le VIH</li> <li>- Si PCR positive alors enfant infecté par le VIH : initier le traitement ARV et faire une deuxième PCR de confirmation.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Documenter toutes les activités menées dans les outils de collecte de données prévus à cet effet :</li> <li>• carnet de santé mère enfant,</li> <li>• registres de suivi longitudinal de la mère VIH+ et de l'enfant,</li> <li>• dossier client si enfant infecté par le VIH</li> </ul>
<b>A 14 Semaines</b>	
<b>Mère</b>	<b>Nourrisson</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• En l'absence de plainte ou de signe d'appel,</li> <li>• Renouveler la dotation d'ARV de la mère</li> <li>• Faire le conseil à l'observance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire l'examen physique complet</li> <li>• Rechercher les effets indésirables liés aux médicaments si enfant sous ARV</li> <li>• Vacciner selon le calendrier du PEV</li> </ul>
<b>A 6 mois</b>	
<b>Mère</b>	<b>Nourrisson</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Donner des conseils sur la PF et les pratiques sexuelles à moindre risques</li> <li>• Renforcer les conseils sur l'alimentation du bébé</li> <li>• Encourager la mère à continuer de dormir sous moustiquaire imprégné</li> <li>• Faire le Bilan de suivi de la mère sous ARV (CD4 ; CV ; Créatinine ; NFS ; ALAT ; Glycémie)</li> <li>• Faire l'évaluation et soutien à l'observance du TARV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen complet</li> <li>• Diversification alimentaire</li> <li>• Suivi de la croissance de l'enfant</li> <li>• Faire le Bilan de suivi de l'enfant sous ARV</li> </ul>

A 9 mois	
Mère	Nourrisson
<p>En l'absence de plainte ou de signe d'appel,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Renouveler la dotation d'ARV de la mère</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen complet de l'enfant</li> <li>• Suivi de la croissance de l'enfant</li> <li>• Supplémentation en Vitamine A</li> <li>• Vacciner selon le calendrier du PEV</li> <li>• Faire la sérologie VIH à 9 mois selon l'algorithme en vigueur. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si sérologie VIH négative et enfant pas allaité depuis au moins 6 semaines : alors Enfant non infecté par le VIH</li> <li>○ Si sérologie VIH Positive : réaliser une PCR. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si PCR est négative et enfant pas allaité depuis au moins 6 semaines : alors Enfant non infecté par le VIH</li> <li>- Si PCR positive alors enfant infecté par le VIH : initier le traitement ARV et faire une deuxième PCR de confirmation.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> <p><i>*La sérologie à 9 mois est particulièrement recommandée chez les enfants exposés qui ont raté la PCR à 6 semaines.</i></p>
A 12 mois	
Mère	Nourrisson
<p>Conseil sur la PF et les pratiques sexuelles à moindre risque</p> <p>Conseil sur l'allaitement maternel et l'initiation de l'alimentation de complément appropriée</p> <p>Encourager l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide dans les zones d'endémie palustre</p> <p>Faire le Bilan de suivi de la mère sous ARV (CD4 ; CV ; Créatinine ; NFS ; ALAT ; Glycémie)</p> <p>Evaluation et soutien à l'observance du TARV</p>	<p>Suivi de la croissance de l'enfant</p> <p>Faire le Bilan de suivi de l'enfant sous ARV</p>

### 18 MOIS : fin de la période de suivi du couple Mère Enfant

L'objectif du suivi est d'améliorer la rétention du couple mère enfant en ayant à l'esprit d'éviter l'engorgement des services de SMNI

❖ Enfant testé VIH positif :

- Si la structure dispose d'un service de prise en charge des PVVIH (TARV), faire le transfert du couple mère enfant à 18 mois de l'unité SMNI vers ce service.
- Si la structure ne dispose pas d'un service de prise en charge des PVVIH, garder le couple mère enfant dans l'unité SMNI.

❖ Enfant testé VIH négatif

- Sortie de l'enfant VIH négatif du programme et transfert de la mère dans un service ARV pour suivi et traitement.

•

### Cas particulier Femme allaitante dépistée positive pour la 1<sup>ère</sup> fois en post natal

NB : La Prise en charge de l'infection à VIH de la femme allaitante et de l'enfant est identique à celle de la femme enceinte et de son enfant exposé.

### Cas particulier des femmes qui n'accouchent pas dans la structure où elles ont fait leur CPN :

Créer un lien entre les conseillers communautaires des différents centres de santé (amélioration du système de référence et contre référence).

### Renseigner systématiquement tous les outils afférents

- carnet de santé mère enfant,
- registre de suivi longitudinal de la mère VIH+ et de l'enfant exposé
- dossier client si enfant infecté par le VIH

## III.3.4. Soins, soutien et traitement des femmes, des conjoints et des enfants infectés

### III 3.4.1. Définition

Ensemble des mesures spécifiques ou non utilisées permettant de réduire la mortalité, la morbidité, l'impact socio-économique et psycho-affectif de l'infection à VIH aussi bien chez les femmes infectées que chez les nourrissons et leurs familles

### III 3.4.2. Activités

- a) Dépistage à partir du sujet index
  - Conseiller la femme infectée par le VIH à venir avec son conjoint et ses enfants pour le dépistage
  - Partage des résultats avec les autres membres de la famille infectés
- b) Prise en charge des autres membres de la famille infectés

Ces activités seront réalisées par le Médecin, la sage-femme, l'IDE, l'assistant social, en collaboration avec le conseiller communautaire au niveau du centre de santé.

## **IV. MOBILISATION COMMUNAUTAIRE**

Implication de la communauté pour susciter la demande et l'utilisation des services de santé est primordiale dans le cadre de la PTME.

### **IV-1. DEFINITION**

La mobilisation d'une communauté commence à partir du moment où les personnes d'un groupe particulier prennent conscience du fait qu'elles ont un problème ou un besoin commun, et décident de s'unir dans l'action pour le bien de tout le groupe.

Les activités de mobilisation communautaire doivent se mener selon une planification bien précise et de façon durable dans le temps

### **IV-2. ACTEURS**

#### **IV-2. 1. Au niveau du centre de santé**

Les acteurs à ce niveau sont les Prestataires de santé et les Conseillers communautaires.

#### **IV-2. 2. Au niveau de la communauté**

Les acteurs sont constitués d'ASC et autres relais communautaires y compris les leaders communautaires.

### **IV-3. ACTIVITES**

#### **IV-3.1. Retenir les patients dans les soins.**

Elles portent aussi bien sur les activités cliniques que communautaires

#### **IV-3.2. Susciter la demande de l'offre de service et améliorer la rétention**

Il s'agit d'une série d'activités à décliner en direction de la communauté.

**Tableau V : Organisation des activités communautaires**

<b>Activités</b>	<b>Taches</b>	<b>Responsables</b>	<b>Lieu</b>
Susciter la demande de l'offre de service de SMNI	Faire des animations des causeries éducatives ciblant les groupes de jeunes, de femmes et des leaders sur l'utilisation des services de SMNI	Infirmiers/Sages-femmes responsable du centre de santé	Aire de santé
	Initier des campagnes de masse avec les radios de proximité	Directeur de District sanitaire/ Directeur de Région sanitaire	District sanitaire/ Région sanitaire
	Effectuer des visites d'information au sein des ménages	Agents de santé communautaire et autres relais	Aire de santé
	Saisir les opportunités pour faire la promotion des services de SMNI (réunions associatives, événements socio-culturels, etc.)	Infirmiers/Sages-femmes responsable du centre de santé/	Aire de santé/ District sanitaire
	Former les acteurs communautaires sur les informations clés relatives aux services de SMNI	Directeur de District sanitaire	District sanitaire
	Référer/orienter les membres de la communauté (y compris les conjoints) selon le besoin vers les services de SMNI	Agents de santé communautaire et autres relais	Aire de santé
Rétention des femmes, des enfants et de leur famille dans les soins	Recueillir toutes les informations nécessaires visant à nouer contact en cas de nécessité	Agents de santé communautaire et autres relais Infirmiers/Sages-femmes responsable du centre de santé	Aire de santé/ Centre de santé
	Mettre en place des groupes d'auto-support aussi bien dans le centre de santé que dans la communauté	Infirmiers/Sages-femmes responsable du centre de santé	Aire de santé/ Centre de santé
	Mettre en place un système de gestion des rendez-vous (listing des patients attendus et listing des patients reçus, VAD)	Agents de santé communautaire et autres relais Infirmiers/Sages-femmes responsable du centre de santé	Aire de santé/ Centre de santé
	Former les intervenants	Infirmiers/Sages-	Aire de

	communautaires dans les centres de santé à l'éducation thérapeutique	femmes responsable du centre de santé Directeur de District sanitaire	santé/ District sanitaire
Coordination des activités communautaires	Conduire les supervisions des ASC et des relais communautaires chaque deux mois	Infirmiers/Sages-femmes responsable du centre de santé	Aire de santé/
	Impliquer le représentant des ASC dans les réunions de l'ECD	Directeur de District sanitaire	District sanitaire

## **V. PROCEDURES D'APPROVISIONNEMENT ET DE GESTION DES STOCKS DE MEDICAMENTS**

### **V-1 PROCEDURES DE COMMANDE**

La commande des intrants se fait selon l'une des modalités suivantes : la commande systématique ou routinière et la commande d'urgence.

#### **V-1.1 La commande systématique ou routinière**

Elle est effectuée à la fin de l'intervalle de commande. C'est-à-dire à la fin de chaque mois pour les Districts, les CHU, CHR, HG, ES-FS d'Abidjan, les CS/ONG locales.

La commande d'urgence est effectuée lorsque le niveau de stock disponible (MSD) est inférieur ou égal au niveau de point de commande d'urgence.

Pour passer une commande, les laboratoires/Postes de dépistage, Gestionnaires des pharmacies des SMNI des CHU, CHR, HG, ESFS d'Abidjan, CS/ONG locales doivent soumettre leurs rapports mensuels des tests rapides, consommables, et médicaments respectivement aux pharmacies des CHU, CHR, HG, ES-FS, CS et ONG.

De mêmes, les pharmacies des CS et ONG doivent soumettre leurs rapports mensuels des tests rapides/consommables et médicaments à la Pharmacie du district sanitaire.

Quant aux Pharmacies des CHU, CHR, HG, FS et ES d'Abidjan, et OS, elles soumettront leurs formulaires respectifs de Rapports - Commandes Mensuels des tests rapides et consommables, et médicaments à la PSP. Ces formulaires doivent être remplis entièrement et envoyés au magasin d'approvisionnement dont dépend le site.

#### **V-1.1 La commande d'urgence**

Pour ce type de commande, il faut cocher la case « Commande Urgente » ou « Rapport Urgent du Rapport-Commande Mensuel ou rapport mensuel. La commande d'urgence doit comporter au plus 5 produits de laboratoire.

## **V-2 PROCEDURES DE RECEPTION DES INTRANTS**

Procéder à une inspection visuelle, à la réception des produits, puis ranger les produits selon les principes d'un bon stockage.

## **V-3 PROCEDURES DE GESTION DES PRODUITS PERIMES OU ENDOMMAGES**

Retourner à la pharmacie du centre de Santé ou du district les produits périmés ou endommagés et renseigner le cahier de réclamations pour ces produits.

## **VI- PROCEDURES DE GESTION DES DECHETS**

La gestion des déchets obéit au circuit suivant : tri, ramassage interne, stockage provisoire puis central, pré-traitement, traitement définitif et élimination. Ces étapes se résument dans les phases ci-dessous :

### **VI-1 PRE-COLLECTE DES DECHETS AU POINT DE PRODUCTION**

Il s'agira pour le prestataire de faire le tri des déchets pendant qu'il les produit et d'utiliser les récipients correspondants à chaque type de déchet ; c'est-à-dire poubelle à pédales pour déchets infectieux, boîte de sécurité pour objets piquants et tranchants et poubelles pour déchets assimilables aux déchets ménagers

### **VI-2. COLLECTE DES DECHETS**

Le prestataire devra procéder comme suit :

- Disposer les équipements appropriés pour la collecte des déchets ;
- Séparer les déchets par type depuis la production jusqu'à l'élimination finale ;
- Regrouper les déchets médicaux souillés dans le contenant approprié pour leur collecte ;

### **VI-3. STOCKAGE DES DECHETS**

Sur les sites de production, le prestataire s'assure que les déchets collectés sont entreposés dans le local réservé à cet effet.

#### **VI-4. TRANSPORT ET ELIMINATION DES DECHETS**

Le transport, le circuit et le mode d'élimination des déchets produits par site, et par catégorie, se fera selon les dispositions en vigueur.

#### **VI-5. TRAITEMENT ET ELIMINATION DES DECHETS**

Chaque structure sanitaire identifiera le ou (les) site (s) d'incinération dans son aire de couverture en collaboration avec le District sanitaire.

### **VII. PROCEDURES DE SUIVI-EVALUATION**

Le suivi - évaluation constitue des étapes complémentaires qui concernent tous les acteurs du système de santé. Un système de suivi-évaluation performant est nécessaire pour la mise en œuvre des interventions. Il s'intègre dans le système national d'information sanitaire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Il est mis en œuvre selon la pyramide sanitaire par des supervisions des prestataires, des réunions mensuelles de l'ECD, des réunions trimestrielles de suivi et de monitoring, des réunions de bilan annuel au niveau de la région et au niveau central.

#### **VII-1. SUIVI**

Le suivi est un processus continu de collecte et d'analyse d'information pour mesurer le progrès du programme PTME au regard des résultats attendus. La responsabilité du suivi est généralement assurée par du personnel associé à la gestion du programme.

#### **VII-2. EVALUATION**

C'est un processus qui permet de mesurer et d'analyser la mise en œuvre d'un programme afin de prévoir la planification, l'exécution des activités à la lumière des expériences acquises. L'évaluation permet de porter un jugement sur la planification afin de s'assurer que :

- Les objectifs ont-ils été atteints ;
- Les résultats obtenus correspondent ils aux résultats attendus.

### VII-2.1. Au Niveau du centre de santé

Le suivi des activités se fait au quotidien par la supervision, le monitoring, l'évaluation interne et externe.

La collecte et l'analyse des données doivent se faire de façon mensuelle sous la supervision du responsable du centre. Les rapports SIG sont acheminés au District après validation en interne.

### VII-2.2. Au niveau du District Sanitaire

Des procédures existent à ce niveau pour offrir les prestations.

- **La Supervision** des prestataires de soins est organisée par le district ; il s'agit d'une supervision formative qui a pour objectif d'encourager, d'accompagner et de soutenir les prestataires de santé dans leur pratique, de corriger les mauvaises pratiques et apporter un appui dans la résolution des problèmes identifiés.
- **Les réunions**
  - *Les réunions mensuelles* de l'Equipe Cadre de District en vue de passer en revue les indicateurs relatifs aux interventions et apporter des solutions appropriées aux goulots constatés
  - *Les réunions de suivi/monitorage trimestrielles* au cours desquelles seront discutés :
    - la complétude et la promptitude des rapports des établissements sanitaires ;
    - la qualité des données produites par les centres de santé du district au cours du trimestre ;
    - La gestion des stocks des outils de collecte de données ;
    - Le point sur les supervisions des agents responsables des activités de PTME.
- A la fin de cette réunion un plan de suivi des résolutions adoptées sera élaboré.

- Les réunions semestrielles
  - o Passage en revue des différentes activités du plan d'action à mi parcours
  - o Harmonisation des données des centres de santé du district
  - o Partage des meilleures pratiques
- les réunions annuelles
  - o Bilan annuel
  - o Définition des perspectives de l'année suivante
  - o Développement des plans d'action

### **VII-2.3 Au niveau régional**

Le chef du service de Suivi-Evaluation et de la gestion de l'information sanitaire est chargé de :

- collecter toutes les données des districts sanitaires ;
- participer aux supervisions des districts sanitaires ;
- analyser les données recueillies et réaliser les courbes de tendances,
- faire la retro information aux districts sanitaires;
- tenir correctement les rapports d'activités ;
- faire paraître le bulletin régional de l'information sanitaire ;
- concevoir/actualiser et afficher la cartographie des établissements sanitaires du district.

#### **▪ Supervision administrative des Districts Sanitaires**

Une supervision formative sera organisée tous les trimestres du niveau régional vers les districts sanitaires. Elle permettra d'encourager et de soutenir l'ECD dans leur pratique de gestion administrative, gestion des ressources humaines et de corriger les mauvaises pratiques. Elle sera aussi l'occasion d'apporter un appui pour la résolution des problèmes

#### **▪ Réunion mensuelle de l'ERS**

L'équipe régionale de santé se réunira tous les mois. Chaque réunion sera sanctionnée par un procès-verbal et une liste de présence dûment signée jointe en annexe. Cette réunion aura pour objectif de faire régulièrement le point des activités de la direction régionale.

- ***Les réunions trimestrielles de suivi des activités***

Cette réunion sera présidée par le directeur régional de la santé. Tous les chefs de services de la DRSLS et tous les directeurs de District du ressort territorial de la région sont tenus de participer à cette réunion. Ce sera l'occasion de faire un point des activités de tous les districts sanitaires.

- ***Les réunions semestrielles et annuelles***

Validation des données des différents programmes de la région. Il s'agit de réunion bilan.

## **VII-2.4 Au niveau central**

- **Reuves annuelles conjointes nationales**

L'objectif de ces réunions sera d'améliorer la coordination des interventions de PTME et d'adopter une vision commune par tous les partenaires techniques et les autres institutions de mise en œuvre, dans un souci de complémentarité.

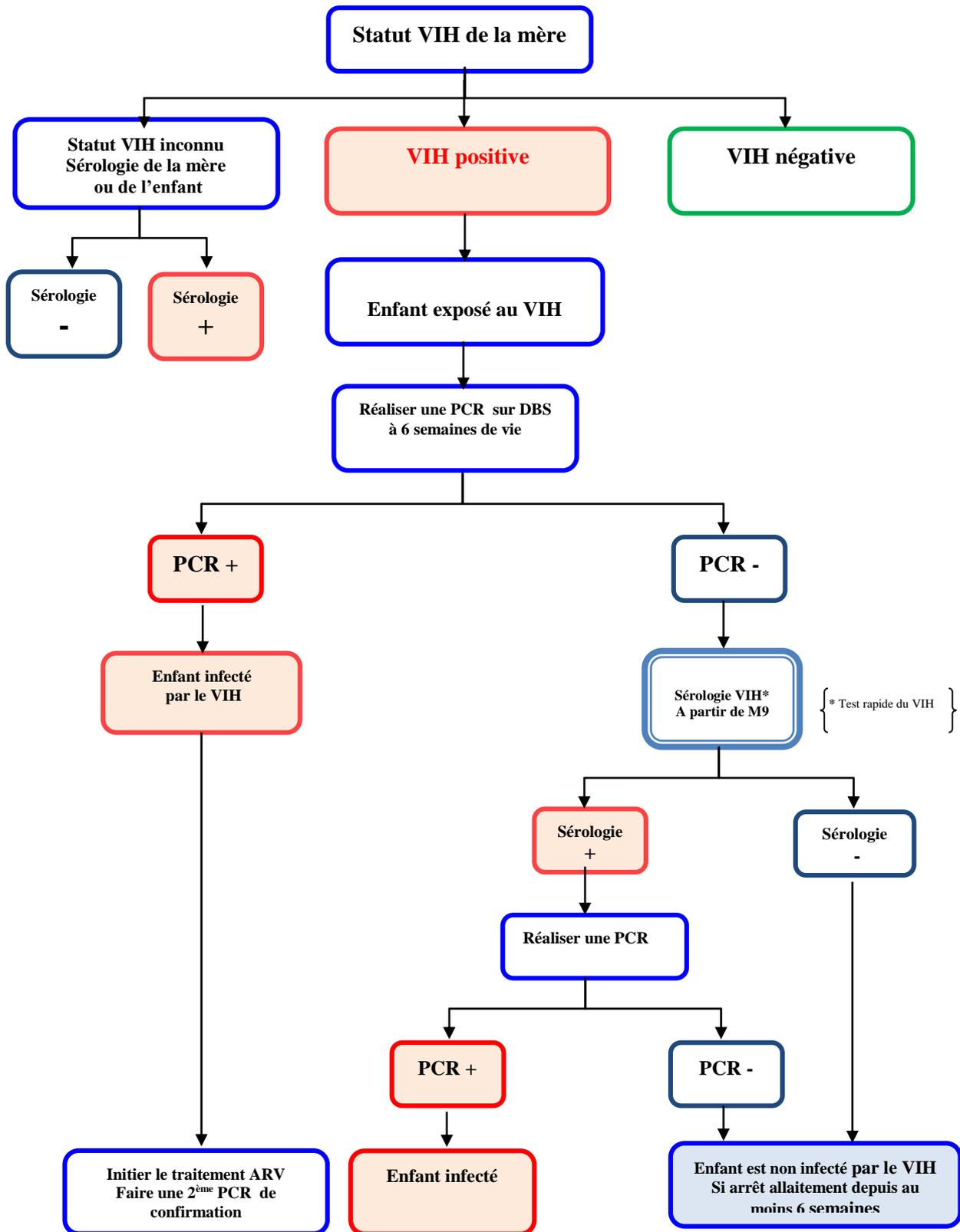
Au cours de ces réunions les points ci-après sont élucidés. Il s'agit de :

- les cibles et la question de couverture géographique des interventions dans les domaines programmatiques des soins et traitement, prévention, laboratoire et informations stratégiques sont discutées ;
- la collaboration entre les partenaires de mise œuvre est renforcée ;
- les principaux résultats des programmes sont présentés ;
- les principaux indicateurs de la coordination sont présentés.

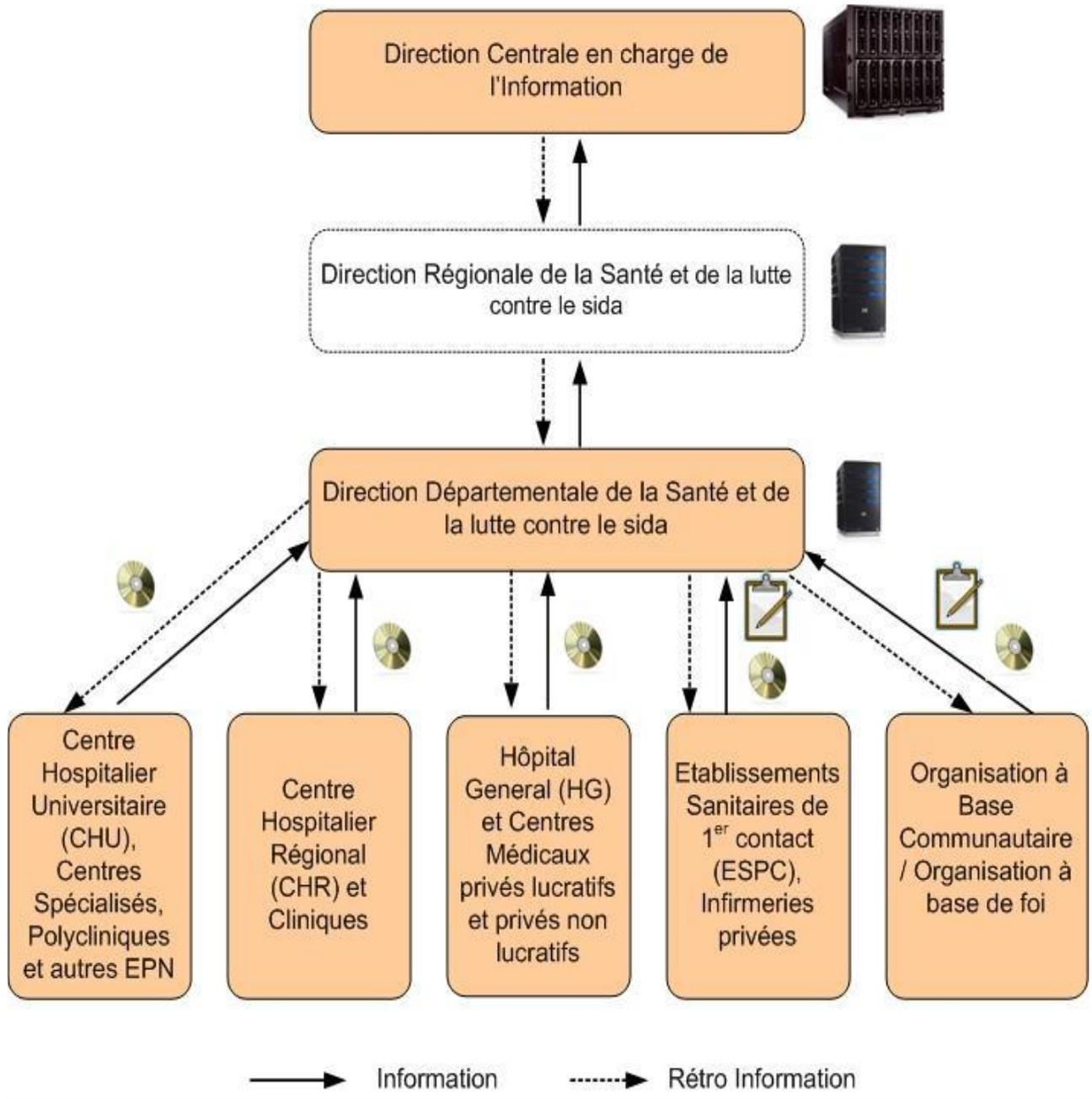
L'organisation de cette rencontre sera assurée par le PNLIS. Les Directeurs Régionaux de la Santé et de la lutte contre le sida : présenteront les rapports annuels de leurs structures Les résultats des indicateurs programmatiques cités au niveau district seront présentés.

## ANNEXES

### 1. Algorithme de dépistage du VIH



## 2. Circuit de l'information





### **3- Liste des outils VIH utilisés**

#### **Outils CD**

1. Registre de consultations curatives
2. Registre de dépistage par les tests rapides

#### **Outils PTME**

1. Registre de consultation prénatale
2. Registre d'accouchement
3. Registre de consultation Postnatale
4. Registre PTME de suivi mère enfant

#### **Outils PEC**

1. Dossier individuel du client
2. Registre TARV
3. Registre de visite pour les soins et soutien
4. Rapport d'analyse de cohorte

#### **Rapport A**

## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

- 1- Document de politique normes et procédures Conseil et dépistage en CI Ed. **PNLS**, 2014
- 2- Rapport de l'Analyse situationnelle sur la mise en œuvre de la prévention de la transmission mère enfant du VIH et proposition d'une feuille de route pour le passage de l'option B à l'option B+ en Côte d'Ivoire. **Didier Ekouevi**, Consultant national, 2014
- 3- Directives nationales de mise sous traitement antirétroviraux à vie des femmes enceintes infectées par le VIH dans le cadre de la prévention de la transmission mère enfant du VIH-Cote d'ivoire – Avril **MSLS**, 2015
- 4- Directives nationales pour le traitement antirétroviral de l'infection à VIH chez l'enfant (Cote d'Ivoire)- **MSLS**, 2012
- 5- Document de politique Nutrition, **PNN**,
- 6- Directives nationales VIH PTME, **PNLS**, 2015
- 7- Guide de Prise en charge Pédiatrique pour les non médecins, **PNLS**, 2010
- 8- Guide de Prise en charge pour les médecins, **PNLS**, 2010
- 9- IATT-TOOL KIT 2014
- 10- Manuel de formation en Prévention du VIH **PNLS**, 2011
- 11- Plan d'élimination de la transmission mère enfant 2012 -2015, **PNLS**, 2012

- 12- Manuel de procédures techniques pour la prévention de la transmission Mère-Enfant, **PNPEC**, 2006
- 13- Rapport de la 4<sup>ème</sup> mission conjointe pour accélérer l'élimination de la transmission mère enfant du VIH en Côte d'Ivoire **Didier Ekouevi**, 26 -30 mai 2014
- 14- Rapport technique de l'atelier de révision validation Directives nationales VIH 2015, **PNLS**, Mars 2015
- 15- Rapport de la phase pilote sur le projet de la Délégation de taches, **PNLS**, 2015

#### LISTE DE PARTICIPANTS A L'ATELIER DE VALIDATION

N°	NOMS ET PRENOMS	FONCTION	STRUCTURE	CONTACT	E MAIL
1.	COULIBALY Soltie	DRSLS	DR AGNEBY TIASSA-ME	05 70 02 28	<a href="mailto:soltieamy@yahoo.fr">soltieamy@yahoo.fr</a>
2.	DJETY Guy Vincent	Chef département prévention	PNLS	54 51 11 03	<a href="mailto:guydjety@yahoo.fr">guydjety@yahoo.fr</a>
3.	AKA David	PF PTME	PNLS	45 06 13 71	<a href="mailto:akadavid2000@yahoo.fr">akadavid2000@yahoo.fr</a>
4.	NAHOUNOU Lanwis	charge d'étude	DGS	57 18 81 20	<a href="mailto:lanwiso2007@gmail.com">lanwiso2007@gmail.com</a>
5.	COULIBALY Makan	Consultant	PNLS	05 57 18 90	<a href="mailto:makancoul@yahoo.fr">makancoul@yahoo.fr</a>
6.	GRAH Kotchy Modeste	Médecin	FSUCOM port-bouet 2	07 50 64 24	<a href="mailto:gkotchymodeste@yahoo.fr">gkotchymodeste@yahoo.fr</a>
7.	DAWARA Assetouepse YEO	Sage Femme	CS COM aboboté	40 72 60 04	<a href="mailto:astouyeo@yahoo.fr">astouyeo@yahoo.fr</a>
8.	KOMENAN D Lydie	point focal PECP	PNLS	44 43 24 24	<a href="mailto:lydie2005andrew@yahoo.fr">lydie2005andrew@yahoo.fr</a>
9.	BOGUI Niamké Serge Pacôme	secrtaireexecutif par interim	I CHANGE	02 22 27 17	<a href="mailto:bogui_niamke@yahoo.fr">bogui_niamke@yahoo.fr</a>
10.	NIOBLE Cyprien	Directeur technique	JHPIEGO	05 47 88 90	<a href="mailto:nioble.cyprien@jhpiego.org">nioble.cyprien@jhpiego.org</a>
11.	KADJO Marie Colombe epse KOUADIO	Assistante regionale clinique	HAI	49 81 52 21	<a href="mailto:marie.kadjo@healthallianceinter.org">marie.kadjo@healthallianceinter.org</a>

12.	NOBAH Marie therese	CT PTME	CDC CI	05 53 11 30	<a href="mailto:xis7@cdc.gov">xis7@cdc.gov</a>
13.	KASSI Silvine epe Kouakou	Sage Femme	CSR MONTEZO	01 43 96 55	<a href="mailto:silvianebibra2@gmail.com">silvianebibra2@gmail.com</a>
14.	COULIBALY Rosalie	chargée PTME/CD	SEV.CI	44 71 57 67	<a href="mailto:rcoulibaly@sevci.org">rcoulibaly@sevci.org</a>
15.	TANY Atté François	chargé du renforcement du système communautaire	PNLS	54 39 96 41	<a href="mailto:tany_lee_76@yahoo.fr">tany_lee_76@yahoo.fr</a>
16.	AGBO Marie Innocencia	Medecin	PNLS	07 39 85 09	<a href="mailto:miagbo@yahoo.fr">miagbo@yahoo.fr</a>
17.	DIGBEU Solange	Sage Femme	maternité williamsville	07 27 53 53	<a href="mailto:digbeusolange2015@gmail.com">digbeusolange2015@gmail.com</a>
18.	BANGALI Mahika	CT PTME	ACONDA	40 18 57 81	<a href="mailto:bagali.maika@acondavs.org">bagali.maika@acondavs.org</a>
19.	BUKIKI Sylvère	Directeur	ITPCI	08 95 66 21	<a href="mailto:biziyarenyes@yahoo.fr">biziyarenyes@yahoo.fr</a>
20.	ZOROBİ Ali	DD	DS Agboville	07 96 24 27	<a href="mailto:ali_zorobi@yahoo.fr">ali_zorobi@yahoo.fr</a>
21.	BAKANDE Segnet Serge	Medecin	PNSSU	07 99 65 13	<a href="mailto:bakandeserge@yahoo.fr">bakandeserge@yahoo.fr</a>
22.	KONE Malaidié	Sage Femme spécialisé pt focal PTME	DPPEIS	07 13 67 83	<a href="mailto:konekakou@yahoo.fr">konekakou@yahoo.fr</a>
23.	KOUAKOU KAN Nestor	Sous Directeur	DSIM	07 96 47 19	<a href="mailto:kan_nestor1@yahoo.fr">kan_nestor1@yahoo.fr</a>
24.	ALLOUKO Valentine	Sage Femme	PNLS	08 15 28 50	<a href="mailto:allouko_vaentine@yahoo.fr">allouko_vaentine@yahoo.fr</a>
25.	OUATARA Kiyali	Directeur de projet	JHPIEGO	05 73 06 63	<a href="mailto:ouattara.kiyali@jhpiego.org">ouattara.kiyali@jhpiego.org</a>
26.	LEUNKEU Eliane Koffi	Conseiller prévention	EGPAF	04 01 25 14	<a href="mailto:eleunkeu@pedaids.org">eleunkeu@pedaids.org</a>
27.	KOUA Ettien Victoire	Comptable	PNLS	54 29 74 03	<a href="mailto:ettien.victoire@gmail.com">ettien.victoire@gmail.com</a>
28.	POKOU Béatrice epsekouassi	PF PTME	ICAP	05 81 72 21/03 07 03 23	<a href="mailto:kouassipopoubeatrice@gmail.com">kouassipopoubeatrice@gmail.com</a>
29.	OUSSOU Colette	Assistante qualité	ARIEL	45 76 27 79	<a href="mailto:aoussou@arielglaser.ci">aoussou@arielglaser.ci</a>