

**REPUBLIQUE DU CAMEROUN**  
**Prévention de**  
**la Transmission du VIH**  
**de la Mère à l'Enfant**



**Guide de Poche**



**AOUT 2006**

## **PREFACE**

Le plan stratégique 2006-2010 précise les trois objectifs majeurs du gouvernement du Cameroun : il s'agit de réduire le nombre de nouveaux cas d'infections à VIH dans la population générale, de tendre vers l'accès universel pour le traitement et la prise en charge des personnes infectées et enfin de réduire l'impact du VIH/SIDA chez les orphelins et enfants vulnérables.

Le premier axe stratégique prioritaire de ce plan est l'accès universel à la prévention de l'infection chez les groupes cibles prioritaires dont un domaine d'intervention majeur est le passage à l'échelle de la prévention de la transmission mère enfant du VIH.

Il s'agit dans ce plan cadre de deuxième génération de faire de la prévention de la transmission mère enfant du VIH un service de base intégré dans toutes les structures de santé maternelle et infantile au Cameroun. Le paquet de services standard étant développé selon les quatre domaines de la PTME à savoir : la prévention primaire, la prévention des grossesses non planifiées chez les femmes séropositives, la prévention de la transmission mère enfant en péripartum, et enfin l'accès aux soins, traitement et soutien des femmes infectées et de leurs familles. A travers « l'approche district » le paquet de services PTME complet sera disponible pour tous les bénéficiaires grâce à la référence et l'aiguillage assurés par le volet communautaire de l'intervention.

Dans la perspective de tendre vers une génération de camerounais sans SIDA, le renforcement des capacités de tous les acteurs est prioritaire. Il vise à standardiser le contenu et les curricula de formation afin de garantir l'acquisition de compétences requises pour la délivrance d'une offre de services de qualité.

Ce **guide de poche** adapté à partir d'un guide générique de l'OMS est un outil de référence pour le personnel de santé. Il fournit des informations claires et précises, basées sur des faits, qui reflètent les recommandations les plus récentes en matière d'offre de services de traitement, de soins et de soutien aux mères et aux familles à risque ou infectées par le VIH au Cameroun

Puisse cet outil servir de catalyseur dans le cadre du passage à l'échelle de la lutte pour la PTME, dans tous les districts de santé à travers les formations sanitaires, les structures de dialogue, les associations à base communautaire, les organisations féminines et les communautés de foi.

## **Table des matières**

Généralités sur le VIH/SIDA et histoire naturelle	P	7
Généralités sur la transmission mère enfant du VIH	P	14
Stigmatisation et discrimination	P	17
Stratégies du programme national PTME	P	18
Conseil et dépistage volontaire	P	20
Syndrome d'épuisement chez le personnel médicosanitaire	P	29
Prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et en période post partum	P	30
Traitement antirétroviral chez les femmes enceintes	P	35
Soins prénatals, obstétricaux et post natals des femmes dont le statut sérologique est inconnu	P	42
Renforcement des précautions universelles - hygiène hospitalière	P	44
Prise en charge des accidents d'exposition au sang en milieu de travail	P	46
Soins postnatals immédiat et suivi du nouveau-né exposé au VIH	P	48
Recommandations en matière d'alimentation du nourrisson	P	57
Options d'alimentation	P	59
Conseil et soutien en alimentation	P	65
Alimentation de 6 à 24 mois	P	74
Liens avec les services de traitement soutien et soins	P	77
Suivi et évaluation du programme PTME	P	84
Annexes 1- Formules lactées artificielles disponibles sur le marché camerounais	P	87
Annexe 2-Recommandations OMS 2006 de traitement ARV chez les enfants	P	87
Annexe 3-Programme indicatif de formation	P	88
Annexe 4-Exemple de Pré et post test	P	89
Annexe 5-Fiches de synthèse mensuelle	P	93
Pour en savoir plus	P	94

## Liste des tableaux et des figures

### Tableaux

I	Situation de la pandémie au Cameroun	P	8
II	Classification OMS 2006 des stades cliniques de l'infection à VIH/SIDA chez les adolescents et les adultes	P	11
III	Classification OMS 2006 des stades cliniques de l'infection à VIH/SIDA chez les nourrissons et les enfants	P	12
IV	Classification OMS des stades immunologiques de l'infection à VIH/SIDA chez les enfants, adolescents et adultes	P	13
V	Risques de transmission du VIH de la mère à l'enfant sans interventions	P	14
VI	Facteurs maternels influençant le risque de transmission du VIH	P	16
VIII	Protocoles ARV recommandés pour prévenir la TME du VIH en péripartum	P	36
VIII	Protocoles ARV recommandés pour prévenir la TME dans les CTA et UPEC	P	37
IX	Protocoles ARV recommandés pour prévenir la TME hors CTA et UPEC	P	37
X	Protocoles ARV recommandés pour prévenir la TME du VIH chez les femmes n'ayant pas eu d'ARV au cours de la grossesse	P	37
XI	Protocoles ARV recommandés en PTME	P	40
XII	Doses de Cotrimoxazole en prophylaxie chez les enfants	P	50
XIII	Calendrier vaccinal des enfants nés de mères séropositives	P	52
XIV	Supplémentation en Vitamine A de 0 à 5 ans	P	52
XV	Supplémentation en Fer de 0 à 5 ans	P	52
XVI	Signes évocateurs de l'infection à VIH	P	56
XVII	Type, fréquence et quantité de compléments alimentaires requis en fonction de l'âge	P	75
XVIII	Indications de la prophylaxie au CTM chez les enfants VIH infectés	P	81
XIX	Indicateurs	P	85

### Figures

1	Prévalence du VIH chez les jeunes de 15 à 24 ans au Cameroun en 2004	P	9
2	Séroprévalence du VIH chez les femmes par province au Cameroun en 2004 (EDSC-III)	P	9
3	Histoire naturelle de l'infection à VIH	P	10
4	Espace confidentiel pour une séance de counseling tiré du document de OMS)	P	21
5	Algorithme de dépistage individuel de l'infection à VIH/SIDA par les tests rapides	P	26
6	Diagnostic du VIH par les tests sérologiques chez les enfants de 18 mois et plus	P	53
7	Diagnostic virologique précoce chez l'enfant VIH	P	54
8	Différentes options d'alimentation pour les mères séropositives	P	76
9	Schéma des liens entre les services de SR et de lutte contre le VIH/SIDA	p	78

## **REMERCIEMENTS**

L'élaboration et la finalisation de ce guide de formation pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant au Cameroun ont été rendues possible grâce à l'implication de plusieurs acteurs.

Le Ministère de la Santé publique et le Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA tiennent à adresser leurs remerciements à toutes les personnes qui ont participé au sein du groupe de travail national à la traduction, à l'adaptation puis à l'élaboration de la version finale. Il s'agit notamment de :

**Pr Bella Assumpta Lucienne, Mr Georges Okala, Dr Eteki Nicole, Dr Tsague Landry, Mr Noukouni Marcellin, Dr Ekoua Daniel, Dr Boum Joseph René (MINSANTE), Dr Mayer Magdalène(GTP), Dr Takou Polycarpe, Dr Gody Boka (UNICEF), Mr Kembou Etienne ( OMS – Cameroun) , Pr Tchokoteu ( HGOPY), Dr Tene Gilbert (FCB), Dr Chantal Same Ekobo(Hôpital CNPS), Dr Tonye Rebecca(Hôpital Central), Mme Etame Odette (Hôpital de la cité verte).**

Au niveau du CNLS la coordination de ce processus a été assurée par **Dr Anne Njom Nlend, Dr Grâce Dion Ngute et Dr Maurice Fezeu.**

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

3TC	Lamivudine
AAE	Alimentation artificielle exclusive
ABC	Abacavir
ADN	Acide désoxyribonucléique
AINS	Anti-inflammatoires non stéroïdiens
AME	Allaitement maternel exclusif
AMP	Assistance médicale à la procréation
ARN	Acide ribonucléique
ARV	Antirétroviral
AZT	Azidothymidine( idem ZDV)
CCC	Communication pour le changement de comportement
CD4	Lymphocytes T4
CDV	Conseil et dépistage volontaire
CTA	Centre de traitement agréé
CTM	Cotrimoxazole
D4T	Stavudine
Ddi	Didanosine
EFV	Efavirenz
ETP	Education thérapeutique
IEC	Information éducation communication
INH	Isoniazide
INTI	Inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse
IP	Inhibiteur des protéases
LPV	Lopinavir
MAMA	Méthode allaitement maternel avec aménorrhée
NFS	Numération formule sanguine
NFV	Nelfinavir
NVP	Névirapine
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONUSIDA	Programme commun des nations unies contre le SIDA
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PCR	Polymérase Chain réaction
PEV	Programme élargi de vaccination
PF	Planning familial
PNLS	Programme national de lutte contre le SIDA
PTME	Prévention de la transmission mère enfant
SIDA	Syndrome immunodéficientaire acquis
SLM	Substituts du lait maternel
SMI	Santé maternelle et infantile
SR	Santé de la reproduction
TARV	Traitement antirétroviral
TB	Tuberculose
UPEC	Unité de Prise En Charge
UPTME	Unité de prévention de la transmission mère enfant du VIH
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
ZDV	Zidovudine ( même molécule que l'AZT)

# Généralités sur le VIH/SIDA

## I. L'INFECTION A VIH/SIDA

**VIH** signifie virus de l'immunodéficience humaine, Virus responsable du SIDA.

**V** : Virus

**I** : Immunodéficience (de l')

**H** : Humaine

- Le VIH affaiblit le système immunitaire, c'est-à-dire le système de défense de l'organisme contre les infections et les maladies
- Au fur et à mesure que le système immunitaire s'affaiblit, l'organisme perd sa protection contre les maladies, notamment les infections et certains types de cancer.

- L'expression **personne infectée par le VIH** désigne toute personne qui contracte le virus
- L'expression **séropositif (ve)** désigne une personne infectée par le VIH et testée positive.  
Le **SIDA** est le *syndrome d'immunodéficience acquise* qui renvoie au stade le plus avancé de l'infection à VIH

**S** : Syndrome – un ensemble de symptômes ou de maladies qui surviennent du fait de l'infection par le VIH

**I** : **Immuno** - Système immunitaire

**D** : Déficience- inaptitude à se protéger contre les maladies

**A** : Acquis- non héréditaire

### Type§ de VIH : VIH1 et VIH2

- Le VIH1 est le type le plus répandu
- Les deux types se transmettent de la même manière et sont associés aux mêmes infections opportunistes et au SIDA.
- Le VIH2 se transmet moins facilement que le VIH1 et la période entre la primo-infection et la maladie est plus longue
- La transmission mère-enfant du VIH2 est plus rare.

Le VIH se transmet :

- Par contacts sexuels tels que des rapports sexuels, anaux ou buccaux non protégés
- Par utilisation de drogues intraveineuses
- D'une mère infectée à son enfant, pendant la grossesse, le travail, l'accouchement et l'allaitement maternel.

Le mode de transmission le plus courant du VIH au Cameroun est la voie sexuelle, en particulier lors des rapports hétérosexuels.

*Le VIH ne se transmet pas par :*

- La toux ou les éternuements ;
- Les piqûres d'insecte ;
- Les caresses ou les étreintes ;
- Les baisers ;
- Les bains dans des bassins ou piscines publics ;
- L'usage des toilettes publiques ;
- L'échange des poignées de main, ni les accolades ;
- Le contact en milieu professionnel ou scolaire avec une personne infectée par le VIH ;
- L'usage des téléphones ;
- L'eau de boisson ou les aliments ;
- L'utilisation commune des tasses, verres, plats ou autres ustensiles.

## **II. SITUATION DE LA PANDEMIE AU CAMEROUN**

Statistiques de base sur l'impact du VIH/SIDA au Cameroun en 2005 simulées sur spectrum

Tableau I-Situation de la pandémie au Cameroun(Source Plan national stratégique)

	<b>Année 2005</b>	<b>%</b>
<b>Population de PVVIH</b>		
<b>Total</b>	<b>500 209</b>	100
Hommes	194 582	39
Femmes	305 627	61
<b>Nombre de PVVIH ayant besoin de thérapie ARV</b>	<b>89 000</b>	
<b>Nombre d'orphelins</b>	<b>122 670</b>	
<b>Nombre d'enfants vivant avec le VIH( ONU\$IDA)</b>	<b>43000</b>	

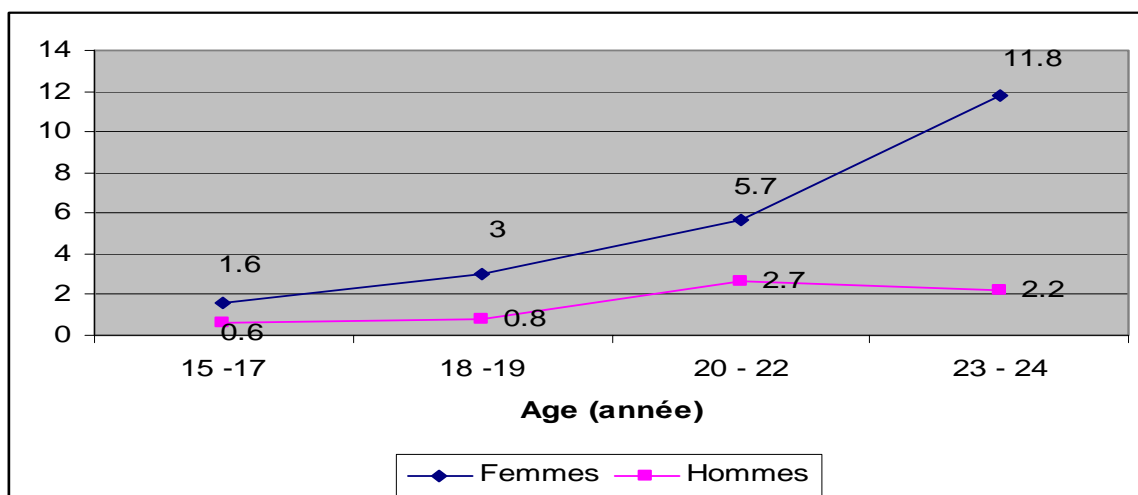
Il en ressort que le Cameroun compte en fin 2005 environ **500 200** personnes vivant avec le VIH, dont 61% sont des femmes. De ces statistiques et de l'EDS III, il apparaît que la grande majorité de ceux qui sont contaminés ne connaissent pas leur statut sérologique, que de nombreuses personnes meurent du sida sans qu'on le sache, notamment des jeunes enfants.

L'EDS III révèle une féminisation et une juvénilisation de l'épidémie avec une prévalence nationale de 5,5% dont 6,8% chez les femmes et 4,1% chez les hommes.

### **Le VIH/SIDA : une menace sans précédent pour la jeunesse camerounaise**

Les jeunes de 15-24 ans constituent une population à risque dans la mesure où à cette période de la vie, les relations sexuelles sont généralement instables et le multi partenariat fréquent. La troisième enquête démographique et de santé révèle une situation préoccupante chez les jeunes et plus particulièrement les jeunes femmes.

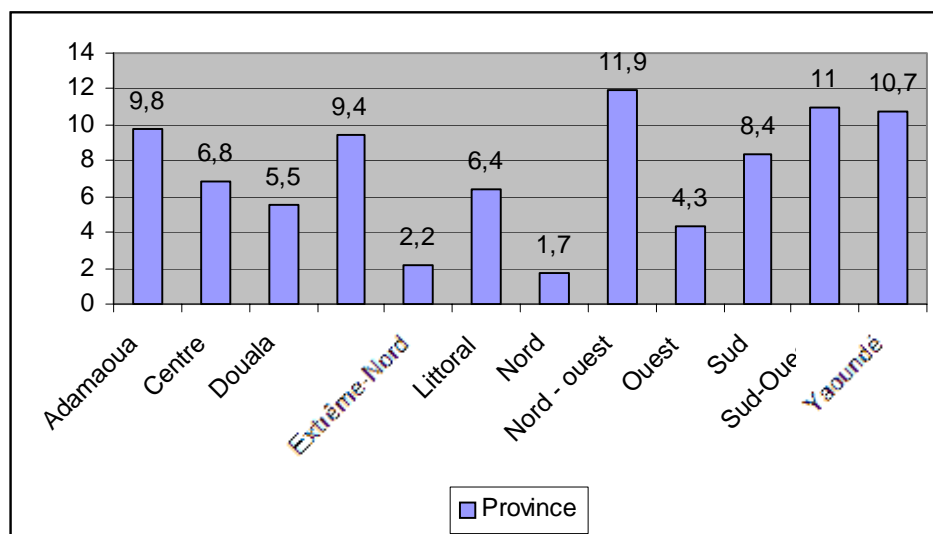




**Figure 1 :** Prévalence du VIH chez les jeunes de 15 à 24 ans au Cameroun en 2004

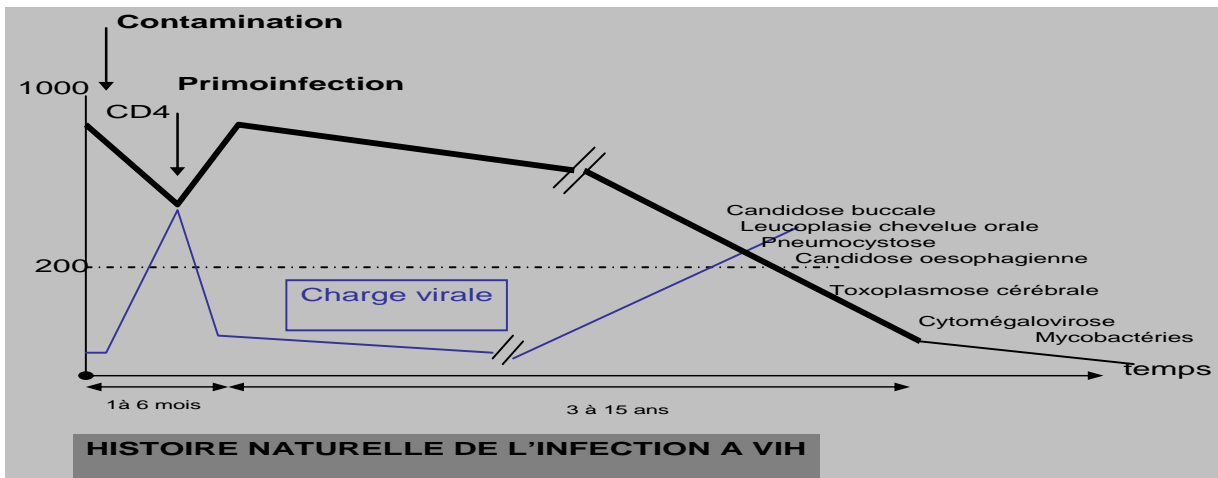
Les résultats de l'EDSC-III montrent qu'au Cameroun, le taux de séroprévalence chez les femmes de 15-49 ans estimé à 6,8 % est supérieur au taux estimé chez les hommes du même groupe d'âges qui est de 4,1 %. Il en résulte un ratio d'infection entre les femmes et les hommes de 1,7 ce qui signifie qu'il y a 170 femmes infectées pour 100 hommes.

La physionomie de l'infection au VIH chez la femme Camerounaise varie de manière très significative d'une province à l'autre et exige des approches de lutte spécifiques et ciblées.



**Figure 2 :** Séroprévalence du VIH chez les femmes par province au Cameroun en 2004 (EDSC-III)

### III. HISTOIRE NATURELLE DE L'INFECTION A VIH



**Figure 3-** Histoire naturelle de l'infection à VIH

L'histoire naturelle décrit l'évolution spontanée de la maladie en l'absence de traitement. Ceci est évidemment très aisé lorsque l'on a affaire à une infection chronique mais qui affecte peu la mortalité. En ce qui concerne l'infection à VIH pédiatrique cela n'est malheureusement pas le cas. Chez l'adulte l'évolution naturelle de la maladie est bien connue en l'absence de traitement, elle conduit à la mort après une période qui passe par quatre grandes phases :

- La phase de primo-infection
- La phase de séropositivité (latence)
- La phase de reprise de l'évolution
- Puis la phase de SIDA maladie.

Le taux de CD4 et la charge virale sont deux mesures de la progression du VIH. Quand le VIH se multiplie activement, il infecte et tue les cellules T-CD4 – un type spécifique de globules blancs qui constituent les piliers du système de défense immunitaire contre la maladie. Les effets du VIH sont mesurés par la chute du taux des cellules CD4.

Le taux de CD4 est le nombre de cellules CD4 dans le sang et reflète l'état du système immunitaire. Le taux normal chez un adulte en santé se situe entre 600 et 1200 cellules/mm<sup>3</sup>. Lorsque le taux de CD4 chez un adulte chute à moins de 200 cellules/mm<sup>3</sup>, le risque d'infections opportunistes graves devient élevé.

La charge virale est la quantité du virus du VIH dans le sang. On peut la mesurer par le test des réactions en chaîne par polymérase (PCR) du virus VIH. Le test est utilisé comme un marqueur de réponse au traitement antirétroviral (TARV).

La charge virale est très élevée peu de temps après l'infection primaire à VIH. Elle diminue vertigineusement lorsque le corps développe des anti-corps et augmente encore après quelques années au fur et à mesure que le taux des CD4 diminue. Un taux élevé de la charge virale ouvre la voie à un risque de transmission plus élevé. Très souvent, après un certain nombre d'années, une charge virale élevée est le signe d'une maladie plus grave au fur et à mesure que les personnes infectées développent le SIDA .

## IV. Classification OMS

**Tableau II**-Classification OMS des stades cliniques de l'infection à VIH et de la maladie chez les adultes et les adolescents

<b>Stade 1</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asymptomatique</li> <li>• Lymphadénopathie généralisée</li> </ul> <p><b>Evolution clinique de la phase 1</b> : asymptomatique, activité normale</p>
<b>Stade 2</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perte de près de 10% du poids normal</li> <li>• Ulcérations cutané-muqueuses mineures (dermatose séborrhéique, prurigo, infections fongiques des ongles, ulcérations buccales récurrentes cheilite faciale)</li> <li>• Zona au cours des cinq dernières années</li> <li>• Infections des voies respiratoires supérieures récurrentes (par exemple la sinusite bactérienne)</li> </ul> <p>Et/ou <b>évolution clinique de la phase 2</b> : symptomatique, activité normale</p>
<b>Stade 3</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perte de plus de 10% du poids normal</li> <li>• Diarrhée chronique inexpliquée pendant plus d'un mois</li> <li>• Fièvre persistante et inexpliquée (intermittente ou continue) pendant plus d'un mois</li> <li>• Candidose buccale (muguet)</li> <li>• Leucoplasie chevelue orale</li> <li>• Tuberculose pulmonaire</li> <li>• Infections bactériennes sévères (pneumonie, pyomyositose)</li> </ul> <p>Et/ou évolution clinique de la phase 3 : grabataire à plus de 10% pendant la journée, au cours du dernier mois.</p>
<b>Stade 4</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Syndrome de consommation du VIH<sup>a</sup></li> <li>• Pneumonie à pneumocystis carinii</li> <li>• Toxoplasmose Cérébrale</li> <li>• «Cryptosporidiose » avec diarrhée persistante de plus d'un mois</li> <li>• Cryptococose extrapulmonaire</li> <li>• Infection à cytomegalovirus (CMV) affectant certains organes en dehors du foie, de la rate et de la glande lymphatique (ex : la rétinite)</li> <li>• Infection à herpès simplex virus (HSV) cutané-muqueuse (de plus d'un mois) et viscérale</li> <li>• Leuco-encéphalite multifocale progressive (LEMP)</li> <li>• Autre mycose endémique disséminée</li> <li>• Candidose oesophagienne, trachéenne, et pulmonaire</li> <li>• Mycobactériose atypique, disséminée ou pulmonaire</li> <li>• Septicémie à salmonelle non typhi <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tuberculose extra pulmonaire</li> <li>• Lymphome</li> <li>• Sarcome de kaposi</li> <li>• Encéphalopathie du VIH<sup>b</sup></li> </ul> </li> </ul> <p>Et/ ou <b>évolution clinique de la phase 4</b> : grabataire à plus de 50% au cours du dernier mois</p>

<sup>a</sup> syndrome de consommation du VIH : perte de plus de 10% du poids combinée à une diarrhée chronique inexpliquée (de plus de 1mois ou une fatigue chronique et une fièvre prolongée inexpliquée (de plus de 1mois).

<sup>b</sup> Encéphalopathie du VIH : diagnostics cliniques de troubles de mémoire et/ou des troubles moteurs dans les activités quotidiennes et qui évoluent de semaines en mois, sans qu'une maladie ou un symptôme autre que l'infection à VIH puisse expliquer ce diagnostic.

**Tableau III** - Classification OMS 2006 des stades cliniques de l'infection à VIH/SIDA chez les nourrissons et les enfants

Stade clinique 1

- Asymptomatique
- Lymphadénopathie généralisée persistante

Stade clinique 2

- Hépatosplénomégalie persistante inexpliquée
- Infection à VIH corporelle étendue corporelle de plus de 5% de la surface entraînant une défiguration
- Eruptions papuleuses prurigineuses
- Molluscum contagiosum extensif
- Ulcérations orales récurrentes
- Hypertrophie parotidienne persistante et inexpliquée
- Erythème gingival linéaire
- Herpes zoster
- Infection haute récurrente ou chronique des voies respiratoires supérieures (otite moyenne aigue, otorrhée, sinusite, tonsillite)
- Mycoses unguéales

Stade clinique 3

- Malnutrition modérée inexpliquée ne répondant pas au traitement standard
- Diarrhée persistante inexpliquée (14 jours ou plus)
- Fièvre inexpliquée persistante (plus de 37°5 intermittent ou constant pendant plus d'un mois)
- Candidose orale persistante ( au-delà des 6 à 8 premières semaines de vie)
- Leucoplasie orale chevelue
- Gingivite aigue ulcéronécrotique / parodontite
- Adénite tuberculeuse
- Tuberculose pulmonaire
- Pneumonie bactérienne sévère et récurrente
- Pneumonie lymphoïde interstitielle symptomatique
- Maladie pulmonaire chronique associée au VIH y compris dilatation des bronches
- Anémie inexpliquée (<8g/dl), neutropénie (<500/mm<sup>3</sup>) or thrombopénie chronique (<50 000/ mm<sup>3</sup>)
- Cardiomyopathie due VIH ou néphropathie du VIH

Stade clinique 4

- Cachexie sévère ou malnutrition sévère ne répondant au traitement standard
- Pneumonie à Pneumocystis
- Infections bactériennes sévères récurrentes présumées ( empyème, pyomyosite, arthrite ou ostéite, méningite à l'exclusion de la pneumonie)
- Infection chronique à herpes virus simplex (orolabiale ou cutanée durant plus d'un mois ou viscérale quelque soit la localisation)
- Tuberculose extrapulmonaire
- Sarcome de Kaposi
- Candidose oesophagienne (ou de la trachée, bronchique ou pulmonaire)
- Toxoplasmose cérébrale (en dehors de la période néonatale)
- Encéphalopathie à HIV
- Rétinite à Cytomégalovirus ou infection à CMV affectant toute autre organe et ayant débuté à plus d'un mois d'âge.
- Cryptococcose extrapulmonaire y compris méningite
- Mycose endémique profonde disséminée (histoplasmose extrapulmonaire, coccidiomycose, penicilliose)
- Cryptosporidiose chronique( avec diarrhée)
- Isosporose chronique
- Mycobactérie atypique disséminée
- Fistule rectale acquise sous VIH
- Lymphome cérébral ou Lymphome B non hodgkinien
- Leucoencéphalite multifocale progressive

**Table IV.** Classification OMS des stades immunologiques de l'infection à VIH/SIDA chez les enfants , adolescents et adultes

<b>Déficit immunitaire associé au VIH</b>	<b>Taux de CD4 en fonction de l'âge</b>			
	<b>&lt; 11 mois</b>	<b>12 - 35 mois</b>	<b>36-59 mois</b>	<b>≥ 5 ans</b>
	<b>(%)</b>	<b>(%)</b>	<b>(%)</b>	<b>(mm/3)</b>
peu significatif	> 35	> 30	> 25	> 500
modéré	30 - 35	25 - 30	20 - 25	350-499
Avancé	25 - 30	20-25	15-20	200-349
sévère /très avancé	<25	<20	<15	<200 ou <15%

## **GENERALITES SUR LA TRANSMISSION MERE ENFANT-MECANISMES DE LA TRANSMISSION MERE ENFANT DU VIH**

L'infection à VIH peut se transmettre de la mère à l'enfant pendant la grossesse (transmission in utero précoce et tardive), au cours du travail, de l'accouchement et pendant la période d'allaitement maternel.

### **Risques de transmission sans interventions**

La plupart de transmissions se passent pendant le travail et l'accouchement. Il y a aussi un grand risque de transmission du VIH pendant l'allaitement maternel si les conditions de l'allaitement et sa durée ne tiennent pas compte de certaines précautions.

**Tableau V-** Risques de transmission du VIH de la mère à l'enfant sans interventions

Pendant la grossesse	5-10%
Pendant le travail et l'expulsion	10-20%
Pendant l'allaitement	5-20%
Taux de transmission sans allaitement	15-30%
Taux de transmission avec allaitement jusqu'à 6 mois	25-35%
Taux de transmission avec allaitement jusqu'à 18-24 mois	30-45%

## **I- MECANISME DE LA TRANSMISSION**

### **Transmission in utero**

Le VIH 1 peut infecter le placenta à tous les stades de la grossesse. Certaines cellules placentaires expriment le récepteur CD4. L'enfant pourrait ensuite se contaminer via le liquide amniotique infecté.

Néanmoins, le mécanisme de transmission le plus probable in utéro est un transfert de cellules infectées lors des échanges sanguins foeto-maternels en fin de grossesse.

### **La transmission per partum**

Elle s'explique par deux mécanismes :

- Le premier est le contact direct du fœtus avec le sang maternel et les sécrétions génitales contenant des particules virales libres ou des cellules infectées

- Le second est l'existence de contractions utérines au cours du travail qui peuvent entraîner des micro-transfusions de sang maternel vers le sang foetal.

La connaissance de ces modes de transmissions détermine les attitudes préventives : la césarienne programmée évite l'exposition dans la filière génitale, tandis que la prophylaxie de l'enfant par des antirétroviraux évite la contamination lors des micro-transfusions.

La transmission post natale s'effectue essentiellement par l'allaitement.

## **II- FACTEURS INFLUENCANT LA TME**

De nombreux facteurs influencent la TME du VIH. Ils sont :

### **\* D'origine virale :**

Des souches virales à réplication rapide (SI) augmentent le risque de transmission. Ce risque est moindre dans le cas du VIH 2 moins virulent. La quasi-totalité des souches de VIH 1 peuvent être transmises, y compris la souche O.

### **\* D'origine maternelle :**

- Immunodépression à un stade avancé (maladie clinique)
- Charge virale élevée
- Infection récente
- Carence en vitamine A
- Consommation de drogues

### **\* D'origine obstétricale :**

- Liée au mode d'accouchement (voie basse exposant aux sécrétions génitales)
- Prématurité
- Manœuvres obstétricales
- Rupture prématurée des membranes supérieure à 4 heures.

### **\* Enfin, les facteurs liés au mode d'allaitement (voir allaitement).**

De tous ces facteurs l'état immuno-virologique de la mère est celui qui influence le plus le risque de TME du VIH.

Un certain nombre de cofacteurs infectieux sont susceptibles de limiter le bénéfice des interventions antirétrovirales. Il s'agit :

- De la chorioamniotite
- Des IST
- Du paludisme qui augmente la TME du VIH par le biais d'une placentite palustre.

**Tableau VI**-Facteurs maternels influençant le risque de transmission du VIH

<b>Grossesse</b>	<b>Travail et accouchement</b>	<b>Allaitement maternel</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Haute charge virale maternelle (nouvelle infection ou stade avancé du SIDA)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Haute charge virale maternelle (nouvelle infection ou stade avancé du SIDA)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Haute charge virale maternelle (nouvelle infection ou stade avancé du SIDA)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Infection virale, bactérienne ou parasitaire du placenta (par exemple le paludisme)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rupture des membranes plus de 4 heures avant le début de travail</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Durée de l'allaitement au sein</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Infection sexuellement transmissible (IST)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Procédures d'accouchement invasives qui augmentent le contact avec le sang infecté des muqueuses corporelles de la femme (exemple : l'épisiotomie, le monitoring du scalp foetal)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un mélange précoce d'alimentation (par exemple la nourriture et/ou des liquides dont le lait artificiel en plus du lait maternel)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Malnutrition maternelle (étant une cause indirecte)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Premier enfant dans un accouchement multiple</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une mauvaise alimentation de la mère</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Chorio-épithéliome (due à une IST ou à une autre infection non soignée)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Maladie orale chez l'enfant (par exemple, muguet et plaie dans la bouche)</li> </ul>



## **STIGMATISATION, DISCRIMINATION ET DROITS INTERNATIONAUX DE L'HOMME**

La **stigmatisation** désigne des attitudes ou préjugés défavorables envers quelqu'un ou quelque chose.

La stigmatisation liée au VIH/SIDA est dirigée contre les personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVVS) ou celles supposées être infectées, ainsi que les personnes qui leur sont chères, leurs proches, et aussi les groupes sociaux et communautés auxquels elles appartiennent.

La stigmatisation liée au VIH/SIDA est le plus grand défi à relever en vue du ralentissement de la propagation de la maladie.

La **discrimination** est le fait de traiter un individu ou un groupe avec partialité ou avec des préjugés. La discrimination est souvent définie en terme de droits de l'Homme et peut avoir une influence sur les soins de santé, l'emploi, la justice, le bien-être social et la vie familiale et reproductive.

### **Stigmatisation et discrimination**

*La Stigmatisation* reflète une attitude tandis que la *discrimination* est un acte ou un comportement.

*La discrimination* est une façon d'exprimer des pensées stigmatisantes de manière délibérée ou par inadvertance.

*« La discrimination basée sur le statut sérologique réel ou présumé, est interdite par les canons de droits de l'homme existants. »*

- Commission des Nations Unies sur les Droits de l'Homme

## **Stratégies de réduction de la stigmatisation et de la discrimination dans les Programmes PTME**

Les personnels de santé peuvent contribuer à la réduction de la stigmatisation et de la discrimination que vivent les PVVS par plusieurs moyens, notamment en :

- Intégrant les interventions PTME dans les services de consultations prénatales au profit de toutes les femmes ;
- Impliquant les partenaires / conjoints dans toutes les phases du programme PTME
- Organisant des séances de conseil de groupe ou individuel qui mettent l'accent sur le rôle que jouent les partenaires dans la transmission et dans la réduction de la stigmatisation envers les femmes
- Sensibilisant et formant le personnel médical sur la connaissance des droits et devoirs des PVVS et de ceux de leurs familles
- Faisant recours aux précautions universelles envers tout patient, indépendamment d'une séropositivité supposée ou établie
- Assurant la confidentialité du patient
- Encourageant le personnel de PTME à servir d'exemple et de modèle
- Facilitant le soutien des paires et de la communauté aux PVVS
- Plaidant en faveur des droits de la femme

## **STRATEGIES POUR PREVENIR LA TRANSMISSION MERE ENFANT DU VIH**

La transmission mère-enfant du VIH (TME) est la transmission verticale de l'infection à VIH d'une mère infectée à son enfant. La TME est le principal mode de transmission de l'infection à VIH chez les nouveaux-nés et les enfants. Les programmes de prévention de la TME (PTME) peuvent réduire la TME et rapprocher les femmes infectées par le VIH, leurs enfants et leurs familles des services de traitement, de suivi et de soutien.

### **Principaux domaines d'intervention de la PTME**

- Le conseil et dépistage de l'infection à VIH/SIDA
- La prophylaxie et le traitement par les antirétroviraux
- Les pratiques obstétricales à moindre risque.
- Les modes d'alimentation du nouveau-né à moindre risque

### **Implication du partenaire dans la PTME**

- Les deux partenaires doivent être conscients de l'importance des relations sexuelles protégées tout au long de la grossesse et de l'allaitement
- Les deux partenaires subissent un test et un conseil VIH
- Les deux partenaires connaissent l'existence des programmes PTME et bénéficient des services y relatifs.

L'utilisation du terme transmission mère-enfant du VIH ne dénote d'aucun sentiment de culpabilité ou tort, ni de stigmatisation vis-à-vis de la femme qui donne naissance à un enfant infecté par le VIH. Tout au contraire, le père et la mère sont responsables de la transmission du VIH à l'enfant.

### **Stratégies de la PTME**

Elles sont au nombre de 4 :

#### **Prévention de l'infection primaire du VIH**

- Promouvoir des pratiques sexuelles à moindre risques et responsables
- Faciliter l'accès aux condoms
- Faire un diagnostic et un traitement précoce des infections sexuellement transmissibles (ISTs)
- Rendre le dépistage et le conseil VIH largement disponibles
- Offrir des conseils appropriés aux femmes séronégatives

#### **Prévention des grossesses non désirées chez les femmes infectées par le VIH**

- Offrir un service de planning familial
- Promouvoir l'accès à une contraception sûre et effective

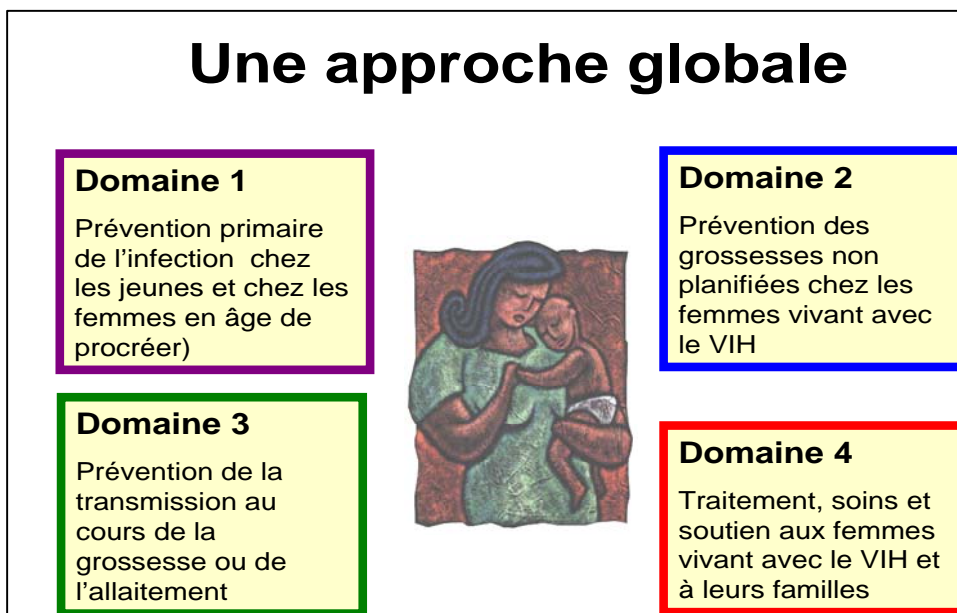
- Promouvoir des pratiques sexuelles plus sûres notamment l'utilisation systématique des condoms

### **Prévention de la TME**

- Fournir un conseil et le test de dépistage VIH
- Fournir la prophylaxie et le traitement antirétroviral
- Promouvoir les bonnes pratiques d'accouchement
- Fournir un conseil en alimentation à moindre risque du nourrisson.

### **Offrir des services de traitement, de prise en charge et de soutien aux femmes infectées par le VIH, à leurs enfants et à leurs familles**

- Offrir des services de traitement de prise en charge et de soutien aux femmes infectées par le VIH
- Faire un diagnostic précoce, assurer la prise en charge et le soutien aux nourrissons et aux enfants infectés par le VIH
- Promouvoir les liens avec les services communautaires, en vue d'une prise en charge familiale et globale.



## LE CONSEIL ET DÉPISTAGE VOLONTAIRE

### I- DEFINITION

Le counseling est un dialogue entre un client et une personne formée appelée conseiller. Il vise à réduire le stress afin de conduire le client à prendre une décision concernant la connaissance de son statut VIH. Cette composante est une part essentielle des soins et est indispensable pour une bonne prise en charge de la femme enceinte. Il est important que celles-ci connaissent et acceptent leur statut sérologique afin de leur permettre de bénéficier des mesures de prévention de l'infection à VIH pour leur bébé.

Le dépistage à l'insu de la femme enceinte et le dépistage systématique sans conseil préalable( conseil pré-test), doivent être proscrits.

### Le conseil et dépistage du VIH

- Sert de point d'entrée à la prise en charge globale
- Identifie et prend des mesures pour réduire les comportements qui augmentent les risques d'infection ou de transmission du VIH
- Doit être disponible pour toutes les femmes en âge de procréer en particulier les femmes enceintes et leurs partenaires masculins

Les deux approches du dépistage du VIH en CPN/en salle de travail et d'accouchement.

**Les approches « Opter pour » ou « Opter contre » la décision de faire son test dans des centres de PTME.**

- **La décision de faire le test** : après que la patiente ait reçu toutes les informations sur le VIH et sur le test, elle a l'opportunité de refuser ou d'accepter de faire le test du VIH. Cette option lui est présentée de façon neutre et positive. Les femmes qui acceptent de le faire demandent de façon explicite à faire leur test et leur consentement en connaissance de cause oral ou écrit est clairement établi. L'approche portant sur la décision de le faire nécessite une certaine prise de dispositions par la femme qui accepte de faire le test du VIH.
- **Opter contre le test** : le test du VIH ainsi que les informations sur le VIH font partie des soins de routine proposés aux femmes enceintes. La femme ici a l'opportunité soit de refuser, soit d'accepter de faire le test. L'approche portant sur la décision de ne pas faire le test met l'accent sur le fait que le test du VIH est une étape obligatoire des soins prénataux. Néanmoins la femme a le droit de refuser le test. Celui qui s'occupe d'elle doit identifier le problème et l'aider à vaincre les craintes qui l'empêchent d'accepter de faire le test.

**Les méthodes les plus utilisées lors des tests prénataux : la méthode contre**

- La méthode contre est recommandée pour les tests de VIH et les consultations ayant lieu dans les centres de soins prénataux.
- Les tests du VIH faits avec la méthode contre aide à vulgariser le test du VIH et de faire du test une composante naturelle des soins prénataux.

- La méthode contre est à même de faire augmenter le nombre de femmes qui font le test du VIH.
- Le choix des méthodes à adopter pour le test du VIH doit être fait au niveau national, régional, au niveau du district ou au niveau local.
- Les membres du programme de la PTME doivent respecter les principes à suivre lors d'un test et lors des conseils (le consentement en connaissance de cause, la confidentialité et le fonctionnement des services d'assistance après le test.)

**Dépistage du VIH** : Processus qui permet de déterminer si une personne est infectée par le VIH

**Counseling en VIH** : Entretien confidentiel entre le client et le prestataire de soins sur les risques d'infection ou de transmission du VIH

### Trois principes directeurs

#### 1. La confidentialité

- Garantit que les informations échangées entre le client et le prestataire de soins restent privées
- Fait savoir à la cliente que les informations révélées aux autres prestataires de soins ne le sont que si cela est nécessaire
- Assure la sécurité et la confidentialité des dossiers médicaux.

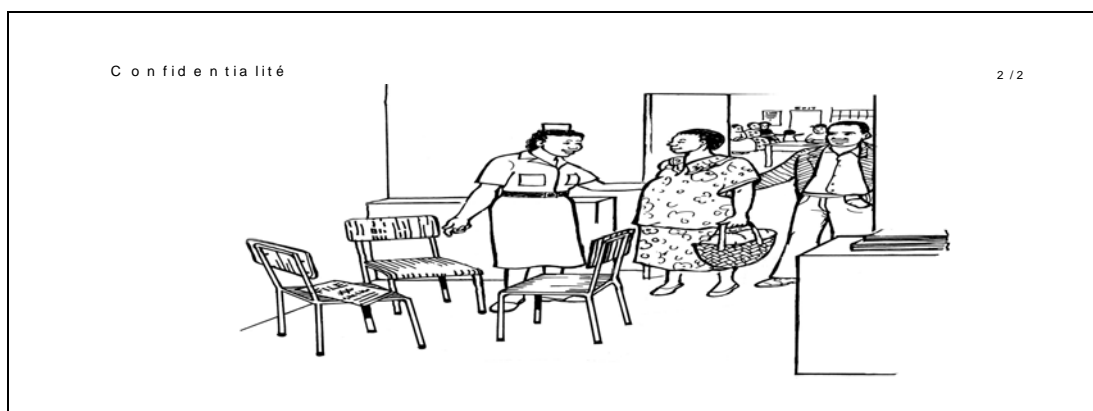


Figure 4 : Espace confidentiel pour une séance de counseling ( Source OMS)

### 2. *Le consentement libre et éclairé*

C'est un processus par lequel des informations claires et précises sur le dépistage du VIH sont données aux clientes en :

- Expliquant l'objectif et les avantages de ces services
- S'assurant que la cliente comprend le processus du dépistage et du conseil
- Respectant la décision de la cliente de se faire dépister ou non

### 3. *Le soutien et les services post-test*

Le résultat du test de VIH doit toujours être remis en mains propres. Parallèlement au résultat, des services d'information, de conseil ou de référence post-test appropriés doivent être offerts.

## **II-LE PROCESSUS DE DEPISTAGE**

Il permet de déterminer la présence d'anticorps ou d'antigènes liés au VIH

### **Principales étapes du processus de dépistage**

1. L'échantillon est prélevé. Le plus souvent, un échantillon sanguin est prélevé sur le bout du doigt ou sur le bras d'une personne
2. L'échantillon est analysé. Cette étape peut se faire sur place à l'unité de soins prénataux par exemple ,ou dans un laboratoire
3. L'agent de santé obtient les résultats du test
4. L'agent de santé remet les résultats au client pendant la séance de conseil post-test

## **Type de tests VIH**

### **Tests ou examens virologiques**

Les tests ou examens virologiques détectent la présence du VIH dans le sang

- L'antigénémie **P<sub>24</sub>** mesure l'une des protéines contenues dans le VIH
- La PCR (polymerase chain réaction) détecte la présence d'ADN ou d'ARN du VIH :
- La **PCR /ADN** détecte la présence du virus dans le sang et est utilisé pour le dépistage du nourrisson de moins de 18 mois
- La **PCR /ARN** détecte et mesure la quantité de virus présent dans le sang (charge virale)

### **Test ou examens qui recherchent les anticorps du VIH**

- ELISA (Enzyme – Linked Immunosorbent Assay)
- Western blot
- Tests Rapides

#### **Séroconversion et détection des anticorps**

Même si les tests d'anticorps du VIH sont très sensibles, il y a une période de « séroconversion ». Il s'agit de l'intervalle qui s'écoule entre le début de l'infection à VIH et l'apparition d'anticorps contre le virus( fenêtre sérologique). La séroconversion dure 4 à 6 semaines et peut éventuellement s'étendre à 3 mois après l'exposition au VIH . Les personnes à risques, initialement testées négatives doivent être retestées

### **ELISA**

- Le test est utilisé pour détecter la présence d'anticorps du VIH dans le sang, les urines ou la salive.
- L'échantillon de sang est prélevé à l'aide d'une aiguille, à partir d'une veine du bras
- Le test est effectué dans des bacs de 40 à 90 prélèvements
- L'échantillon doit être envoyé dans un laboratoire pour y être analysé
- Le rendu du résultat peut prendre plusieurs jours ou plusieurs semaines
- Le test est sensible à la température et les réactifs doivent être gardés au frais

### **Tests rapides**

- Ils sont très précis lorsqu'ils sont faits de façon correcte
- Le prélèvement d'un échantillon de sang total est nécessaire (très souvent, une piqûre au niveau du doigt suffit)
- L'échantillon ne nécessite ni équipement spécial ni conservation au frais
- Ils peuvent être pratiqués sur un seul échantillon
- Les résultats sont habituellement obtenus après 30 minutes
- Le personnel de la clinique peut faire le test

## **III-QUALITE DU CONSEIL DANS LES SERVICES PRENATALS**

### **Les aptitudes du conseiller**

L'empathie : comprendre ce que ressent la cliente, sans porter de jugement

Une écoute active et attentive : faire attention aux répliques et aux mimiques de la cliente traduisant ses états d'âme ou ses inquiétudes

Des questions ouvertes : poser des questions commençant par « comment », « qu'est-ce que » ou « pourquoi », qui appellent des réponses détaillées.

La concentration : aider la cliente à ne pas perdre de vue les objectifs de la séance

La correction des informations inexactes : rectifier de manière subtile les mythes et fausses informations.

**Le secret de l'établissement d'une relation positive entre le conseiller et sa cliente réside dans le respect mutuel et la confidentialité absolue.**

#### **IV-CONTENU DE L'IEC/CCC ET DU CONSEIL DANS LES SERVICES PERINATALS**

##### **Pré-test : information de groupe**

Adapter la portée et la profondeur de l'information au niveau de connaissances du groupe. Utiliser des méthodes amicales d'enseignement et de réponses aux questions du client. Intensifier les efforts en matière de changement d'attitudes notamment les pratiques sexuelles à moindre risque. Inclure une discussion sur les thèmes suivants :

- Aperçu sur le VIH / SIDA
- Les IST et le VIH
- La TME et sa prévention
- Le processus de dépistage du VIH
- Les avantages et les risques du test de dépistage du VIH
- La confidentialité
- Les implications du test positif et du test négatif
- L'identification des services de soutien
- La planification familiale
- Le conseil individuel et l'évaluation des risques
- Le conseil et dépistage des couples

**Savoir reconnaître quand un client a besoin d'être orienté vers un conseil individuel et faciliter la procédure de référence.**



## **Conseil et dépistage des couples**

### **Considérations à prendre en compte quand on travaille avec les couples**

- Etablir une relation avec les deux partenaires
- Vérifier la maîtrise que chaque partenaire a du VIH / SIDA
- Eviter de laisser un des partenaires monopoliser la parole pendant l'entretien
- Déterminer la volonté à se faire dépister
- Expliquer le processus de dépistage et de rendu des résultats
  - \*Comment souhaitent-ils recevoir les résultats ?
  - \*Quel type de soutien peuvent-ils s'apporter mutuellement ?
- Passer en revue les avantages et les inconvénients qu'ils ont à connaître leur statut sérologique en tant qu'individu et en tant que couple
- Encourager les partenaires à débattre des implications d'un résultat différent (résultats de tests discordants)
- Voir avec eux quelles sont les autres personnes qui pourraient être affectées par le résultat du test.

### Séances de conseil post-test

#### **La séance de conseil post-test ciblant les femmes séropositives ou les femmes séronégatives a plusieurs objectifs:**

- Remettre à la femme le résultat de son test de VIH
- Aider la femme à comprendre la signification du résultat
- Apporter un soutien, informer et référer les patients vers les services compétents
- Promouvoir la réduction des comportements à risque
- Encourager la révélation du statut sérologique au partenaire et le dépistage de ce dernier.

#### **Pour la femme séronégative**

Donner des informations pour éviter une infection future au VIH et présenter le risque élevé de transmission du virus à l'enfant pendant la grossesse et l'allaitement maternel, en cas d'infection récente.

#### **Pour la femme séropositive**

- Débattre des préoccupations immédiates
- Discuter de la révélation du statut sérologique au partenaire et de son dépistage
- Encourager les femmes à effectuer les consultations prénatales suivantes et souligner l'importance de l'accouchement dans un site PTME

### **Initiation au conseil post-test**

- Déterminer le degré de volonté de la femme à recevoir le résultat de son test
- Remettre le résultat de manière simple, claire, sur un ton neutre
- Lui donner le temps de prendre connaissance du résultat
- Poser des questions illimitées et assurer vous qu'elle comprend le résultat
- Identifier ses principales inquiétudes
- Encourager la participation du partenaire ou référer vers des services compétents
- Donner des renseignements sur le contact d'un centre de santé.

- **Dépistage et conseil pendant le travail et l'accouchement**

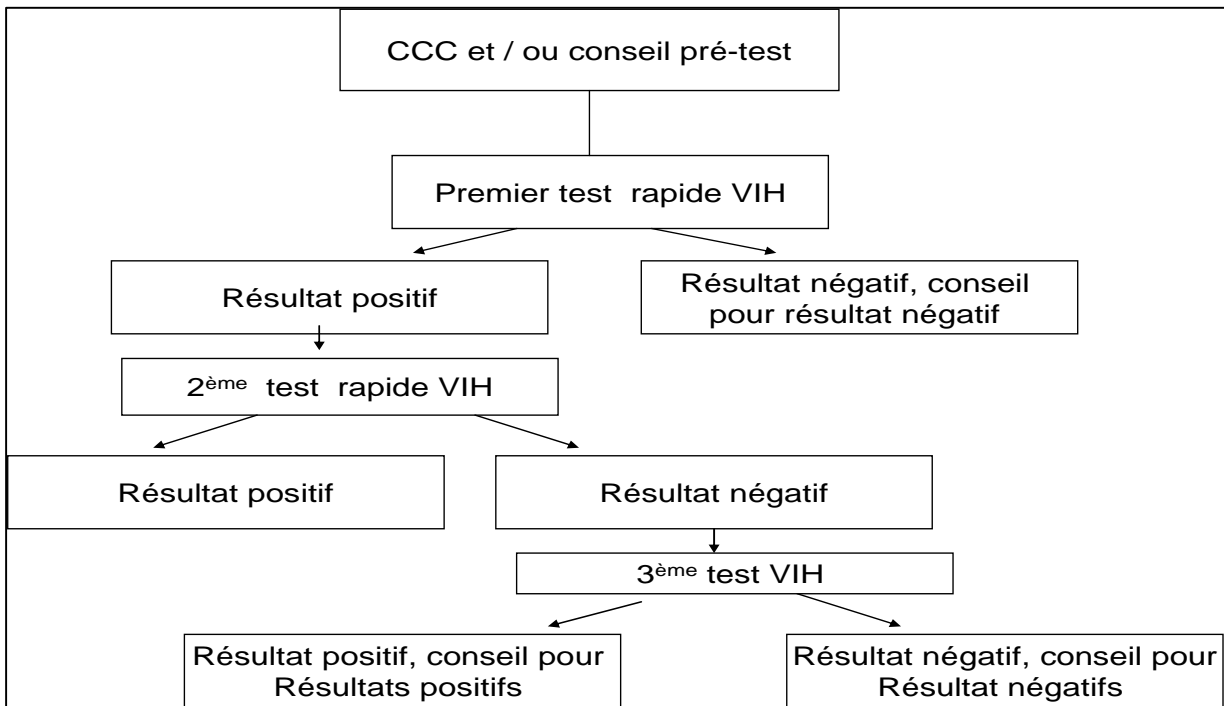
**Femmes au statut sérologique indéterminé**

Il s'agit des femmes qui arrivent au stade du travail sans avoir reçu des soins prénataux ou s'être fait dépister pour le VIH

Envisager un dépistage rapide et une prophylaxie antirétrovirale pour prévenir la TME conformément aux politiques nationales en la matière.

**Dépistage et conseil post-partum**

- Déterminer le statut sérologique et donner des recommandations pour le traitement prophylactique du nourrisson
- Donner des recommandations et apporter un soutien en matière d'alimentation à moindre risque du nourrisson
- Donner une opportunité de sensibilisation sur les risques accrus d'infection
- Etablir des passerelles pour le traitement, les soins et le soutien en cours au sein de la communauté



**Figure 5** -Algorithme de dépistage individuel de l'infection à VIH/SIDA par les tests rapides

\* Pendant le travail dans un site de prévention TME, il est conseillé d'administrer une dose unique de névirapine sur la base d'un test rapide positif. Ce résultat devra ensuite être confirmé après l'accouchement.

## **V- PRESTATAIRES DE CDV**

Le conseiller est un spécialiste de l'information dans la mesure où il détient et transmet un savoir général sur le SIDA et sur le dispositif de lutte contre l'épidémie ; un savoir riche de signification et de conséquence, sur la signification de chaque personne face au VIH, sur son statut sérologique. Le conseiller doit surtout être un spécialiste de la relation sociale : relation entre consultant et conseiller, système d'action sociale et système associatif, relation entre le consultant et son partenaire - des relations qu'il doit aider à maintenir, modifier ou renforcer, parfois construire. Ceci explique la diversité des catégories socioprofessionnelles.

Les prestataires en CDV peuvent être :

- \* Des travailleurs sociaux
- \* Des médecins et paramédicaux
- \* Des sages femmes
- \* Des psychologues
- \* Des responsables associatifs
- \* Des sociologues
- \* Des personnes vivant avec le VIH (séropositifs)
- \* Des notables, des leaders de communautés
- \* Des éducateurs.

Dans tous les cas le conseiller doit créer une ambiance favorable susceptible de susciter la confiance et d'amener le consultant à accepter le dialogue. Il doit développer une communication verbale et non verbale (savoir interpréter les signes, si peur...).

Il combat les rumeurs qui prévalent dans le domaine du SIDA. Son expression est claire, simple dans les mots dont le sens ne prête pas à confusion. Il maîtrise la communication à double sens : interaction entre deux et plusieurs personnes d'une part et d'autre part le temps d'échange et d'enrichissement mutuel mais non comme une séance d'information de type bon élève.

## **VI- PROCEDURES GENERALES DU COUNSELLING**

Les composantes du counseling incluent :

- Le soutien émotionnel
- L'évaluation des risques
- La proposition d'une stratégie de réduction des risques, et la délivrance d'une information adéquate.

Les critères de qualité en matière de counseling regroupent :

- La disponibilité et l'accessibilité d'un conseiller bien formé et à jour sur les informations en matière de VIH/SIDA
- Le conseiller doit être chaleureux, de contact facile, réconfortant, et discipliné

- Le conseiller doit être à l'écoute. Ces capacités de communication doivent être développées
- Il doit être disponible, mettant son temps à la disposition de chaque client, et il doit savoir gérer les réactions psychologiques sans empressement.

**La confidentialité** : est un critère indispensable pour un bon counseling ; pour cela le lieu du conseil doit être approprié. Pendant le conseil il doit être à l'abri des interruptions et d'autres sollicitations. Il veillera à rassurer le consultant sur le caractère confidentiel de tous les échanges qui se font pendant la session.

Une information correcte doit pouvoir être donnée à tout moment en fonction des besoins du client.

### **PRE COUNSELING**

Le counseling avant le test est appelé précounseling. Il comporte plusieurs phases :

#### **L'évaluation du risque :**

Le comportement du client est évalué : les activités sexuelles présentes et anciennes personnelles et celles de son ou ses partenaires, l'usage du condom, les pratiques sexuelles à moindre risque, une histoire de toxicomanie, la notion de transfusion sanguine et d'autres expositions au sang et à ses dérivés seront explorés.

#### **L'évaluation des connaissances et de l'environnement psychosocial :**

Il est important d'évaluer ce que le client sait du dépistage à VIH, de ses indications, de ses objectifs.

Il est nécessaire d'apprécier par anticipation ses réactions en cas de positivité ou de négativité du test et sa capacité à gérer les résultats.

La signification d'un résultat positif ou négatif sera clairement précisée au patient. Des informations orales et écrites (dépliants) seront délivrées au patient afin de lui permettre de prendre une décision appropriée.

La décision de se faire tester ou pas lui revient à la fin de l'entretien.

### **POUR LE SERONEGATIF**

Le post test reste indispensable.

- Il faut maintenir la confidentialité et reprendre les informations données au pré-test
- S'assurer de la compréhension du processus VIH/SIDA
- Encourager à une pratique sans risque
- L'impliquer comme acteur dans la lutte contre le SIDA
- Parler de l'allaitement maternel et des futures grossesses.

## **SYNDROME D'ÉPUISEMENT CHEZ LE PERSONNEL SANITAIRE**

Les agents de santé qui prodiguent habituellement des soins aux femmes enceintes infectées par le VIH, aux femmes enceintes dont ils ignorent le statut sérologique et à leurs bébés sont vulnérables à la fatigue compatissante encore appelée « épuisement ». Un tel phénomène survient lorsqu'on est victime d'un stress intense et prolongé lié à l'exercice de ses fonctions.

Les agents de santé sont particulièrement prédisposés à cette affection à cause du manque de personnel et du fait qu'ils prodiguent des soins à des personnes atteintes de maladies dont le taux de mortalité est élevé, à l'instar du SIDA.

### **Signes annonciateurs et symptômes du syndrome d'épuisement**

- ↔ Changement d'humeur, troubles de l'appétit et du sommeil
- ↔ Disposition aux accidents
- ↔ Incapacité de prendre des décisions, baisse de la concentration ou troubles de la mémoire
- ↔ Sensibilité aux critiques
- ↔ Hypertension artérielle, palpitations, sécheresse buccale et troubles gastriques
- ↔ Incompatibilité avec les collègues
- ↔ Baisse de la vitalité et de la productivité

### **Stratégies personnelles pour minimiser ou de prévenir le syndrome d'épuisement professionnel:**

- Intégrer un groupe de soutien de pairs
- Se trouver un mentor ou quelqu'un avec qui parler en toute confiance, pour vous guider et vous apporter du soutien
- Suivre un cours de recyclage ou un nouveau cours, ou apprendre des techniques nouvelles qui vous aideront dans votre travail.
- Prendre plusieurs pauses pendant les heures de travail.

Plus important encore, les agents de santé doivent :

- Faire de l'exercice, avoir une alimentation adéquate et se reposer suffisamment.
- Consacrer du temps à eux-mêmes et à leurs familles.

## **PRISE EN CHARGE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT DE LA FEMME SÉROPOSITIVE**

3<sup>ème</sup> domaine des stratégies de PTME, la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant au cours de la grossesse constitue un moment clé de l'intervention. L'accouchement est une période à haut risque de transmission. Malgré l'avènement des monothérapies ARV, pour réduire cette transmission, l'importance des contaminations résiduelles justifie le renforcement des stratégies de prévention dont l'une d'elles est la recommandation de la trithérapie pour les femmes enceintes qui en ont besoin, la bi- prophylaxie dès 28 semaines pour celles qui ne nécessitent pas de thérapie antirétrovirale et le maintien de la monoprophyllaxie pour les autres. L'accroissement de la couverture de ces interventions doit être intégrée dans l'offre de santé maternelle et infantile ; de plus, l'exigence d'accès aux soutiens et aux soins par les ARV, 4<sup>ème</sup> composante des programmes PTME présuppose une bonne maîtrise par les prestataires des signes évocateurs de l'infection à VIH chez l'adulte, (Stade OMS III et IV), de même qu'une maîtrise du système de référence. Le préalable étant la vulgarisation du dépistage de routine de l'infection à VIH avec droit au refus.

### **1- SUIVI DE LA GROSSESSE**

Il peut s'organiser dans deux contextes.

#### **1. Femme dont la séropositivité VIH est récente ou découverte au cours de la grossesse, ne présentant pas de signes faisant suspecter un déficit immunitaire**

Comme toute grossesse, un minimum d'au moins quatre consultations prénatales est requis.

##### **A chaque consultation on devra explorer :**

- **Par l'interrogatoire** : l'existence ou l'absence de douleurs pelviennes, de signes d'intolérance digestive, les habitudes nutritionnelles, l'activité physique, l'environnement socio affectif (tolérance ou exclusion, séparation et deuils, stigmatisation, violences...), l'observance d'un traitement préventif intermittent du paludisme, l'utilisation de moustiquaires imprégnées, la prévention des réinfections par l'utilisation des condoms lors des rapports sexuels.

De manière plus spécifique par rapport à l'infection à VIH/SIDA, seront recherchés :

- L'existence d'une toux persistante ou récidivante, de diarrhées traînantes, de fièvres récurrentes rebelles aux antipalustres habituels ou d'autres signes d'appel infectieux.

- **Par l'examen clinique** : le poids, la tension artérielle, l'absence ou la présence d'œdèmes, d'écoulement ou de perte vulvo-vaginale, la coloration des téguments et muqueuses, la croissance foetale par une hauteur utérine en rapport avec l'âge gestationnel.

De manière plus spécifique par rapport à l'infection à VIH/SIDA seront recherchées :

- des lésions candidosiques orales ou vaginales récidivantes et traînantes et rebelles aux anti-mycosiques habituels,
- des lésions vésiculeuses (type zona) des lésions d'herpès,
- des troubles neurologiques,
- des manifestations cliniques d'IST résistantes voire des condylomes,
- des adénopathies,
- des anomalies à l'auscultation pulmonaire,
- des signes évocateurs d'infections urinaires.

## **Les explorations biologiques de routine en grossesse seront effectuées :**

- Numération formule sanguine à la recherche d'une anémie, goutte épaisse, électrophorèse de l'hémoglobine, glycémie à jeun, groupe sanguin.
- VDRL et TPHA pour la syphilis.
- Recherche de protéinurie et de glycosurie.
- Les autres examens seront faits selon les signes d'appel cliniques.
- Selon le plateau sanitaire disponible au niveau du district de santé, le taux de lymphocytes CD4, à défaut la mesure du taux lymphocytes totaux doit être faite pour rechercher un déficit immunitaire chez la femme enceinte.

## **La prise en charge médicale et psychosociale**

Le prestataire devra à chaque consultation ( suivi mensuel)

*Faire des prescriptions et recommandations non-médicamenteuses*, tout en s'assurant qu'elles sont possibles dans le cadre de vie de la patiente et en l'aidant à contourner les inévitables difficultés d'application :

- Dormir suffisamment.
- Eviter l'alcool et le tabac.
- Eviter d'avoir des rapports sexuels non protégés.
- Avoir une alimentation suffisante et équilibrée.
- Consommation suffisante d'eau
- Eviter le surmenage et les efforts physiques trop importants.
- Respecter les heures de sommeil

*Faire des prescriptions médicamenteuses*

- S'assurer de la prévention de l'anémie par une prescription de fer et folates.
- Prescrire un traitement antipalustre selon le protocole national en vigueur en plus de l'utilisation des moustiquaires imprégnées.
- Prescrire des multivitamines (qui améliorent les paramètres anthropométriques du nouveau-né même si le bénéfice n'est pas évident pour la réduction de la TME du VIH).
- S'assurer de la vaccination antitétanique.

## **Conseils généraux par rapport à la grossesse**

Chaque consultation prénatale devra être l'occasion de rappeler à la femme :

- Le risque de transmission materno-foetale.
- Le contenu et les bénéfices attendus du régime antirétroviral.
- Les questions relatives à l'alimentation du nouveau-né.
- Les questions relatives au mode d'accouchement seront discutées lors de la consultation à terme.
- Enfin la nécessité d'accoucher en milieu hospitalier.

## **Conseils psychosociaux par rapport à l'infection à VIH**

- Eviter de communiquer son statut à n'importe qui mais se confier à quelqu'un de sûr.
- Rejoindre si possible un groupe de support.
- Ne pas rester seule.
- Vérifier s'il est possible de communiquer son statut à son partenaire.

## **2. Femme séropositive présentant des signes faisant suspecter un déficit immunitaire**

Dans ce cas, la malade doit être évaluée sur le plan clinique et référée vers un centre de traitement agréé pour évaluer outre la grossesse, le niveau de son déficit immunologique par le dosage des populations lymphocytaires (CD4, CD8) et poser l'indication d'une trithérapie antirétrovirale pour elle-même, qui protégera également le fœtus. Le choix du traitement est fait selon le protocole national mais ne doit pas comporter d'Efavirenz(1<sup>er</sup> trimestre), toxique pour l'embryon et le fœtus.

Une prophylaxie par Cotrimoxazole est nécessaire si le taux de CD4 est inférieur à 350/mm<sup>3</sup> après le premier trimestre de grossesse. En cas de nécessité le traitement spécifique d'une IST ou d'une autre infection opportuniste doit être entrepris.

## **2-TRAVAIL ET ACCOUCHEMENT DE LA FEMME SEROPOSITIVE**

Moment critique en matière de transmission du VIH de la mère à l'enfant, l'accouchement devra idéalement, s'effectuer en milieu hospitalier, assisté par un personnel formé.

### **1. Objectif**

Il est de favoriser un accouchement eutocique pour obtenir la naissance d'un enfant vivant non contaminé par le VIH. Seront ainsi évités tous les gestes pouvant accroître le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant au cours de l'accouchement. Ainsi toutes les manœuvres pouvant provoquer des échanges sanguins fœtomaternels seront évités.

De manière plus spécifique le prestataire de soins aura trois responsabilités :

- assurer la gestion adéquate du travail des femmes infectées,
- saisir l'opportunité de la salle de travail pour s'enquérir du statut sérologique de toute femme en proposant un dépistage après conseil chaque fois que cela est nécessaire et possible,
- assurer sa propre protection en renforçant les précautions universelles d'hygiène hospitalière.

### **2. Procédures recommandées durant le travail**

- La **non stigmatisation** sera garantie par l'accueil des femmes séropositives dans les box normaux où accouchent toutes les femmes, à condition que soient effectués tous les gestes de précautions et d'hygiène pour toutes les femmes indépendamment de leur statut sérologique.
- Le **conseil en salle de travail** sera promu chaque fois que le statut de la parturiente n'est pas connu, que le travail n'est pas très avancé, et que les conseillers, les tests de dépistage, les médicaments prophylactiques (AZT, NVP) sont disponibles pour la femme enceinte et son futur enfant.
- Le **rasage de la région pubienne** sera évité, quelque soit le statut sérologique
- Le **suivi du déroulement du travail** se fera à l'aide d'un partogramme. Cette surveillance, devra être offerte à toutes les femmes ce qui permet d'améliorer la gestion du déroulement du travail.
- La **rupture artificielle des membranes** sera à éviter sachant que le risque de TME du VIH s'accroît dès que la rupture de la poche des eaux est supérieure à 4 heures.
- **Désinfection vaginale** : L'utilisation d'une solution de désinfection vaginale à base de chlorexidine de 0.25 % est recommandée avant tout toucher vaginal, même en l'absence de rupture des membranes. Elle sera faite systématiquement toutes les 4 heures en cas de rupture de la poche des eaux.
- **En cas de souffrance fœtale**, la pose d'électrodes sur le scalp pour le dosage du PH sanguin fœtal sera à proscrire.
- **L'induction du travail** est possible s'il y a une indication obstétricale mais dans ce cas les membranes seront respectées. Par contre, l'épreuve du travail souvent soldé par une césarienne ne sera pas recommandée, on lui préférera en cas de bassin limite, une césarienne élective.



### **3. Procédures recommandées durant l'accouchement**

La place de la césarienne pour réduire la TME du VIH est limitée dans le contexte d'Afrique Subsaharienne. Dans la plupart des cas, l'accouchement se fera donc par voie basse. Les manœuvres obstétricales : forceps, ventouse, épisiotomie de routine seront à éviter. En cas de souffrance fœtale ou d'anomalies de progression du travail, l'accouchement par césarienne est indiqué. Ses indications devront être posées le plus rapidement possible après constatation de l'anomalie.

### **4. Soins post partum immédiat des femmes infectées**

La surveillance du post partum est une surveillance classique mais certains cas requièrent une attention particulière.

Cette surveillance consiste à :

- Reconnaître les signes de rétraction de l'utérus  
Globe utérin de sécurité, (utérus ferme, taille au dessous de l'ombilic)
- Apprécier les pertes sanguines vulvaires  
Elles doivent être de faible abondance (inférieures à 500 cc)
- Surveiller l'état général

Cette surveillance doit être rigoureuse pendant les deux premières heures. Elle consiste à vérifier la tension artérielle (TA) et le pouls toutes les quinze minutes pendant trente minutes, puis toutes les trente minutes pendant deux heures.

\*Donner des informations appropriées sur la gestion des objets potentiellement infectés (lochies, pagnes ou autres objets contenant du sang...).

- Faire les soins du périnée

La toilette vulvaire de préférence avec une solution de chlorure de benzalkonium (1 dose de chlorure de benzalkonium pour 9 doses d'eau ).

- Reconnaître les signes de l'infection puerpérale débutante
  - Brûlures à la miction
  - Fièvre
  - Lochies malodorantes associées à des pelvialgies
  - Toux
  - Suppuration au niveau de la plaie opératoire en cas de césarienne
  - Douleurs au niveau du mollet

NB : L'antibiothérapie recommandée est la suivante : 1) prescrire des bêta-lactamines ; 2) les utiliser dès l'accouchement ; 2) donner des doses normales pendant 5-6 jours. En cas d'infections avérées , il faut faire un antibiogramme et un traitement approprié.

### **Autres procédures : renforcement des précautions universelles ( voir chapitre spécifique)**

Le contexte de l'infection à VIH exige un renforcement des précautions universelles. Le port de gants sera requis pour tous les soins tant de la mère que de l'enfant à naître. Le matériel à usage unique est l'idéal pour tous les soins.

À défaut, la désinfection du matériel à l'eau de javel sera systématique. Le port de blouses, de lunettes, masques, de bottes sera encouragé dans la salle de travail, le recapuchonnage bimanuel des aiguilles sera proscrit tandis que celui utilisant la méthode d'une main devra être maîtrisé.

### **3- PRISE EN CHARGE DE LA FEMME SEROPOSITIVE ALLAITANTE**

Si plusieurs études tendent de prouver les bénéfices des ARV pour réduire la TME du VIH au cours de l'allaitement, en 2006 les recommandations de l'OMS dans les pays à ressources limités peuvent encore se résumer aux renforcements du conseil et du soutien des femmes qui allaitent plus qu'à la généralisation des ARV durant cette période.

Le défi est de réussir un allaitement exclusif à moindre risque pour l'enfant : c'est-à-dire à réduisant au maximum la survenue d'accidents qui vont faire accroître la quantité de virus dans le lait : mastite, engorgement, gerçures.

#### ***La femme allaitante et le traitement antirétroviral***

Lorsque la femme est sous ARV et allaite elle sera encouragée à une compliance maximale à ce traitement ARV, connue pour réduire la quantité de virus dans le lait maternel.

## **LE TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL CHEZ LA FEMME ENCEINTE**

Les antirétroviraux (ARV) réduisent la réplication et la charge Virale chez la mère et protège l'enfant contre les risques d'exposition au VIH. Les antirétroviraux traitent de manière efficace l'infection à VIH chez la mère et empêchent la TME.

### **MODE D'ACTION DES ARV DANS LA PTME**

En l'absence de prévention, le taux de TME est de l'ordre de 30 à 40% dans les pays en voie de développement. Il n'y a pas de diagnostic prénatal possible. Le risque est variable en fonction de différents facteurs maternels, viraux, foetaux, ainsi que d'évènements survenant pendant la grossesse. Le principal élément pronostique est l'état immunovirologique de la mère, et en particulier la charge virale plasmatique. La transmission est deux fois plus fréquente en cas de symptômes cliniques liés au VIH, de CD4 inférieurs à 200/mm<sup>3</sup>, ou d'ARN – VIH plasmatique supérieure à 10 000 copies / ml.

A ce titre, les stratégies possibles pour prévenir la TME visent à :

- Réduire la charge virale maternelle plasmatique et génitale par l'administration d'ARV chez la mère ;
- Limiter l'exposition du nouveau-né en fin de grossesse et pendant le travail par la césarienne programmée et en post partum en supprimant l'exposition au lait maternel ;
- Réaliser une prophylaxie post-exposition chez le nouveau-né par l'administration chez la mère d'un antirétroviral offrant un bon passage transplacentaire de même que chez le nouveau-né à la naissance.

Les antirétroviraux utilisés en PTME sont :

- Les inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse dont la zidovudine (ZDV) et la lamivudine (3TC) ;

Ils agissent en intracellulaire en subissant une triphosphorylation conduisant au dérivé actif sur la transcriptase inverse. Ces dérivés actifs agissant par compétition avec les nucléotides naturels

- Les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse dont le principal est la NVP ;

Ils agissent puissamment et de façon très sélective sur la TI, en se fixant directement sur le site catalytique de l'enzyme. Après administration orale chez la mère ou l'enfant, la biodisponibilité est plus importante pour la NVP (95%) que pour l'AZT (70%). Le passage transplacentaire et dans le lait maternel est important pour ces deux familles d'ARV.

Le **traitement** ne doit pas être confondu à la **prophylaxie**.

Le traitement antirétroviral au cours de la grossesse, lorsqu'il est indiqué, améliore l'état de santé de la mère et réduit les risques de transmission du VIH à l'enfant.

Les principales recommandations sont résumées dans les tableaux suivants :

**Tableau VII.** Protocoles ARV recommandés pour prévenir la TME du VIH en péripartum

	Indication de trithérapie maternelle <sup>1</sup>	Pas d'indication de trithérapie maternelle <sup>4</sup>
<b>Mère</b>		
<b>Antepartum</b>	TARV <sup>2</sup>	AZT dès 28 semaines de grossesse ou aussitôt que possible au-delà
<b>Intrapartum</b>	TARV	DU( dose unique) NVP + AZT/3TC
<b>Postpartum</b>	TARV	AZT/3TC x 7 j
-----		
<b>Enfant</b>	AZT x 7 jours <sup>3</sup>	DU NVP + AZT x 7 j <sup>3</sup>

<sup>1</sup> Indication maternelle TARV( thérapie antirétrovirale): Stade IV OMS quelque soit le taux de CD4; Stade III OMS en l'absence de Taux de CD4 ou si CD4 <350; Stade II et I OMS si CD4 <200 (mais peut être considérée entre 200 et 350). Dans les cas précédents la TARV devra être initiée aussitôt que possible y compris au cours du premier trimestre et poursuivie pendant le travail, et après l'accouchement.

<sup>2</sup> Première ligne TARV AZT + 3TC + NVP

<sup>3</sup> Si la mère a reçu moins de 4 semaines de TARV ou d' AZT durant la grossesse, la prophylaxie du nouveau-né sera rallongée à 4 semaines au lieu d'une semaine.

<sup>4</sup> Voir schémas spécifiques dans tableau VIII.

**- Femmes enceintes vues pendant la grossesse dans un CTA OU UPEC**

<b>Tableau VIII</b>		Régime de prévention de la PTME proposé pour les femmes vues dans un CTA OU UPEC au Cameroun
<b>Mère</b>		
Antepartum	AZT/	dès 28 semaines de grossesse ou aussitôt que possible au-delà <sup>1</sup>
Intrapartum	DU( dose unique) NVP + AZT/3TC	
Postpartum	AZT/3TCx7 jours	
<b>Enfant</b>		
		DU NVP + AZTx 7 j <sup>2</sup>

1- L' AZT et le 3TC sont poursuivis 21 jours après l'arrêt de la Névirapine

2- L'AZT peut être poursuivie pendant 1 mois si la mère a eu moins de 4 semaines de TARV

**- Femmes enceintes vues pour la première fois pendant la grossesse hors d'un CTA, CTAff ou UPEC**

Hors d'un UPEC ou d'un CTA 3 possibilités se présentent :

- Suivi intégral de la femme sur le site et présentation de son dossier au comité d'éligibilité thérapeutique du CTA ou de l'UPEC du district avec application du protocole CTA –UPEC
- Référence de la femme vers le CTA/UPEC : à la demande ou devant des signes cliniques OMS 3 ou 4 ( obligatoire si signes cliniques)
- Suivi intégral sur le site avec application du protocole périphérique

<b>Tableau IX</b>		Régime de prévention de la PTME proposé pour les femmes vues hors d'un CTA/UPEC au Cameroun
<b>Mère</b>		
Antepartum		
Intrapartum	NVP dose unique	
Postpartum	AZT/3TCx7 jours	
<b>Enfant</b>		
		DU NVP + AZTx 7 j

**- Femmes n'ayant pas eu d'ARV pendant la grossesse et vues pendant l'accouchement ( tous niveaux ) \***

<b>Tableau X</b>		Femmes n'ayant pas eu d'ARV pendant la grossesse et vues pendant l'accouchement
<b>Mère</b>		
Intrapartum	NVP dose unique+ AZT/3TC	
Postpartum	AZT/3TCx7 jours	
<b>Enfant</b>		
		DU NVP + AZT pendant 4 semaines

\* Une évaluation complète sera faite immédiatement après l'accouchement pour classement de la malade selon les stades cliniques de l'OMS et décision ou non de thérapie ARV

### **-Femmes n'ayant pas eu d'ARV pendant la grossesse et le travail\***

Fait majeur chez ces enfants la thérapie antirétrovirale administrée aux nouveaux-nés agit essentiellement par le mécanisme de la prophylaxie post exposition ; il est en conséquence impératif que celle-ci soit débutée immédiatement à la naissance ou au mieux, dans les 12 heures qui suivent la naissance.

---

Enfant	DU NVP + AZT pendant 4 semaines
--------	---------------------------------

---

\* Une évaluation complète sera faite immédiatement après l'accouchement pour classement de la malade selon les stades cliniques de l'OMS et décision ou non de thérapie ARV

### **CAS PARTICULIERS**

#### **- Femmes enceintes vues pendant la grossesse présentant une anémie.**

- Si taux d'hémoglobine inférieur à 7g/100ml de sang.
- Traiter l'anémie avant démarrer le TARV au besoin transfuser
- Si correction anémie prescrire l'AZT
- Si absence de correction de l'anémie remplacer l'AZT sera remplacée par le D4T
- Prescrire l'association : D4T/3TC/NVP ou ABC/3TC/NVP

#### **- Femmes enceintes vues pendant la grossesse présentant une tuberculose évolutive**

- Femme avec toux persistante de plus de deux semaines
- Examens de dépistage de la tuberculose
- Traiter la Tuberculose est prioritaire par rapport à la mise sous TARV
- Si indication de trithérapie :
  - Ne pas prescrire NVP( incompatibilité avec rifampicine)
  - Eviter EFV pendant la grossesse surtout au cours du 1<sup>er</sup> Trimestre
  - Prescrire l'association AZT+3TC+NFV

## **TRAITEMENT ARV CHEZ LES FEMMES ARV NECESSITANTES**

Lorsque le traitement s'impose chez la femme enceinte, la thérapie antirétrovirale doit être entamée dès que possible. Quelque fois, le traitement est retardé jusqu'après le premier trimestre. Cependant lorsqu'une femme est gravement atteinte, les bienfaits du traitement priment sur tout risque potentiel pour le fœtus.

La femme enceinte qui reçoit une thérapie antirétrovirale à besoin d'une attention et d'un suivi constants au niveau du programme de lutte contre le VIH/SIDA. En cas de co-infection à la tuberculose, une thérapie supplémentaire et un suivi médical sont nécessaires pour réduire les effets secondaires.

Le tableau ci-après fait la synthèse sur les recommandations sur le traitement antirétroviral chez la femme en âge de procréer et la femme enceinte infectée par le VIH afin d'assurer un suivi clinique et biologique tel que souligné dans les normes de traitement prescrites par l'OMS.

**Tableau XI** -Protocoles ARV recommandés en PTME

Situations cliniques et recommandations pour l'utilisation de médicaments antirétroviraux chez la femme enceinte et la femme en âge de procréer	
A: Femme séropositive en âge de procréer ayant des indications de mise sous ARV	<p>Mère :</p> <p><i>Protocole ARV de première ligne :</i></p> <p>AZT+3TC+NVP ou D4T+3TC+NVP (Triomune) <i>NB: tenir compte d'une survenue éventuelle de grossesse (éviter EFV, conseiller une méthode de contraception)</i></p>
B : Femme recevant des ARV et devenant enceinte	<p>Mère :</p> <p>Poursuivre le traitement ARV pris par la femme durant la grossesse y compris pendant le travail (NB: remplacer EFV par NVP au cours du premier trimestre)</p> <p><b>Nouveau-né :</b></p> <p>AZT sirop : 4mg/kg toutes les 12 heures pendant une semaine + NVP sirop : 2mg/kg soit 0,2 ml/kg en monodose dans les 72 heures de vie</p>
C : Femme enceinte séropositive ayant des indications de mise sous traitement ARV	<p>Protocole de première ligne</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• AZT + 3TC + NVP ou</li> <li>• d4T + 3TC + NVP</li> </ul> <p>Protocole de 2ème ligne</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• AZT + 3TC + IP ou</li> <li>• d4T + 3TC + IP</li> </ul> <p><i>N.B:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Le protocole comportant l' AZT doit être privilégié</i></li> <li>• <i>l'EFV est contre-indiqué durant le premier trimestre</i></li> </ul>
D : Femme enceinte séropositive n'ayant pas d'indications de mise sous ARV	<p><b>Chez la mère :</b></p> <p><b>A partir de 28 semaines :</b></p> <p>AZT cp 300 mg: 1 comprimé matin et soir,</p> <p><b>Pendant le travail</b></p> <p>AZT cp 300 mg : 2 comprimés au début du travail + NVP cp 200 mg :1 comprimé au début du travail</p> <p><b>Après l'accouchement : AZT+ 3TC 1cp matin et soir pendant 7 jours</b></p> <p><b>Chez le nouveau-né :</b></p> <p>AZT sirop : 4mg/kg toutes les 12 heures pendant une semaine ou pendant un mois si la mère a eu moins de 4 semaines de traitement. + NVP sirop : 2mg/kg soit 0,2 ml/kg en monodose dans les 72 heures de vie</p>
E : Femme enceinte séropositive avec tuberculose évolutive	<p>la tuberculose pulmonaire classe la malade en stade 3 ; la tuberculose extrapulmonaire classe la malade en stade 4.</p>



	<p><b>Mère :</b> AZT+ 3TC+EFV ( si femme vue au cours du 2<sup>ème</sup> , 3<sup>ème</sup> trimestre) ou AZT+3TC+NVP si le traitement antituberculeux ne contient pas de rifampicine ( Remplacer NVP par NFV si protocole contient reifampicine)</p> <p><b>Nouveau-né :</b> AZT (4mg/kg toutes les 12heures) + 3TC (4mg/kg toutes les 12heures) pendant 1 semaine</p>
G : Femme enceinte connue séropositive n'ayant pris aucun ARV avant le début du travail ou testée positive en salle de travail	<p><b>Mère :</b> NVP (comprimé 200mg) : 1 comprimé en monodose <b>sauf en cas d'accouchement imminent (dilatation complète) et</b> AZT+ 3TC 1cp matin et soir pendant 1 semaine</p> <p><b>Nouveau-né :</b> NVP sirop (2mg/kg soit 0,2ml/kg) en monodose + ZDV (4 mg/kg toutes les 12 heures) pendant quatre semaines.</p>
Nouveau-né à domicile de mère séropositive et vu avant 72 heures. ( l'idéal est la prise immédiate de médicaments dans les 12 heures qui suivent la naissance)	<p><i>Nouveau-né vu avant 72 heures</i> NVP sirop : 2 mg/kg soit 0,2 ml/kg en dose unique + AZT (4 mg/kg toutes les 12 heures) pendant quatre semaines. <i>Les recommandations relatives à l'alimentation infantile restent en vigueur, toutefois la pratique de l'alimentation artificielle est fortement recommandée lorsque les conditions sont réunies.</i></p>
K : Femmes séropositives ayant pris la NVP au cours d'un faux travail	<p><i>Pas de 2ème dose de NVP chez la mère</i></p> <p><i>Enfant :</i> NVP sirop : 2 mg/kg soit 0,2 ml/kg en dose unique + ZDV (4 mg/kg toutes les 12 heures) pendant quatre semaines.</p>
L : Nouvelle grossesse chez une femme séropositive ayant déjà bénéficié d'un régime ARV pour la PTME	<p><b>Chez la mère</b> <i>dès la 36ème semaine</i> ZDV (comprimé 300 mg) + 3TC (comprimé 150 mg) : 1 comprimé matin et soir jusqu'à l'accouchement</p> <p><b>Nouveau-né</b> ZDV (4mg/kg toutes les 12heures) + 3TC (4mg/kg toutes les 12heures) pendant 1 semaine</p>

## **SOINS PRENATALS, OBSTETRIKAUX ET POST NATALS DES FEMMES DONT LE STATUT SEROLOGIQUE EST INCONNU**

**Les soins prénatals** des femmes dont le statut sérologique est indéterminé comprennent les aspects suivants.

- L'information et l'éducation sur les questions de santé
- L'éducation sur les pratiques sexuelles sans risques et le VIH
- La maternité à moindre risque
- Le counseling et le dépistage du VIH
- Le counseling et le dépistage du VIH du partenaire
- Le counseling et le soutien en alimentation du nourrisson
- Le diagnostic et le traitement des infections sexuellement transmissibles (IST)
- Le diagnostic, traitement et prévention du paludisme.
- La supplémentation en Fer, folates et Vit A

### **Offrir le test de dépistage du VIH comme composante des consultations prénatales initiales**

Dans certains cas, le statut sérologique d'une femme est inconnu. Dans de telles circonstances, la femme doit être considérée comme à risque de TME et doit avoir un counseling pendant la consultation prénatale.

### **Stratégies de réduction de la TME chez les femmes dont le statut sérologique est indéterminé.**

Les interventions en matière de prévention de la TME chez les femmes dont le statut sérologique est inconnu incluent toutes celles citées plus haut, à l'exception de la thérapie antirétrovirale, ainsi que les interventions ci-après :

- Test de dépistage rapide pendant le travail, avec droit de refus.
- Conseil post-test
- Administration de la prophylaxie antirétrovirale à la mère et l'enfant de façon appropriée

## **Soins post-partum des femmes séropositives et de celles dont le statut sérologique est inconnu.**

### **Soins postpartum des femmes au statut sérologique inconnu.**

L'accès au counseling et au dépistage doit être offert aux femmes dont le statut sérologique est inconnu.

Après l'accouchement, la connaissance du statut sérologique peut aider la mère infectée par le VIH à :

- choisir des options d'alimentation à moindre risque pour le nourrisson
- commencer une prophylaxie antirétrovirale pour le nourrisson
- accéder au traitement antirétroviral et aux soins post-partum.

## **RENFORCEMENT DES PRECAUTIONS UNIVERSELLES-HYGIENE HOSPITALIERE**

### **Créer un environnement de travail sûr**

La plupart des cas de transmission du VIH chez le personnel soignant dans les formations sanitaires sont dues à des lésions cutanées occasionnées par des aiguilles ou des instruments tranchants. De tels accidents peuvent survenir lorsqu'un objet tranchant est partagé, nettoyé ou jeté sans précautions.

La transmission du VIH **d'un patient à l'autre** peut être évitée en décontaminant, nettoyant et désinfectant ou en stérilisant les équipements et les appareils utilisés lors des procédés invasifs ou percutanés.

#### **Précautions universelles**

Il s'agit d'un ensemble de pratiques simples et efficaces qui visent à protéger le personnel soignant et les patients contre les infections à agents pathogènes, parmi lesquels les virus transmissibles par voie sanguine. Ces pratiques sont mises en œuvre au moment de prodiguer des soins de santé à tous les patients, indépendamment de leur état sérologique.

#### **Les précautions universelles sont les suivantes :**

- Se laver les mains au moins pendant 15 secondes avant et après tout contact direct avec le patient.
- Décontaminer, nettoyer et désinfecter ou stériliser les équipements ou appareils contaminés.
- Eviter de capuchonner les aiguilles.
- Réserver aiguilles et scalpels pour un même patient
- Utiliser les seringues stériles à usage unique

#### **Recommandations pour l'utilisation du matériel d'injection stérile**

- Utiliser une seringue et une aiguille stériles pour chaque injection et si possible pour reconstituer chaque unité de médicaments.
- Eviter le recapuchonnage et autres manipulations manuelles des aiguilles.
- Utiliser une technique de main unique lorsque le recapuchonnage est absolument nécessaire.
- Jeter immédiatement les seringues usagées dans une boîte hermétique et étanche réservé aux objets tranchants.
- Sceller la boîte avant qu'elle ne soit complètement pleine. Ne jamais réutiliser un récipient préalablement scellé.
- Détruire complètement ou brûler les aiguilles et les seringues afin de ne pas les laisser à la portée d'autres personnes ni de contaminer les nappes phréatiques.

## **Boîtes à instruments tranchants et piquants.**

Si les boîtes en plastique ou en métal sont introuvables ou trop chers, utiliser des boîtes de sécurité conformes aux normes de l'OMS. Si les boîtes de sécurité ne sont pas disponibles, plusieurs objets d'usage courant peuvent servir de récipient pour contenir des instruments tranchants.

Il s'agit de :

- boîtes en fer blanc munies d'un couvercle
- bouteilles en plastique épais
- boîtes en plastique lourd
- boîtes en carton dur.

## **Réduction des risques en milieu obstétrical**

Les risques d'exposition au sang et aux liquides biologiques contaminés au VIH sont plus élevés pendant le travail et l'accouchement. Les méthodes suivantes peuvent permettre de les réduire:

- Recouvrir la peau lésée ou les plaies ouvertes à l'aide d'un pansement étanche.
- Porter des gants adaptés, notamment des gants à poignets longs, au moment du retrait manuel du placenta.
- Porter un tablier en plastique imperméable pendant l'accouchement.
- Modifier les pratiques chirurgicales pour l'utilisation des porte-aiguilles, et se servir d'aiguilles de taille appropriée pour les sutures.
- Se protéger les yeux.
- Laver les éclaboussures de sang présentes sur la peau avec de l'eau et du savon ; se rincer les yeux avec de l'eau propre ou au sérum physiologique.
- Décontaminer puis Jeter les déchets solides en lieu sûr, notamment les placentas et les pansements imbibés de sang.

### **Pour des structures à ressources limitées**

Il est difficile de mettre en pratique les mesures de précaution universelle lorsque les stocks sont limités et les équipements de protection indisponibles. Pour pallier ce manque, il convient de :

- ↪ Rentabiliser les ressources en privilégiant l'achat d'équipements et l'utilisation des stocks existants.
- ↪ Réduire au maximum le contact avec le sang et les fluides corporels
- ↪ Participer à la planification, au renforcement et à la mise en œuvre des normes sécuritaires qui permettent de prodiguer des soins de santé efficaces aux patients, sans toutefois mettre sa propre sécurité en danger.

## **PRISE EN CHARGE DES ACCIDENTS D'EXPOSITION AU SANG (AES) EN MILIEU DE TRAVAIL**

### **Mesures d'urgence**

Tout personnel exposé de manière accidentelle à du sang ou à des liquides biologiques doit prendre les dispositions suivantes :

- Laver la lésion et les parties de la peau exposées avec de l'eau et du savon.
- Laver abondamment à l'eau les muqueuses exposées.
- Des antiseptiques locaux peuvent être utilisés.
- Ne pas appliquer de substance caustique susceptible de léser.
- Informer immédiatement son supérieur, ou son employeur, du type d'exposition et des dispositions prises.

### **Le personnel responsable de la prise en charge des AES doit prendre les dispositions suivantes :**

- Evaluer la gravité de l'exposition afin de déterminer les risques de contamination.
- Informer le patient sur le counseling et le dépistage
- Faire le counselling et le dépistage du VIH .
- Effectuer des tests rapides.
- Apporter un soutien immédiat à ce personnel et lui fournir des informations sur la prophylaxie post-exposition (PPE).
- Référer ce personnel vers un médecin référent et un service de conseil
- Préserver la confidentialité des dossiers médicaux.

### Directives pour une PPE

Le dépistage rapide précoce du patient accidenté permet de déterminer la nécessité d'une PPE

En cas de nécessité, la PPE doit être démarrée au plus tôt après l'exposition au virus, de préférence dans un délai de 48 heures.

Le personnel exposé aux agents pathogènes du sang en milieu de travail doit être régulièrement éduqué sur les principes d'administration de la PPE au cours de séances d'orientation professionnelle. A l'heure actuelle, il n'existe pas de formule classique de PPE ; toutefois, la trithérapie est recommandée

Le choix des médicaments à administrer pour une PPE dépend des facteurs suivants :

- le type d'accident et le mode de transmission
- la charge virale de VIH du patient contaminant et l'historique de son traitement
- les antirétroviraux disponibles sur le lieu de travail.

#### **Importance du traitement antirétroviral pour une Prophylaxie post-exposition d'urgence**

En raison de la nécessité de démarrer la PPE au plus tôt après une exposition au VIH (de préférence dans un délai de 4 heures), un minimum de deux doses de traitement antirétroviral doivent être disponibles et accessibles à tout moment sur site. Le traitement antirétroviral doit être fourni selon les directives nationales

Si possible, il est recommandé de consulter un spécialiste du VIH, notamment si l'on court le risque d'avoir été exposé à un type de virus du SIDA résistant au traitement.

*Compte tenu du fait que la PPE doit débuter dès que possible après l'exposition, un minimum de deux doses d'ARV doit être disponible et accessible dans la formation sanitaire à tout moment. Et la procédure, ainsi que les geste à faire doivent être consignés et affichés à l'attention des prestataires. Le traitement ARV doit être administré conformément au protocole national et doit durer un mois.*

Certains agents de santé en cours de traitement PPE présentent des signes d'effets indésirables tels que des nausées, malaises, maux de tête et anorexie. Les agents enceintes ou les femmes en âges de procréer et susceptibles d'être enceintes peuvent recevoir la PPE, mais doivent éviter l'Efavirenz, qui a des effets néfastes sur le fœtus. Les programmes de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) doivent apporter leur soutien aux agents en cours de traitement.

Le personnel qui a été exposé au VIH doit continuer de recevoir des conseils sur la PPE pendant 6 mois après l'exposition, ou jusqu'au troisième test de dépistage négatif.

**Pendant ces 6 mois ou jusqu'au troisième test négatif, ce personnel doit :**

- Pratiquer l'abstinence ou une sexualité sans risques.
- Eviter de pratiquer l'allaitement.
- Ne pas faire de don de sang, de plasma, de tissu, de sperme, ou d'organes.

## **SOINS POSTNATALS IMMEDIATS ET SUIVI DU NOUVEAU-NE EXPOSE AU VIH**

Elément capital de l'évaluation de l'impact des interventions PTME, la prise en charge à la naissance et le suivi des enfants exposés au VIH est pris en défaut dans de nombreux programmes.

Dès après la naissance, un contrat doit s'établir avec les parents pour un suivi médicalisé jusqu'à l'âge de 18 mois dont l'absence réduit les possibilités d'accès à la prise en charge des enfants malheureusement infectés .

Quoique fondamental, ce suivi pose de nombreux problèmes pour des raisons diverses : charge additionnelle importante de travail, insuffisance de personnel compétent pour assurer ce suivi .. Charge financière ( transport) souvent élevée pour les parents qui ne perçoivent pas le bien fondé de ces rendez vous de routine.

### **Objectif**

- Accueillir le nouveau-né à la naissance sans majorer le risque de contamination perinatale puis organiser le suivi afin de :
- S'assurer de la croissance harmonieuse de l'enfant exposé
- Prodiguer les éléments du conseil continu de suivi en alimentation, au besoin fournir un appui nutritionnel quand cela est possible
- S'assurer la compliance aux bonnes pratiques d'alimentation et l'accompagnement dans le sevrage
- Dépister toute manifestation clinique précoce pouvant faire suspecter une infection voire proposer systématiquement le dépistage systématique précoce quand cela est possible
- S'assurer de la couverture vaccinale adéquate
- S'assurer la prophylaxie au Cotrimoxazole
- D'apporter un appui psychosocial si nécessaire

### **1-ACCUEILLIR LE NOUVEAU NE DE MERE SEROPOSITIVE**

#### **Accueil du nouveau-né de mère séropositive en salle de travail**

Souvent à terme avec des paramètres anthropométriques normaux pour l'âge gestationnel, le nouveau-né de mère séropositive sera accueilli comme tout autre nouveau-né dans le but d'assurer la sécurité des chaînes suivantes : le chaud (température), l'oxygène, le glucose et l'asepsie.

De manière plus spécifique, le contexte aura pour objectif de faire éviter au nouveau-né toute contamination du VIH par voie transpariétale suite à une effraction muqueuse ou cutanée, ou par échanges sanguins foetaux maternels.

#### **Procédures recommandées**

- **La section du cordon ombilical** s'effectuera à l'aide de matériel propre stérile voire à usage unique après nettoyage du cordon avec une solution antiseptique. Toute injection à travers le cordon ombilical sera à proscrire de même que le trayage du cordon.



- **L'asepsie** : immédiatement après la naissance, tous les enfants indépendamment de leur statut seront lavés au savon et à l'eau tiède ou à l'aide d'une solution de chlorexidine diluée à 2,5%.
- **Le port de gants** sera obligatoire pour la manipulation de tous les nouveaux-nés jusqu'au nettoyage de toute trace de sang ou de liquide méconial sur leur peau.
- **Le contrôle de la température** sera assuré par un séchage à l'aide d'un linge chaud ou l'exposition à une lampe chauffante.
- **La désobstruction rhino-pharyngée** ne sera pas systématique si l'enfant est rose et crie normalement, toutefois en cas de nécessité (liquide méconial teinté, mucosités épaisses) elle utilisera une petite sonde gastrique de manière à éviter un traumatisme muqueux qui pourrait faciliter le passage de VIH présent dans la filière digestive.
- **La chaîne du glucose** : son maintien sera assuré par une alimentation précoce maternelle exclusive ou artificielle exclusive selon les options prises par la mère lors du conseil en alimentation pendant la période prénatale. Un contact précoce sera assuré entre la mère et l'enfant.
- **La prévention de la conjonctivite** se fera à l'aide du collyre au nitrate d'argent à 1 % ou par un collyre antibiotique (gentalline 2 gouttes 3 fois par jour pendant une semaine).
- **La prévention de la maladie hémorragique du nouveau-né** se fera par l'injection de 5 mg de Vitamine K1 à l'abri de la lumière sur une peau préalablement nettoyée, avec une seringue à usage unique.

### **Suivi médical**

En cas d'accouchement à terme par voie basse d'un nouveau-né ayant un poids satisfaisant à la naissance l'enfant sera laissé près de sa mère. Il recevra les antirétroviraux selon les modalités définies ci-dessous.

Le nouveau-né sera ensuite référé au médecin référent pour le VIH pour démarrage du calendrier vaccinal en vigueur et organisation du suivi post-natal jusqu'à l'âge de 15-18 mois.

## **2-LE CALENDRIER DE SUIVI DE L'ENFANT NE DE MERE SEROPOSITIVE ( ENFANT EXPOSE AU VIH)**

Il est bimensuel, puis mensuel. La durée de ce suivi s'étend jusqu'à l'âge de 18 mois.

### **Consultation de suivi type**

#### **A chaque consultation les éléments suivants doivent être appréciés**

Le régime alimentaire : avant 6 mois toujours s'assurer d'une pratique d'AME ou d'AAE  
Après 6 mois s'assurer de l'introduction des aliments de compléments, un conseil nutritionnel approprié voire un soutien en alimentation sera prodigué.

### Sur le plan clinique

Seront vérifiés

- La croissance staturo-pondérale,
- Les acquisitions psychomotrices
- Les muqueuses oropharyngées
- L'existence de signes cutanées
- L'existence de symptômes respiratoires
- La prise des paramètres suivants sont fondamentaux :
  - poids
  - taille
  - périmètre crânien
  - périmètre brachial

### Chaque consultation se terminera par la prescription d'une ordonnance

- de Cotrimoxazole
- la vérification de l'état vaccinal.
- Supplémentation vitaminique si nécessaire ( vitamine A) selon les normes PCIME

### Prévention de la pneumocytose L'intérêt du Cotrimoxazole :

- Il améliore la survie
- Réduit la fréquence des diarrhées
- Réduit la fréquence du paludisme
- Préviend les infections opportunistes
- Réduit la prévalence des infections bactériennes

### Modalités d'administration du Cotrimoxazole(CTM)

Le début de ce traitement est à l'age de **6 semaines de vie** jusqu'à la certitude de la non infection.( 5 mg/ Kg /24heures TMP, 20mg/kg/j de SMX ).

Poids en kg	Cp	Sp	CTZ tablet
	20CTZ/100SMX pediatrique (120mg)	40mgCTZ/200SMX pediatrique/ml (240mg)	80mg/400mgSMX (480mg)
1-4	1	2,5ml/j	1/4cp/j
5-9	2	5ml/j	1/2cp/j
10-25		10ml/j	1cp/j
>25			2cp

**En cas d'allergie au Cotrimoxazole d'autres médicaments pourraient être utilisés ; il s'agit de la pentamidine (4 mg/kg/dose tous les 15 jours IM ou IV) et de la dapsonne (2 mg/kg / 24 heures en 1 prsie chez l'enfant de plus de 1 mois ).**

### **Assurer la couverture vaccinale optimale**

La nécessité d'une protection adéquate des enfants infectés par le VIH est réelle, compte tenu de leur déficit immunitaire. Toutefois, ce bénéfice sera à contrebalancer avec les risques vaccinaux notamment en cas d'utilisation de vaccins vivants, et le bénéfice immunologique lorsque la fonction immunitaire est déjà déficiente. Le risque d'infection vaccinale concerne essentiellement les vaccins vivants (BCG, Rouvax, Antiamarile) Ce risque est essentiellement lié à l'état immunologique au moment de la vaccination pour le Rouvax, Antiamarile. Une infection post vaccinale est possible, ce qui contre indique la pratique de la vaccination en cas de déficit immunitaire avéré. Pour ce qui est de la tuberculose, il est acquis que la tolérance à court terme évaluée par la prévalence des BCGites varie peu par rapport à la population générale. Toutefois, à long terme, des BCGites disséminées voire létales ont été rapportées lorsque que le déficit immunitaire était profond. La qualité de la réponse immunitaire après vaccination est dépendante du taux de CD4. Ce fait est démontré pour la vaccination antirougeoleux, antihaemophilus, antiméningocoque et pour le vaccin contre l'Hépatite B. Par ailleurs, même en cas d'apparition d'anticorps, ceux-ci peuvent décroître rapidement et justifier une revaccination.

### **Recommandations vaccinales**

- a. En cas d'infection asymptomatique, administrer tous les vaccins du PEV conformément au calendrier en vigueur.
- b. En raison du risque de rougeole précoce et sévère, le ROUVAX sera administré dès six mois suivi d'une administration à neuf mois.
- c. En cas d'infection symptomatique, le BCG et le vaccin anti-Amarile ne seront pas administrés.
- d. Les autres vaccins anti-Hépatite B, anti-Haemophilus, anti-Méningocoque sont recommandés.

**Tableau XIII** – Calendrier vaccinal des enfants nés de mères séropositives

<b>CALENDRIER</b>	<b>ASYMPTOMATIQUES</b>	<b>SYMPTOMATIQUES</b>
Naissance	BCG Polio oral	Polio oral*
6, 10, 14 semaines	DTCoq+Polio Oral Hépatite Haemophilus B***	Hépatite DTCoq+Polio oral Haemophilus B***
6 mois	Rougeole+Vit A	Rougeole*** Vit A
9 mois	Antiamarile Rougeole Hépatite	Hépatite Rougeole***

\* remplacer par polio injectable si disponible

\*\*Ne pas l'administrer dans les cas de déficit immunitaire sévère

\*\*\*Vaccins conseillés

### 3- Assurer la supplémentation vitaminique et en fer Vitamine A tous les 6 mois jusqu'à 5 ans

**Tableau XIV** -Supplémentation en vitamine A

<b>Age</b>	<b>Dose en UI</b>
<6 mois	50 000 U
6 à 12 mois	100 000 U
>12 mois	200 000 U

**Tableau XV** -Supplémentation en Fer

<b>Age ou poids</b>	<b>Fer en comprimé 200mg Fer sulfate( 60mg de fer élément)</b>	<b>Acide folique cp à 5mg</b>
2 mois à 4 mois( 4 -<6kg)	¼	1/4
4 mois à 12 mois( 6 -<10kg)	½	½
12 mois à 3 ans ( 10 -<14kg)	1/2	½
De 3 ans à 5 ans( 14 - 19kg)	1	1

## Modalités de suivi

L'intégration du suivi des enfants dans les services de santé maternelle et infantile est capitale. ( service de suivi des enfants et des vaccinations).

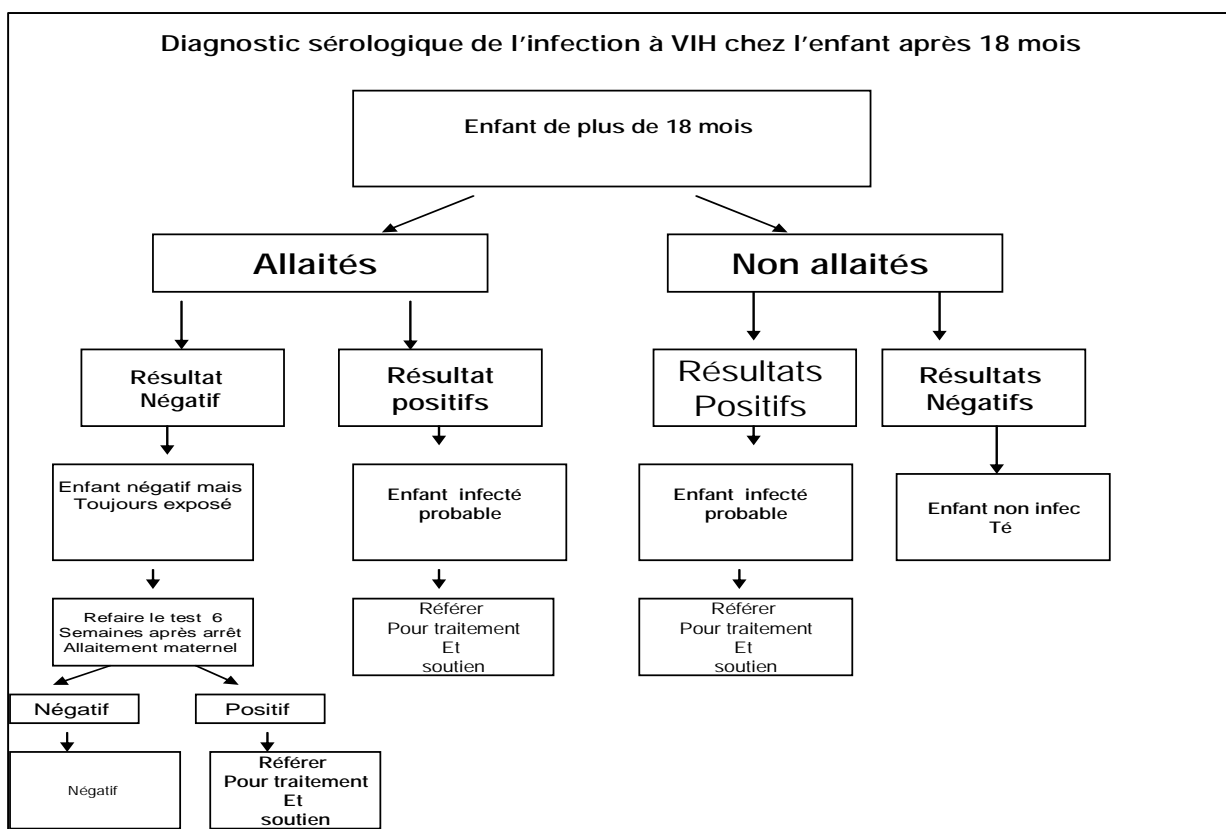
Les outils intégrés de suivi permettent plus aisément de suivre à la fois les enfants dont l'exposition est connue, de détecter ceux dont l'exposition n'est pas connue et de les référer à temps.

Une telle approche a également l'avantage de décongestionner les services pédiatriques, souvent surchargé par le suivi de tous ces enfants.

## Dépistage des nourrissons et des jeunes enfants exposés au VIH

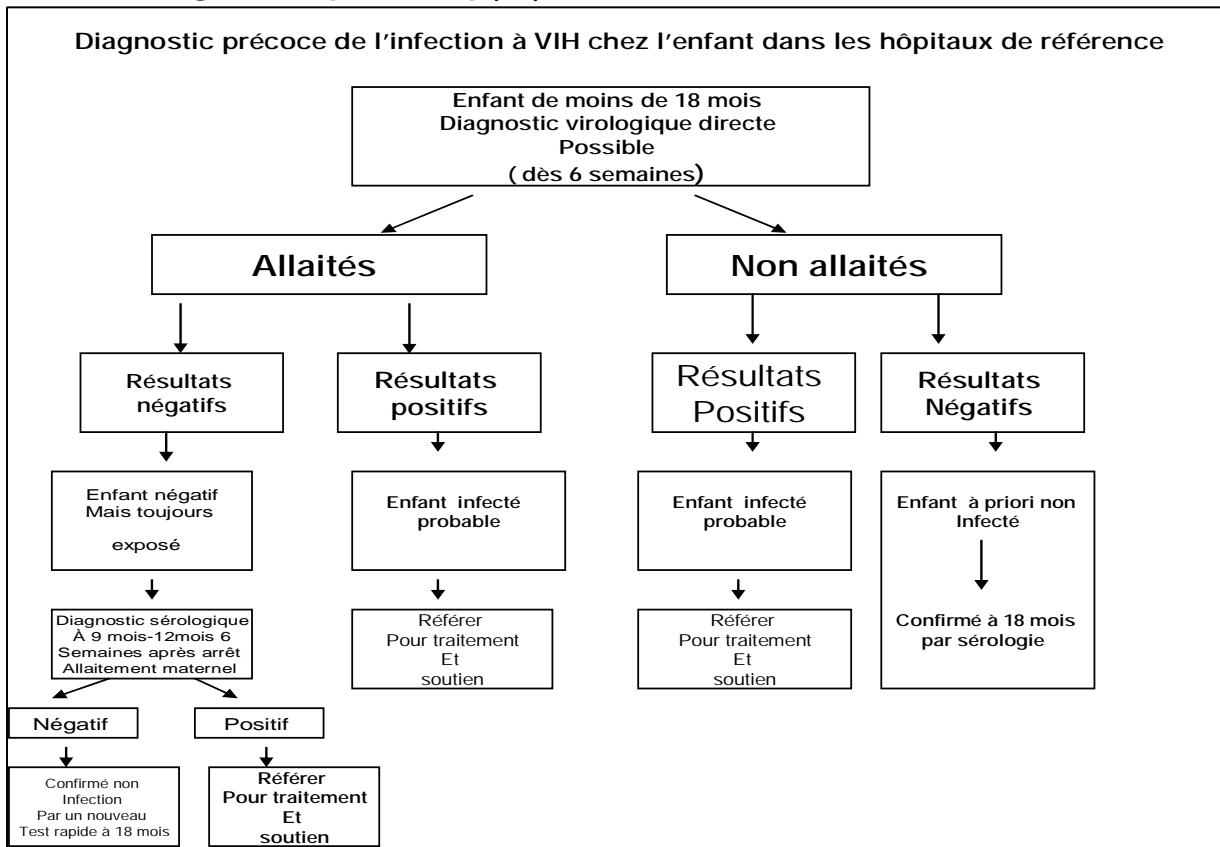
Etant donné que le traitement prophylactique antirétroviral réduit mais n'élimine pas la TME, les programmes doivent inclure le suivi postnatal et le dépistage du VIH chez les nourrissons de mères séropositives.

**Figure 6-** Diagnostic du VIH par les tests sérologiques chez les enfants de 18 mois et plus



**Tests virologiques de dépistage du VIH chez les nourrissons et les jeunes enfants de moins de 18 mois, dans les régions pauvres**

**Figure 7-** Diagnostic virologique précoce



## **Suivi du nourrisson exposé au VIH jusqu' à 18 mois**

Les enfants de mères séropositives sont très exposés aux maladies et ont une santé fragile même lorsqu'ils ont reçu une prophylaxie antirétrovirale.

Un suivi constant, l'identification précoce de symptômes liés au VIH et le dépistage du VIH sont la clé d'une croissance et d'un développement harmonieux, en particulier au cours des deux premières années de vie.

**Chaque fois que le nourrisson tombe malade ou que la mère soupçonne un problème, encourager la à solliciter des soins médicaux**

### **Les visites médicales**

- Evaluer et gérer le traitement des maladies courantes
- Surveiller la croissance et le développement
- Identifier les symptômes liés au VIH
- Assurer l'accès au dépistage du VIH (conformément aux protocoles)
- Administrer la prophylaxie de la pneumonie à pneumocytis carinii
- Administrer des vaccins conformément aux directives en la matière
- Traiter les helminthiases lorsque c'est nécessaire
- Dépister, prévenir et traiter la tuberculose et le paludisme
- Apporter un soutien et un conseil en alimentation infantile, en nutrition et en traitement antirétroviral lorsque c'est nécessaire.

### **Les Manifestations cliniques ou signes Signes cliniques évocateurs de l'infection à VIH chez un nourrisson exposé au virus**

Les manifestations cliniques ne sont pas spécifiques et peuvent se révéler par l'atteinte d'un ou de plusieurs appareils ou systèmes. Certaines sont à la fois fréquentes chez les enfants infectés et chez les enfants non infectés. Toutefois d'autres manifestations sans être pathognomoniques sont très évocatrices ; associées à une manifestation d'exposition elle conduite au diagnostic présomptif, en l'absence de notion d'exposition celle -ci sera recherchée par les méthodes sérologiques( avant 18 mois)

1. Manifestations générales :

- la fièvre

Elle est constante, persistante ou récidivante. La température peut être très élevée et rebelle aux antipyrétiques habituels. Elle accompagne fréquemment les autres manifestations cliniques

- la stagnation et la cassure de la courbe de poids:

Ils sont évocateurs d'une infection probable au VIH.

- l'amaigrissement

Il peut être précoce et sévère. Il résulte de troubles de la déglutition, des vomissements, des diarrhées et des infections fréquentes.

2. Outre les manifestations générales le tableau suivant, résumant les signes évocateurs de l'infection

**Tableau XVI** – Signes évocateurs de l'infection à VIH chez l'enfant

Signes et manifestations fréquentes chez les enfants infectés VIH mais aussi chez les enfants non infectés	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Otite chronique ou récurrente avec othorrhée</li> <li>- Diarrhée chronique ou persistante</li> <li>- Retard de croissance</li> </ul>
Signes et manifestations fréquentes chez les enfants infectés VIH et non fréquentes chez les enfants non infectés	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Infections bactériennes sévères et récurrentes</li> <li>- Candidose persistante ou récurrente</li> <li>- Parotidite chronique</li> <li>- Lymphadénopathie généralisée et persistante</li> <li>- Hépatosplénomégalie</li> <li>- Troubles neurologiques</li> <li>- Zona</li> <li>- Dermatite généralisée et persistance rebelle aux traitements usuels</li> </ul>
Signes et manifestations très spécifiques à l'infection à VIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pneumonie à <i>Pneumocystis carinii</i></li> <li>- Candidose oesophagienne</li> <li>- Pneumonie lymphoïde interstitielle</li> <li>- Zona herpétiques avec dermatome multiples</li> <li>- Sarcome de Kaposi</li> <li>- Méningite à <i>cryptococcus</i></li> </ul>



## **RECOMMANDATIONS EN MATIERE D'ALIMENTATION DU NOURRISSON**

### **Pour les mères séronégatives et les mères dont le statut sérologique est inconnu**

- Allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de vie
- Continuer l'allaitement maternel jusqu'à l'âge de deux ans ou plus
- Après le sixième mois, introduire des aliments complémentaires apportant un équilibre nutritif et une sécurité suffisante.

#### **Allaitement Maternel Exclusif ( AME)**

La mère ne donne que le lait maternel à son enfant, à l'exception de gouttes ou de sirop représentant des vitamines, des compléments minéraux ou des médicaments. L'enfant allaité exclusivement au sein ne reçoit aucun aliment ou aucune boisson autre que le lait maternel - même pas l'eau.

### **Pour les mères séropositives,**

1. Le personnel de santé et les travailleurs sociaux doivent informer les mères séropositives sur le risque de transmission du VIH à leur enfant au cours de l'allaitement.
2. Le personnel de santé et les travailleurs sociaux doivent informer toutes les mères séropositives des avantages et des inconvénients des différentes options d'alimentation du nourrisson en contexte de VIH, et le choix fait en parfaite connaissance de cause sera avec l'implication du partenaire ;
3. Le personnel de santé doit amener les mères séropositives à éviter tout allaitement maternel lorsque l'alimentation de substitution est acceptable, faisable, accessible, pérenne et sain. Aucune pression commerciale ne doit influencer ce choix ;
4. Si les conditions du n°3 ne sont pas réunies, l'allaitement maternel exclusif modifié ou pas est recommandé pendant les 6 premiers mois de vie ;
5. A tout moment au cours des six premiers mois de vie, si les conditions du n°3 sont réunies, passer de l'allaitement maternel exclusif à l'alimentation de substitution;
6. Le prestataire de soins doit informer la mère séropositive qui allaite que la durée de l'allaitement maternel ne doit pas dépasser six mois.
7. Le prestataire de service doit faire comprendre à la mère séropositive le danger de l'association de l'allaitement maternel avec une alimentation de substitution;

8. Le prestataire de soins doit former la mère au sevrage rapide: (2 semaines au maximum de préparation pendant lesquelles la mère augmente le nombre de prise de lait maternel à la tasse en diminuant le nombre de tétées au sein jusqu'à l'arrêt définitif de celles-ci). Ce sevrage interviendra au plus tard à l'âge de 5 mois et demi.
9. Le personnel de santé doit informer les mères séropositives de l'existence des groupes de soutien et de l'importance de discuter de son statut sérologique avec le partenaire ou la famille. Ce personnel doit également soutenir la mère séropositive dans son choix de l'option d'alimentation de son enfant;
10. Les prestataires et les travailleurs sociaux doivent assurer pour les enfants alimentés par des préparations domestiques à base de lait d'animaux une supplémentation en fer, zinc, vitamine A, C et acide folique selon les protocoles y afférents.

## OPTION D'ALIMENTATION DU NOURRISSON POUR LES MÈRES SÉROPOSITIVES

**Une femme séropositive qui est enceinte ou qui vient d'accoucher devra choisir un mode d'alimentation parmi les options d'alimentation localement appropriées et disponibles au niveau local**

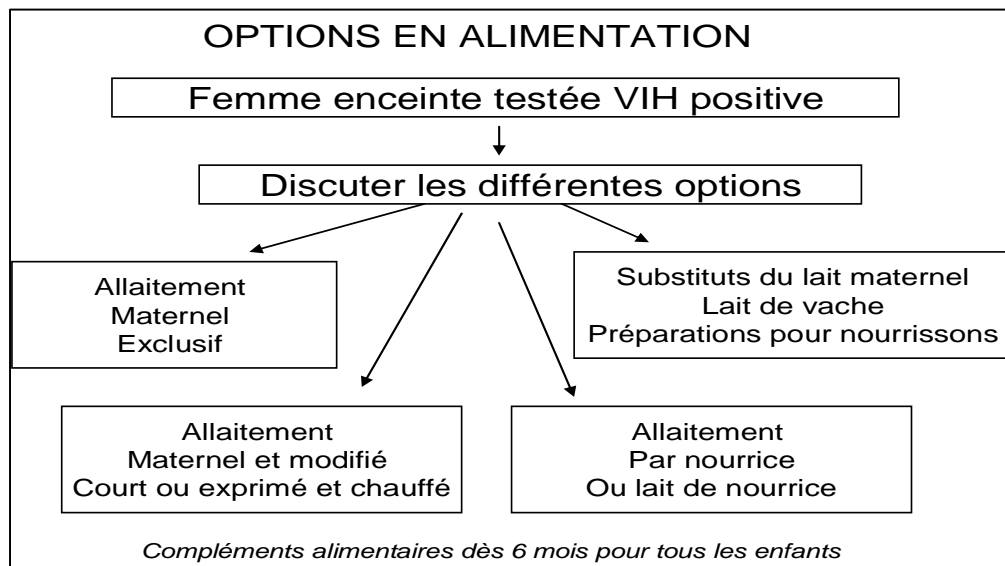


Figure 7 -Différentes options d'alimentation pour les mères séropositives

### Alimentation de remplacement de 0 à 6 mois

*Option 1 : préparations infantiles lactées industrielles*

#### • Avantages

- Ne présente aucun risque de transmission du VIH au nourrisson ;
- Est spécialement conçu pour les nourrissons ;
- Renferme l'essentiel des éléments nutritifs dont a besoin le nouveau-né
- Les autres membres de la famille peuvent aider la mère à nourrir le bébé ;
- Si la mère tombe malade, d'autres personnes peuvent l'aider à nourrir le bébé, pendant qu'elle se remet.

- **Inconvénients**

- Ne contient pas d'anti-corps protégeant les nourrissons contre les infections ;
- Peut coûter cher ;
- Les nourrissons sont plus exposés à la diarrhée et à la pneumonie ;
- Une formule d'approvisionnement régulière et fiable en SLM (substituts du lait maternel) est nécessaire pour éviter la malnutrition ;
- Il faut du savon pour laver les biberons et les ustensiles ;
- Une préparation saine exige de l'eau potable bouillie à feu vif pendant 1 à 2 secondes et aussi du combustible ;
- Les biberons devront être apprêtés jour et nuit, à moins qu'il n'y ait un réfrigérateur pour conserver le lait ;
- Le nourrisson a besoin de boire à la tasse ce qui pourrait nécessiter un certain temps d'apprentissage
- La mère doit cesser complètement d'allaiter le bébé au sein si non le risque de transmission du VIH au nourrisson subsistera
- Une mère qui n'allait pas au sein peut être interrogée sur son statut sérologique
- Ce type d'alimentation artificielle n'offre à la mère aucune protection contre une nouvelle grossesse

*Option 2 : Les préparations domestiques à base de lait d'animal modifié*

- **Avantages**

- Ne présente aucun risque de transmission du VIH ;
- Peut être moins coûteuse que les formules commerciales et beaucoup plus facile à obtenir ;
- Pourrait être utilisée au cas où la formule commercialisée n'est pas disponible ;
- D'autres membres de la famille peuvent aider la mère à nourrir le bébé
- Si la mère tombe malade, d'autres personnes peuvent l'aider à nourrir le bébé pendant qu'elle se remet ;

- **Inconvénients**

- Ne contient pas d'anti-corps protégeant le nouveau-né contre les infections ;
- Ne contient pas tous les nutriments et les micro nutriments dont ont besoin les nourrissons, surtout au cours des six premiers mois ;
- Doit être dilué dans de l'eau potable (préalablement bouillie à feu vif 1 à 2 secondes) et puis sucré conformément au protocole ;
- Chaque repas devra être préparé nuit et jour, à moins qu'il n'y ait un réfrigérateur pour conserver le lait ;

- Les formules à base de lait animal sont plus difficiles à digérer pour les nourrissons ;
- Les nourrissons sont davantage exposés à la diarrhée et à la pneumonie, et pourrait souffrir de malnutrition ;
- Les familles devront avoir accès à un système d'approvisionnement régulier en lait animal, en sucre, en multivitamines en sirop ou en sachet, en combustible pour bouillir l'eau, en savon pour laver les tasses et ustensiles utilisés dans la préparation du lait ;
- Le nourrisson pourrait être obligé de boire à partir d'un biberon ce qui nécessiterait un temps d'apprentissage ;
- Une mère qui n'allait pas pourrait être interrogée sur son statut sérologique ;
- Ce type d'allaitement n'offre à la mère aucune protection contre une nouvelle grossesse.

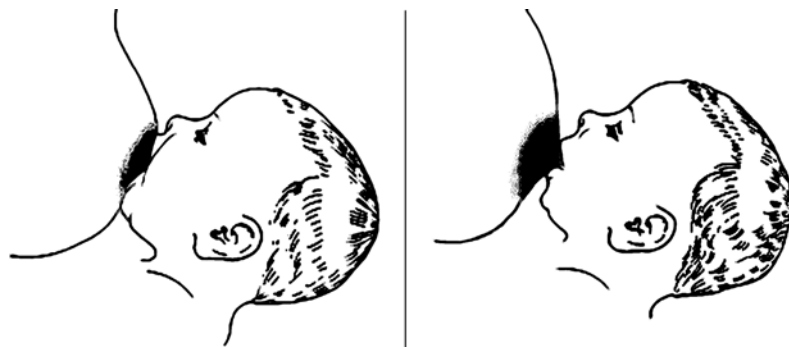
**Les préparations domestiques à base de lait d'animaux modifié ne sont indiquées que lorsque les préparations infantiles lactées industrielles ne sont pas disponibles. Les nourrissons ont besoin d'environ 15 litres de lait animal pasteurisé par mois, au cours des six premiers mois.**

## Allaitement maternel

### *Option 1 : Allaitement maternel exclusif*

#### • **Avantages**

- Facile à digérer, il apporte au nourrisson tous les éléments nutritifs et l'eau dont il a besoin au cours des six premiers mois ;
- Toujours disponible et n'a besoin d'aucune préparation spéciale ;
- Protège les nourrissons et les jeunes enfants contre les maladies, en particulier la diarrhée et la pneumonie ;
- Apporte le contact intime qui renforce la relation affective entre la mère et son enfant
- Comparé à l'alimentation mixte, l'allaitement maternel exclusif au cours des tout premiers mois réduirait les risques de transmission du VIH.



- **Inconvénients**

- Le risque de TME subsiste tant que le nourrisson est exposé au VIH pendant l'allaitement maternel ;
- Les risques de transmission augmentent si la mère a une infection mammaire (ex. mastite) ou des crevasses et des lésions hémorragiques aux mamelons ;
- La famille, les amis et les voisins pourraient forcer les mères à donner de l'eau, d'autres liquides ou d'autres aliments à l'enfant ;
- Presque toutes les mères ont suffisamment de lait pour nourrir leurs bébés, certaines sont persuadées de ne pas avoir assez de lait pour allaiter exclusivement au sein ;
- L'allaitement maternel nécessite une tétée à la demande au moins 8 à 10 fois de jour comme de nuit ;
- Les mères professionnellement actives devront trouver une stratégie pour continuer à pratiquer l'allaitement maternel exclusif une fois qu'elles auront repris le travail. Elles pourront par exemple extraire le lait pendant les jours ouvrables et s'arranger à le conserver dans un endroit frais
- Les mères qui allaitent au sein ont besoin de 500 Kcal supplémentaires par jour, pour réussir l'allaitement maternel exclusif au cours des six premiers mois.

*Option 2 : Allaitement maternel exclusif avec interruption précoce*

- **Avantages :**

- L'interruption précoce de l'allaitement maternel met fin à l'exposition du nourrisson à la contamination par le VIH, par le lait maternel.

- **Inconvénients :**

- La malnutrition ou la diarrhée peuvent intervenir si des substituts du lait maternel appropriés ne sont pas utilisés de manière saine après l'arrêt de l'allaitement maternel ;
- L'allaitement à la tasse nécessite de la patience et du temps ;
- Les nourrissons peuvent devenir anxieux et même être déshydratés si l'interruption de l'allaitement maternel est trop rapide ;
- Au delà du sixième mois, une autre source de lait doit continuer à être donnée avec d'autres aliments appropriés ;
- Les seins de la mère peuvent être engorgés et infectés au cours de la période de transition si le lait n'est pas exprimé et évacué.
- Les mères courent le risque de tomber enceintes si elles sont sexuellement actives.

**Une interruption précoce de l'allaitement maternel n'est pas recommandée chez les nourrissons présentant une infection avérée au VIH.**

### *Option 3 : alimentation par nourrice séronégative*

#### ▪ **Avantages**

- Aucun risque de transmission du VIH, sauf si la mère nourricière est séropositive ;
- Bon nombre des avantages de l'allaitement maternel (présentés plus haut) s'appliquent également ici.

#### ▪ **Inconvénients**

- La mère nourricière doit être testée et être confirmée séronégative pour le VIH ;
- Elle doit se protéger contre le VIH pendant toute la période d'allaitement ;
- Elle doit être disponible afin d'allaiter le bébé constamment tout au long de la journée et de la nuit, ou alors elle doit extraire le lait pour qu'il y en ait lorsqu'elle est loin de l'enfant ;
- Les gens pourraient demander à la mère pourquoi quelqu'un d'autre allaite son enfant

**Une formation et un soutien supplémentaire pourraient être nécessaire pour assister les mères qui choisissent d'utiliser les services d'une nourrice. A titre d'exemple, les mères et les nourrices doivent se familiariser avec les techniques d'expression du lait, l'utilisation du lait maternel pasteurisé et la possibilité d'utiliser des banques de lait.**

### **Option 4 : Expression et pasteurisation du lait maternel**

#### ▪ **Avantages**

- Le VIH est tué en faisant chauffer le lait ;
- Le lait maternel est l'aliment idéal pour les nourrissons et la plupart des éléments nutritifs demeurent dans le lait maternel après qu'il ait été pasteurisé ;
- Le lait maternel est toujours disponible ;
- Les autres membres de la famille peuvent aider la mère à nourrir le bébé avec le lait maternel exprimé.

▪ **Les inconvénients**

- Bien que le lait maternel stérilisé ne contienne pas le VIH, il pourrait ne pas être aussi efficace que le lait maternel non stérilisé dans la protection du bébé contre d'autres maladies. Néanmoins, cette formule d'allaitement demeure l'une des meilleures ;
- L'expression et la pasteurisation du lait maternel demandent du temps doivent être faits de manière fréquente ;
- Il est recommandé de nourrir l'enfant à l'aide d'une tasse au lieu du biberon
- Le lait maternel doit être gardé dans un environnement frais et chauffé pendant une heure avant d'être utilisé ;
- Les familles auront besoin d'eau potable et de combustible pour laver le biberon et le récipient utilisé pour conserver le lait maternel ;
- Les gens pourraient se demander pourquoi la mère exprime son lait.



## **CONSEIL ET SOUTIEN EN ALIMENTATION INFANTILE ( Période de 0 à 6 mois)**

Le conseil et soutien est d'autant plus important que la période post natale constitue une période à haut risque de transmission du VIH . Cette prestation devra faire partie de chaque consultation de suivi. Chaque fois qu'il est acceptable, faisable, accessible, pérenne et sûre l'alimentation artificielle est l'option de premier choix à recommander pour les nouveaux nés de mères séropositives. Toutefois, dans les pays à ressources limités, les risques liés à l'allaitement artificiel ne sont pas négligeables et l'allaitement maternel exclusif, jusqu'à 6 mois, demeure un élément clé de la survie du nouveau-né et de l'enfant. Cela pose un véritable dilemme et induit des messages ambivalents voire contradictoires, lesquels peuvent avoir un retentissement délétère tant sur la survie du nouveau né de mère séronégative que sur celui de mère séropositive. Il est donc essentiel d'accompagner les mères dans la prise de décision pour une alimentation à moindre risque de leurs nouveaux-nés à travers un conseil non biaisé.

### **Directives pour le conseil en alimentation**

#### **Le conseil, l'éducation et le soutien en alimentation du nourrisson peuvent :**

- Etre offerts pendant les soins prénatals et postnatals
- Etre basés sur le protocole national
- Etre basés sur la situation individuelle d'une femme aussi bien que sur ses coutumes et croyances
- Inclure l'éducation sur les options d'alimentation
- Doter les femmes de compétences leur permettant d'allaiter leurs bébés sans risques ;
- Encourager l'implication du partenaire ou de la famille dans le choix du type d'alimentation
- Soutenir les femmes au moment où elles dévoilent leur statut sérologique aux êtres chers

#### **Compétences et Les aptitudes requises pour le conseil en alimentation du nourrisson :**

- L'écoute et l'apprentissage ;
  
- Le renforcement de la confiance de la cliente ;
- Le soutien ;
- L'information

## Techniques de conseil

### **Ecouter et apprendre**

- Employez la communication non verbale utile
- Posez des questions ouvertes
- Réagissez simplement en manifestant votre intérêt
- Renvoyez en écho ce que la mère a dit
- Témoignez de l'empathie – montrez que vous comprenez ce qu'elle dit
- Evitez des mots exprimant des jugements

### **Renforcer la confiance et apporter un soutien**

- Acceptez les opinions et les sentiments de la mère
- Reconnaissez les bonnes pratiques et félicitez la mère
- Apportez une aide pratique
- Donnez peu d'informations mais de façon positive et pertinente
- Employez un langage simple
- Faites une ou deux suggestions et ne donnez pas d'ordres

### **Étapes et procédures**

#### ETAPE N° 1 : Délivrer l'information devant permettre un choix

En 10 minutes d'entretien au moins, vous devrez parcourir avec la patiente les points suivants dans l'ordre proposé (à titre indicatif)

1. Accueillir la patiente
2. L'installer
3. Vous présenter
4. S'enquérir de l'état de sa grossesse
5. Vérifier ses connaissances sur les modes de transmission du VIH de la mère à l'enfant
6. Préciser le risque de transmission du VIH par le lait maternel
7. Préciser les bénéfices de l'allaitement maternel pour l'enfant (avantages nutritionnels, émotionnels, antiallergiques, anti-infectieux (protection contre les diarrhées , les infections respiratoires ....))
8. Exposer les risques du lait artificiel (surtout en cas de mauvaise préparation conservation du lait et ou en cas d'inaccessibilité d'eau potable)
9. Présenter les avantages de l'alimentation artificielle
10. Préciser les dangers de l'alimentation mixte : en créant des microlésions sur la muqueuse digestive (en cas de bouillies ou d'allaitement artificiel associées, il la rend plus perméable au VIH, ce qui accroît le risque de transmission)

## ETAPE 2 : Accompagner la femme dans la prise de décision

Il s'agit de conduire la cliente dans la prise de décision d'un mode d'alimentation pour son futur bébé

1. Refaire la synthèse des risques et bénéfices de l'allaitement maternel, des risques et bénéfices de l'alimentation artificielle
2. Vérifier que la patiente a bien compris et lui demander de vous dire ce qu'elle a compris
3. Demander à la patiente de choisir un mode d'alimentation pour son futur bébé
4. Dès que la patiente a choisi : Vous assurez que vous avez bien entendu l'option retenue, au besoin.

## ETAPE 3-évaluer la faisabilité et l'acceptabilité de l'option choisie

Cette étape est indispensable quelle que soit l'option choisie.

### **Si la mère a opté pour l'allaitement maternel ;**

1. Définir l'allaitement maternel exclusif.
2. Préciser sa durée.
3. Relever les contraintes.
4. Expliquer les dangers de l'alimentation mixte.
5. Expliquer les dangers des mastites (celles-ci constituent des périodes à haut risque de transmission du VIH.
6. Présenter les différentes possibilités d'allaitement maternel.
7. Demander à la mère de faire un choix sur la méthode d'allaitement maternel (exclusif , exclusif court, exprimé , nourrice , pasteurisé).
8. Démontrer la bonne position d'allaitement au sein.
9. Démontrer la technique d'expression du lait.
10. Proposer à la mère votre soutien en cas de besoin d'informations complémentaires .Préciser que dans tous les cas il est souhaitable que la durée de l'allaitement maternel n'excède pas 6 mois.

### **Si la mère a opté pour l'alimentation artificielle**

Vous devez vous assurer des 5 points suivants :

1. **Que** l'alimentation artificielle **est acceptable** : absence de pressions culturelles par rapport à cette option- Absence de pression du partenaire et acceptabilité de celui-ci par rapport à cette option.

2. **Qu'elle est faisable** : la mère comprend bien les dilutions et sait préparer un biberon ; qu'il existe une disponibilité en temps pour la préparation adéquate des substituts au moins 8 fois par jour et pour leur assurer une conservation correcte.
3. **Qu'elle est abordable** : en termes de coûts et que la famille y a accès financièrement.
4. **Qu'elle est sûre** : il ne met pas la vie de l'enfant en danger : l'eau potable est disponible, le suivi médical pourra être assuré –transport pour les consultations
5. **Que l'option est pérennisable** : voir concrètement avec la mère comment cette option va s'organiser dans le temps et que le lait artificiel est disponible.
6. Si les préalables sont là : aider la mère à choisir **le type de lait artificiel** : modifié (préparations commerciales pour nourrissons) ou non modifié à base d'animaux (dans les régions où cette pratique est culturellement acceptée).
7. Prescrire à la mère ou lui donner **les ustensiles nécessaires** pour pratiquer l'option choisie.
8. Insister pour que la mère comprenne que cette option nécessitera un **suivi rapproché de l'enfant**.
9. Faire une première **démonstration de préparation** des substituts du lait maternel.
10. Proposer à la mère **votre soutien** en cas de besoin d'informations complémentaires

#### ETAPE 4 - Conseiller l'option allaitement maternel

1. Conseiller et soutenir la mère pour la pratique d'un bon allaitement maternel-Cette étape s'effectue à la dernière consultation prénatale et est renforcée immédiatement après la naissance :
2. Vous devez expliquer ou ré-expliquer à la mère : ce qu'est l'allaitement maternel exclusif (sans eau, ni boissons, ni aucun autre aliment solide... Les vitamines sont autorisées.).
3. Comment le pratiquer : dès la naissance de jour comme de nuit à la demande
4. Comment se comporter en cas de problèmes fréquents : impression que l'enfant a faim, que l'on a pas de lait...
5. Insister sur la mise au sein précoce dès la naissance (dans les 30mn).
6. Insister sur la prévention des recontaminations par le VIH en cours d'allaitement par une bonne protection sexuelle.

7. Encourager la mère à consulter chaque fois qu'elle a un problème tel que les mastites.
8. Expliquer à la mère que si elle a des douleurs au sein, elle devra préférentiellement donner à l'enfant du lait exprimé.
9. Expliquer comment conserver le lait maternel exprimé et pasteurisé (pas plus de 6 heures à température ambiante dans un récipient propre et couvert).
10. Insister pour surtout éviter l'alimentation mixte.

#### ETAPE 4 Bis -Conseiller une bonne pratique l'alimentation artificielle

Conseiller la mère ayant opté pour l'alimentation artificielle dès la naissance (cette étape a lieu à la dernière consultation prénatale et est renforcée immédiatement après la naissance)

1. Re-vérifier les 5 points.
2. Vérifier la disponibilité immédiate des substituts du lait maternel.(environ 44 boîtes pour 6mois)
3. Faire une démonstration de la reconstitution des préparations pour nourrissons (dilution de 1cuillère rase de poudre de lait pour 30ml d'eau).
4. Expliquer à la mère comment les quantités seront augmentées (de 10ml par jour pendant une semaine puis de 10ml par semaine de la fin de la première semaine à la fin du premier mois ; nombre de tétées variant de 6 à 8 par jour en fonction du poids du nouveau-né).
5. Expliquer à la mère les problèmes qui peuvent être rencontrés en cas d'alimentation artificielle (constipation, diarrhées...).
6. Expliquer à la mère comment préparer les laits à base d'animaux (dilution de moitié suivie de sucrage à 10% (10g pour 100ml de lait liquide ).
7. Expliquer à la mère l'importance du suivi médical.
8. Evoquer avec la mère les raisons qu'elle donnera à son entourage pour justifier la pratique d'une l'alimentation artificielle exclusive(médicalisation autre que le VIH).
9. Insister sur les dangers de l'alimentation mixte.
10. Evoquer la nécessité d'une diversification alimentaire vers 4 mois.

Selon l'accessibilité, des inhibiteurs de la lactation peuvent être prescrits.

#### ETAPE 5-Conseiller une procédure pour le sevrage

Conseiller une procédure de sevrage à une mère ayant opté pour l'allaitement maternel (cette étape s'effectue entre 4 et 6 mois après la naissance. L'objectif de cette période est de réussir la transition en réduisant au minimum la période d'allaitement mixte. L'écueil à éviter est une procédure trop brusque qui induirait des effets délétères mammaires et génèrerait des troubles de la relation mère-enfant.

1. Expliquer à la mère l'importance et la délicatesse de cette procédure, en raison du contexte de l'infection à VIH.
2. Expliquer à la mère que cette période va s'organiser sur une période brève de 14 jours au maximum.
3. Expliquer à la mère l'importance de la méthode d'expression du lait maternel pour réussir cette période.
4. Pendant une semaine, elle devra chaque jour remplacer une tétée au sein par une administration de lait maternel exprimé à la tasse (sevrage du sein)-L'objectif est d'arriver à supprimer toutes les tétées de jour
5. La seconde étape est de remplacer toutes les tétées de nuit par une administration de lait maternel exprimé à la tasse (semaine 2)
6. Dès que l'enfant est entièrement à la tasse, remplacer le lait maternel à la tasse par l'aliment de sevrage.
7. Si l'aliment de sevrage est du lait artificiel cette étape peut se faire en un jour (ou en 2 ou 3 jours) : on remplace le lait maternel à la tasse par du lait artificiel.
8. Pendant et durant la période de sevrage demander à la mère d'intensifier le contact avec l'enfant : elle devra le bercer fréquemment.
9. Démontrer à la mère la technique d'alimentation à la tasse.
10. A partir de 6 mois introduire de nouveaux aliments
- 11.

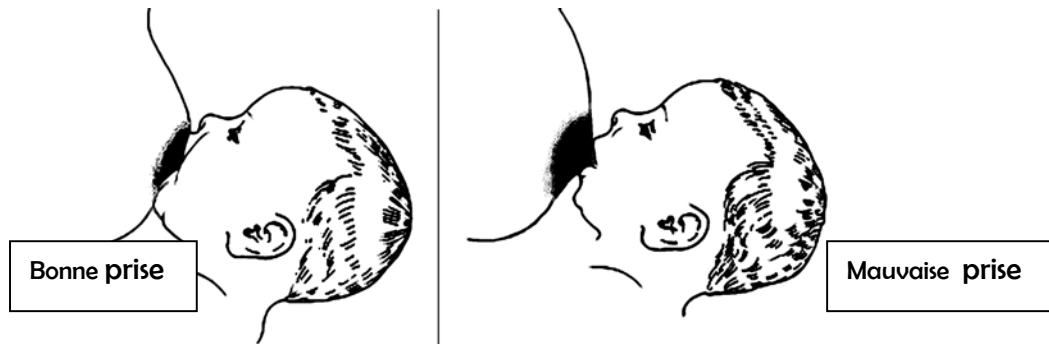
### **Conseils de suivi pour les mères qui pratiquent l'allaitement artificiel**

Les principaux problèmes rencontrés sont les troubles de transit dont le plus fréquent est la constipation. Eviter les lavements et suppositoires. Conseiller l'administration de jus de fruits. Toujours vérifier les dilutions du lait. (Le lait peut-être trop concentré). La nécessité de changer de formules lactées est exceptionnelle.

En cas de malnutrition et de retard de croissance, vérifier les quantités administrées et la dilution. La hantise principale est la forme précoce d'infection à VIH de l'enfant, à préciser par un moyen de diagnostic fiable (PCR ADN ou charge virale) et/ou par un taux de CD4.

### **Education à l'allaitement maternel**

La production du lait maternel et le passage du lait du sein à l'enfant dépendent de la succion. Pour que la succion soit effective, le bébé doit être bien collé au sein, avec une bonne prise de toute l'aérole et pas seulement du mamelon.



### **Aider la mère à placer son bébé :**

- S'assurer vous qu'elle est confortablement installée et détendue ;
- Mettre le bébé tout droit face à la mère et contre le sein maternel, le corps tout entier soutenu par les bras de la mère ;
- Lui montrer comment tenir son sein, l'index soutenant le sein à la base et le pouce légèrement levé (mais pas trop près du mamelon) ;
- Lui expliquer comment aider le bébé à rester collé contre sa poitrine. Elle doit effleurer les lèvres de son bébé avec le bout de son mamelon et dès que la bouche de l'enfant s'ouvre, y mettre le sein ;
- Répéter ce processus autant de fois que nécessaire pour un meilleur contact ;

**Une bonne technique d'allaitement maternel nécessite une tétée à la demande au moins 8 fois par jour**

### **Soins des seins pendant l'allaitement maternel**

#### **Prévention et traitement des mastites**

Une bonne technique d'allaitement maternel diminue le risque de crevasses au mamelon et la mastite qui pourraient augmenter les risques de TME du VIH

En cas de crevasses aux mamelons ou de mastite,

- Eviter d'allaiter avec le sein infecté ;
- Extraire le lait du sein infecté pour une guérison rapide et pour maintenir la production de lait ;
- Traiter l'infection à l'aide d'une cure d'antibiotiques de 10 à 14 jours ;

- Utiliser l'ibuprofène ou le paracétamol/acétaminophène et appliquer des compresses chaudes pour soulager la douleur ;
- Ne reprendre l'allaitement qu'après guérison du sein malade ;
- Se reposer lorsque c'est possible ;

### **Engorgement mammaire**

Il peut survenir chez une mère qui n'allait pas ou qui arrête subitement l'allaitement au sein

#### **Comment soulager l'engorgement mammaire**

- Soutenir fermement les seins (sans les comprimer) ;
- Appliquer des compresses, les compresses chaudes soulagent la douleur, les compresses froides réduisent l'œdème ;
- Extraire suffisamment de lait pour réduire la gêne ;
- Soulager la douleur en prenant un analgésique tel que l'ibuprofène ou le paracétamol ;
- L'utilisation de produits pharmaceutiques pour réduire la production de lait maternel n'est pas recommandée.

### **Alimentation à la tasse**

Les tasses sont plus faciles à laver, prennent moins de temps que l'alimentation à la cuillère et contrairement à l'alimentation au biberon permettent un contact plus étroit entre la personne qui nourrit le bébé et ce dernier.

#### **L'alimentation au biberon n'est pas l'option idéale pour les raisons suivantes :**

- Risques de diarrhée, de maladies dentaires et d'infections des oreilles ;
- Les biberons doivent être stérilisés avec de l'eau bouillante ;
- Baisse de stimulation et d'attention pendant les tétées.

#### **Comment nourrir un bébé à la tasse ?**

- Tenir l'enfant assis ou à demi-assis sur votre cuisse ;
- Rapprocher la tasse de lait des lèvres du bébé ;
- Soulever la tasse de telle sorte que le lait touche juste les lèvres du nourrisson et repose légèrement sur la lèvre inférieure du bébé ;
- Le bébé deviendra attentif, sa bouche et ses yeux s'ouvriront\* ;



- **Ne pas verser** le lait dans la bouche du nourrisson. Rapprocher la tasse des lèvres du bébé et laisser l'enfant le boire ;
- Lorsque le bébé est rassasié, sa bouche se ferme et la tétée s'achève ;
- Mesurer la quantité de lait consommée par le bébé à chaque tétée, pendant 24 heures.

### Comment allaiter un bébé à l'aide d'une tasse

- Tenir le bébé de façon qu'il soit assis bien droit ou légèrement incliné sur votre cuisse.
- Tenir la tasse de lait contre les lèvres du bébé
- Incliner la tasse de manière à ce que le lait touche les lèvres de l'enfant et reste légèrement sur la lèvre inférieure du bébé.
- Ne pas verser le lait dans la bouche du bébé. Tenir la tasse sur les lèvres et le laisser tenir la tasse
- Quand le bébé aura reçu suffisamment le fait il fermera sa bouche et ne prendra plus de lait.
- Mesurer la quantité de lait que le bébé boit à chaque repas

### Avantages de l'alimentation à la tasse

86



**Le risque de contamination est moindre**

**Les infections sont moins probables**

**Assure l'attention de l'adulte**

### Inconvénients de l'alimentation au biberon

85



**Difficultés pour nettoyer et stériliser**



**Moins d'attention de la part des adultes**

**Cause de maladies**

## ALIMENTATION DE 6 A 24 MOIS

### Directives générales:

Tous les nourrissons, y compris ceux qui continuent à prendre le sein nécessitent l'introduction d'aliments nutritifs de complément à partir de 6 mois environ, de quantité croissante avec l'âge de l'enfant.

- Le nourrisson continuera à avoir besoin de lait maternel ou de substituts lactés. Au delà de 6 mois, les besoins en lait animal sont d'environ 1 à 2 tasses par jour ;
- Pour les nourrissons de plus de 6 mois, le lait animal n'a pas besoin d'être dilué. Cependant, le lait animal frais doit encore être bouilli ;
- La mère séronégative doit continuer d'allaiter son bébé en même temps que se poursuit l'alimentation de complément ;
- Aucune préparation particulière n'est nécessaire pour la transformation, la pasteurisation ou la stérilisation du lait ;
- Augmenter le nombre de repas à mesure que l'enfant grandit. Le nombre de repas dépend de la valeur énergétique des aliments locaux et de la quantité consommée habituellement à chaque repas. Lorsqu'il n'y a pas de lait, le régime alimentaire doit inclure d'autres aliments d'origine animale et/ou des aliments enrichis ;
- Les prestataires doivent éduquer les familles à :
  - Donner chaque jour à leur enfants des protéines d'origine animale ( poisson, fruits de mer, l'œuf, la viande, les chenilles, les termites, les escargots, les produits laitiers, volaille, gibier...) végétale (arachide, soja, haricot, niébé...) localement disponibles;
  - Ajouter de l'huile de palme rouge non blanchie aux aliments de complément, pour augmenter la valeur énergétique et assurer l'apport en vitamine A.
  - Donner chaque jour des fruits et légumes, riches en vitamines et minéraux ;
- Les prestataires doivent éduquer les familles à l'adaptation progressive de la quantité, la consistance et la variété des aliments en fonction de l'accroissement des besoins nutritionnels et des aptitudes physiologiques de l'enfant;
- Les prestataires doivent éduquer les familles à:
  - La préparation, conservation et administration des aliments de complément dans des conditions d'hygiène rigoureuses ;
  - L'utilisation des aliments locaux autant que possible pour la préparation de l'alimentation de complément;
- Les prestataires doivent éduquer les familles à éviter :
  - De donner du thé, du café et des boissons alcoolisées à l'enfant;

- De mettre les épices, trop de sucre, trop de sel dans les aliments de complément ;
- De donner des grains et noisettes susceptibles d'entraîner des fausses routes chez les enfants, à l'origine des étouffements.
- Les prestataires doivent s'assurer de la mise en pratique des conseils nutritionnels par les familles.
- Les prestataires doivent assurer le suivi régulier du poids, de la taille, du périmètre brachial, du périmètre crânien et rechercher les signes de l'anémie chez l'enfant.
- Les prestataires doivent assurer la prévention et la prise en charge précoce des affections survenant à cet âge.
- Les prestataires de soins doivent assurer de manière systématique l'éducation nutritionnelle dans leurs formations sanitaires et dans leur communauté.

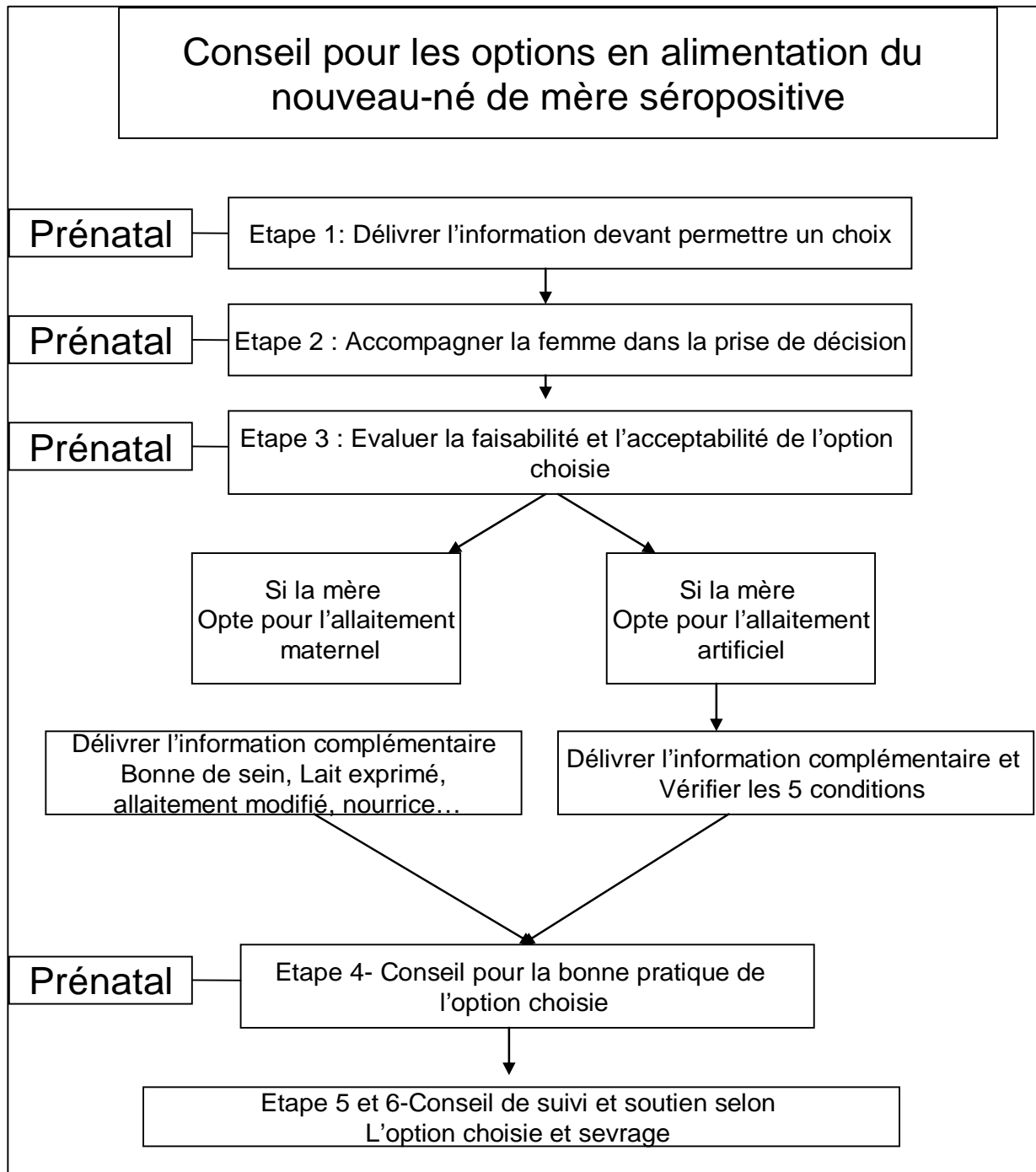
Tableau XVII- Type, fréquence et quantité de compléments alimentaires requis en fonction de l'âge

<b>AGE</b>	<b>COMPOSITION</b>	<b>FREQUENCE DES REPA\$</b>	<b>QUANTITE PAR REPA\$*</b>
6 mois	Bouillie légère, purée de légumes, de viande ou de fruits	2 fois par jour plus des rations de lait fréquentes	2 à 3 cuillères à soupe
7 à 9 mois	Purées	3 fois par jour plus des rations de lait fréquentes	2 / 3 tasse
9 à 11 mois	Aliments finement hachés ou réduits en purée, et aliments que le bébé peut tenir	3 repas plus 1 collation entre les repas plus rations de lait	2 / 3 tasse
12 à 24 mois	Repas familial découpé ou réduit en bouillie si nécessaire	3 repas plus 2 collations entre les repas plus rations de lait	1 tasse pleine
Si le bébé n'est pas nourri au sein, ajouter 1 à 2 tasses de lait par jour et 1 à 2 repas supplémentaires par jour			

\* Ce tableau doit être adapté au contexte local, en utilisant les ustensiles locaux pour mesurer la quantité.

Une tasse = 250ml

**Figure 8-** Conseil en alimentation du nouveau-né pour les femmes séropositives

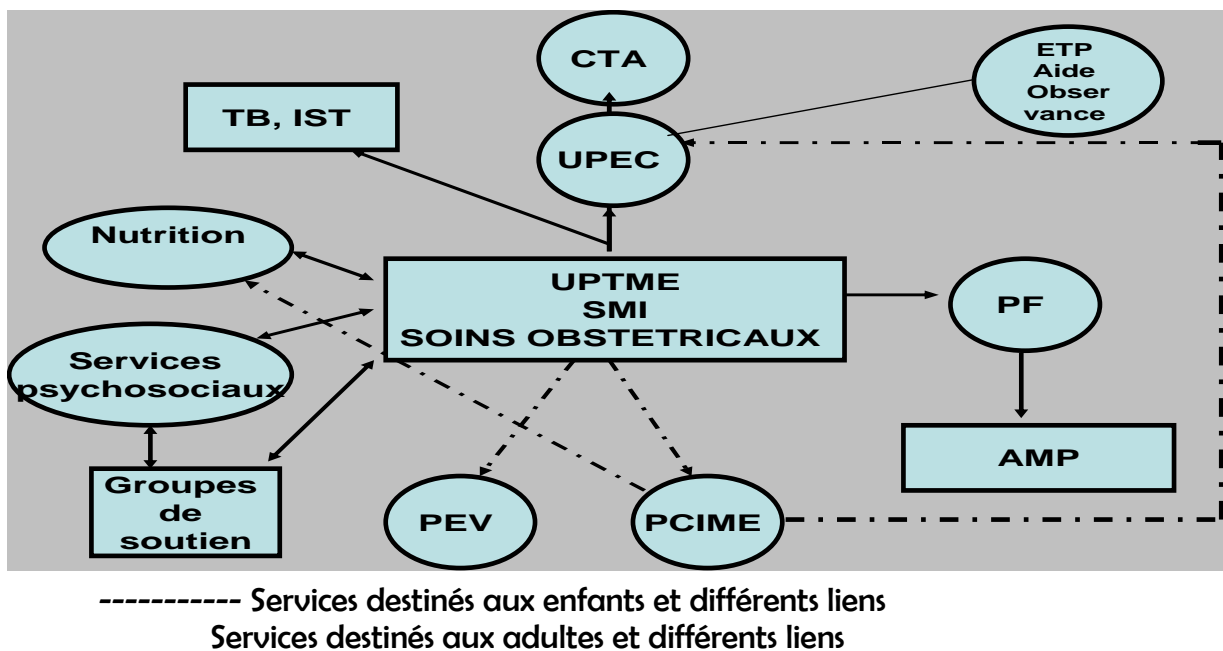


## LIENS AVEC LES SERVICES LOCAUX DE TRAITEMENT, DE SOINS ET DE SOUTIEN

### Liens entre services de la SR et de lutte contre le VIH

- Les services de la SR servent de portes d'entrée à la PTME, au traitement, aux soins et au soutien des femmes séropositives ainsi que de leurs enfants et de leurs familles.
- La prise en charge et le traitement des familles affectées par le VIH est une responsabilité commune
- Les nourrissons exposés au VIH ont besoin d'un suivi rapproché et des soins soutenus.
- La promotion de la santé, la prévention et le traitement des maladies font partie d'un ensemble de soins globaux.
- Les spécialistes en VIH qui s'occupent de la prise en charge des femmes et des enfants peuvent consulter, administrer un traitement antirétroviral et suivre l'évolution du VIH.

**Figure 9-** Liens entre services de SR et de lutte contre le VIH/SIDA



### Liens dans le cadre des besoins spéciaux

La prise en charge sanitaire globale des familles affectées par le VIH comprend des liens avec les services suivants :

- Services de planification familiale ;
- Services de traitement des IST ;
- Services de prévention et de traitement du paludisme et de la tuberculose ;
- Service de traitement des toxicomanes ;
- Service de soutien nutritionnel.

### **Liens avec les organisations communautaires de lutte contre le SIDA**

Les Organisations non gouvernementales (ONG), les groupes religieux et associations similaires offrent souvent des services de traitement, de soins et de soutien aux mères séropositives et aux membres de leurs familles.

## **Prévention et traitement des infections opportunistes**

Les infections sont une complication majeure du VIH / SIDA. La prévention des infections opportunistes et d'autres infections permettra à la femme de rester en bonne santé, de préserver son système immunitaire et d'améliorer sa qualité de vie.

Suivre les directives nationales en matière de :

- Prévention et traitement du paludisme ;
- Recommandation de l'usage de moustiquaires imprégnées
- **Dépistage et traitement de la tuberculose.**

On estime à 40% le nombre de personnes séropositives qui développeront une tuberculose au cours de leur vie. Se référer aux directives nationales en matière de prophylaxie, de dépistage et de traitement de la tuberculose.

- **Vaccinations**

Selon le PEV

## **Prophylaxie de la pneumonie à pneumocystis carinii (PPC) chez les enfants;**

**Tableau XVIII**-Indications de la prophylaxie au CTM

Situation	Age	recommandation			
Enfant exposé au VIH <sup>1</sup>	4-6semaines( ou dès que reconnu)	CTM quelque que soit le taux de CD4 jusqu'à la confirmation de la non infection			
Enfant infecté <sup>2</sup>	<12mois	CTM indépendamment des CD4 ou du statut clinique			
	>ou=12 mois à 4 ans	Pas de CD4	CTM quelque soit taux CD4 ou stades cliniques		
		CD4 disponible	Asymptomatique ou stade1	CTM guidée par taux de CD4 <sup>3</sup>	
			Symptomatique, moyen ou avancé (stade 2,3,4)	CTM quelque soit taux de CD4	
>5ans	CTM comme recommandé chez l'adulte				
Infection présumée VIH	CTM quelque soit CD4				

1-Enfant exposé au cours de l'accouchement né d'une femme séropositive ou exposé au lait maternel

2-Enfant dont l'infection est confirmé, avant 18 mois seul le diagnostic virologique est possible

3-Continuer le CTM entre 1et 4 ans si CD4<25%



## **Prévention et traitement de l'infection à mycobacterium tuberculosis**

- **Généralité;**

Des directives nationales sont données sur la prévention, le dépistage, le traitement et le suivi de la tuberculose. Associée au traitement standardisé des tuberculoses active et latente, la thérapie préventive contre la tuberculose fait partie d'une gamme élargie de soins pour toutes les PVVS.

La prophylaxie de la tuberculose est recommandée chez les personnes séropositives dont le résultat de l'examen a permis d'éliminer une tuberculose active.

Une cure d'isoniazide (INH) pendant six à neuf mois est recommandée pour le traitement préventif de la tuberculose latente chez les personnes séropositives vivant dans les régions à forte prévalence et dans lesquelles un test cutané n'est pas possible.

Les personnes séropositives qui présentent une tuberculose active doivent recevoir une thérapie préventive de cotrimoxazole pour la prévention d'infections bactériennes et parasitaires secondaires.

En considérant le caractère curatif des médicaments et le suivi clinique régulier, les femmes sous contraceptifs oraux, les femmes enceintes et les personnes séropositives sous thérapie antirétrovirale peuvent recevoir à la fois un traitement anti-tuberculeux et un traitement antirétroviral.

- **Cas particulier : Conduite à tenir devant un enfant né de mère tuberculeuse**

1. Mère correctement traitée avant la grossesse : A la naissance – Vacciner par le BCG, allaitement maternel
2. Mère traitée pendant la grossesse :
  - a. Bonne compliance
  - b. Test de mantoux chez l'enfant à la naissance + Radio normale
  - c. INH (mg/kg/j pendant 3 mois
3. Au-delà des 3 mois cette période
  - a. Evaluer l'enfant : Mantoux , Radio pulmonaire
    - i. si normale  
Arrêt : INH et vacciner
    - ii. Si anormale  
Compléter bilan TB et mettre thérapie anti BK

## **Traitement des symptômes et soins palliatifs**

Une identification et un traitement précoce des symptômes peuvent contribuer à soulager la maladie, à améliorer la qualité de vie de la femme et l'aider à « vivre de manière positive »

Encourager les patients à signaler et à traiter les symptômes du VIH suivants :

- Nausées ou vomissements
- Fatigue
- Problèmes de peau
- Douleurs (une intervention rapide est la clé d'un traitement efficace)
- Angoisse émotionnelle

### **Soins palliatifs**

Le suivi personnel et familial qui :

- Donne accès à l'information et reconnaît les choix d'un individu ;
- Améliore la qualité de vie ;
- Anticipe, prévient et soulage les souffrances ;
- Répond aux besoins physiques, affectifs, sociaux et spirituels.

### **Apporter un soutien nutritionnel afin de :**

- Eviter les complications liées à l'alimentation ;
- Réduire les infections bactériennes ;
- Améliorer l'état de santé général et le système immunitaire.

### **Prise en charge de l'enfant présentant une infection à VIH avérée**

La suggestion ou la confirmation du diagnostic du VIH chez le nourrisson ou l'enfant est difficile pour les parents. La compassion et la garantie de respect de la confidentialité sont nécessaires lorsque les parents reçoivent des renseignements sur les services disponibles.

Au cas où le traitement antirétroviral est disponible, les prestataires de services peuvent :

- Surveiller l'évolution des symptômes de l'infection à VIH ;
- Déterminer les critères de traitement du VIH en se basant sur les protocoles nationaux et de l'OMS ;
- Référer les cas pour traitement, prise en charge et soutien social.

## **SUIVI ET EVALUATION DU PROGRAMME DE PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MERE A L'ENFANT (PTME)**

Le **monitoring** est le suivi régulier des éléments clés du programme. Il consiste à :

- évaluer la performance du programme
- identifier et résoudre les problèmes de performance
- rentabiliser les ressources du programme PTME.

### **Un système de suivi et d'évaluation PTME nécessite :**

- Une définition claire des indicateurs, c'est-à-dire des paramètres utilisés pour décrire une situation
- Des instruments normatifs, les sources des données et des méthodologies
- Une définition claire des rôles et des responsabilités qui incombent au personnel impliqué dans
  - la collecte,
  - l'analyse,
  - le reportage,
  - la diffusion, et
  - l'utilisation des données.

### **Pour une collecte de « données fiables », il est recommandé :**

- de comprendre les données à collecter
- d'enregistrer les données
  - à tout moment
  - toutes les données
  - toujours de la même manière à chaque fois.

## PRINCIPAUX INDICATEURS

Indicateurs Majeurs	Commentaires et considérations spéciales
<b>Indicateur 1</b> -Existence de guidelines pour la prévention de l'infection à VIH chez les nourrissons et enfants	aucun
<b>Indicateur 2</b> - Nombre et pourcentage de professionnels de santé formés ou recyclés	La formation au paquet minimum de services pour les soins de SMI/PTME /PF intégrés devrait inclure le suivi des enfants exposés, et la prise en charge des enfants conformément aux guide de PEC de l'infection à VIH chronique de l'enfant
<b>Indicateur 3</b> - Nombre de points de prestations de services de prévention et de prise en charge	Le paquet minimum de services de ces points de prestations de services devrait inclure le suivi des enfants exposés, et la prise en charge des enfants conformément aux guide de PEC de l'infection à VIH chronique de l'enfant
<b>Indicateur 4</b> - Femmes ayant complété les procédures de CDV	aucun
<b>Indicateur 5</b> - Prophylaxie ARV	Femmes pouvant être considérées comme ayant reçu le protocole complet d'ARV (UNGASS 6)
<b>Indicateur 6</b> - % d'enfants infectés au VIH nés de mères infectées au VIH	INDICATEUR UNGASS 17 ( IMPACT)
Indicateur additionnel 1-Femmes référées vers les services de PF à partir des services intégrés de CPN/PTME	aucun
Indicateur additionnel 2-Femmes référées aux services de soins et soutien	Les soins à long terme incluent l'administration de Cotrimoxazole pour les femmes et les enfants infectés ainsi que la thérapie ARV lorsque indiquée
Indicateur additionnel 3-Femmes recevant le conseil pour l'alimentation au VIH à la première visite de suivi de l'enfant	Total de femmes recevant conseil en HIV et alimentation à la première visite de suivi/ total femmes ayant eu la première visite de suivi
Indicateur additionnel 4-Nombre de condoms distribués dans les services de CPN	aucun
<b>Indicateur 7</b> -Femmes infectées par le VIH évaluées pour l'éligibilité au traitement ARV	Pourcentage de femmes enceintes VIH positives vues dans les services de PTME et évaluées pour l'éligibilité au traitement antirétroviral avant l'accouchement sur le site où à travers la référence
<b>Indicateur 8</b> - Femmes séropositives bénéficiant du dosage des CD4	Pourcentage de femmes enceintes VIH positives vues dans les services de PTME qui bénéficient du dosage des CD4 avant l'accouchement sur le site où à travers la référence
<b>Indicateur 9</b> -Nombre d'enfants HIV exposés vus à la consultation de suivi dans les deux mois qui suivent la naissance.	Proportion d'enfants exposés au VIH vus à la consultation de suivi dans les deux mois qui suivent la naissance.
<b>Indicateur 10</b> -Nourrissons et Enfants exposés au VIH recevant la prophylaxie au Cotrimoxazole	
<b>Indicateur 11</b> -Enfants exposés au VIH confirmés infectés ou non par le VIH	Pourcentage d'enfants exposés au VIH avec un diagnostic définitif d'infection ou de non infection à l'âge de 12 mois

a- INDICATEURS DE COUVERTURE GEOGRAPHIQUE :

- % de districts ayant au moins 30 % des formations sanitaires offrant un service de PTME

b- INDICATEURS DE COUVERTURE PAR RAPPORT A LA POPULATION CIBLE.

- % femmes enceintes testées par rapport au nombre total de grossesses attendues
- % femmes enceintes séropositives ayant bénéficié des ARV par rapport au nombre total de femmes séropositives attendues

c- INDICATEUR D'IMPACT

- Proportion d'enfants séropositifs à 15 mois. (Indicateur UNGASS)
  - Descriptif : Nombre d'enfants testés séropositifs à 15 mois/Nombre total d'enfants testés à 15 mois.

d- DONNEES INTEGREES DANS LA FICHE DU PEV :

- Nombre de femmes enceintes dépistées
- Nombre de femmes enceintes dépistées séropositives
- Nombre de femmes enceintes séropositives ayant bénéficié d'ARV
- Nombre d'enfants de mères séropositives ayant bénéficié d'ARV

**Annexe 1 – Formules de lait artificiel pour nourrissons disponibles sur le marché Camerounais**

	<b>PNPM</b>	<b>PNPNM</b>	<b>P5</b>	<b>LA</b>	<b>LHA</b>	<b>Sans Lactose</b>	<b>Lait; au Petits poids;</b>	<b>Lait; de Croissance</b>
AL110						X		
ALMA		X	X		X			
Guigoz		X	X				Pré	
Diargal NursieAD						X		
NanNativa	X		X		X		X	
Gallia		X	X		X		Pré	X
Nursie			X				Pré	
SMA	X		X					
Gallialac tofidus				X				

<b>Annexe 2 -Recommandations OMS 2006 pour le démarrage des ARV chez les nourrissons et les enfants selon le stade clinique et la disponibilité marqueurs immunologiques CD4/LTX</b>			
<b>Stades cliniques OMS</b>	Disponibilité de sCD4	Age	
<b>4</b>	CD4	<12 mois	<12 mois
	Pas de CD4	<b>Traiter tous les enfants;</b>	
<b>3</b>	CD4	<b>Traiter tous les enfants;</b>	Les traiter tous sur la base des CD4 chez les enfants avec TB, PIL, ,thrombopénie, leucoplasie orale et chevelue
	Pas de CD4		<b>Les traiter tous;</b>
<b>2</b>	CD4	Près ou en dessous du taux seuil des CD4	
	Pas de CD4	Au niveau ou en dessous du taux seuils des Lymphocytes totaux	
<b>1</b>	CD4	Seulement en dessous du niveaux seuils de s CD4	
	Pas de CD4	Ne pas traiter	
Note : Stabiliser toute infection opportuniste avant de démarrer le TARV			

Annexe 3- Programme indicatif d'un séminaire de formation

	<b>1<sup>er</sup> Jour</b>	<b>2<sup>ème</sup> Jour</b>	<b>3<sup>ème</sup> Jour</b>	<b>4<sup>ème</sup> Jour</b>	<b>5<sup>ème</sup> Jour</b>
	<p>Pré-test</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Généralités sur l'infection à VIH/SIDA</li> <li>- Généralités sur la PTME</li> <li>- Stratégies en PTME</li> <li>-CDV définition, avantages</li> </ul>	<p>Précédures de dépistage</p> <p>Post counselling</p> <p>Soins prépartum des femmes séropositives</p> <p>Thérapie ARV chez les femmes séropositives</p>	<p>Soins post natal aux nouveaux-nés de mères séropositives</p> <p>Suivi post partum aux femmes séropositives Planification familiale</p> <p>Soins per et post partum aux femmes séronégatives</p>	<p>Alimentation de 6 à 24 mois</p> <p>Suivi de l'enfant né de mère séopositive</p> <p>Diagnostic biologique chez l'enfant</p>	<p>Visites de site</p>
Après-midi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jeux de rôle IEC</li> <li>- Counselling</li> <li>- Jeux de rôles : Opter pour</li> <li>- Jeux de rôles : Opter contre</li> <li>-Syndrome d'épuisement</li> <li>- Synthèse</li> </ul>	<p>Travail et accouchement des femmes séropositives</p> <p>Renforcement des précautions universelles</p> <p>Démonstrations précautions universelles</p> <p>Synthèse</p>	<p>Recommandations en alimentation infantile</p> <p>Options en alimentation</p> <p>Jeux de rôle et démonstrations sur conseil et les options</p> <p>Synthèse</p>	<p>Liens avec les services de prise en charge</p> <p>Cas clinique sur l'alimentation de 6 à 24 mois</p> <p>Cas cliniques sur la suspicion d'infection et le diagnostic précoce</p> <p>Prise en charge des accidents d'exposition au sang en milieu de travail</p>	<p>Prise en charge des AES</p> <p>Suivi évaluation Indicateurs du programme</p> <p>Post test évaluation</p>



## **ANNEXE 4 ( exemple de questions ) -PRE ET POST TEST**

N° : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_

- 1) La transmission du virus de la mère à l'enfant en l'absence de traitement préventif s'effectue dans :
  - i. 100%
  - ii. 50%
  - iii. 30%
  - iv. 10%
  
- 2) La transmission s'effectue surtout
  - i. En début de grossesse
  - ii. Avant l'accouchement
  - iii. Pendant l'accouchement
  - iv. Après l'accouchement
  
- 3) Le traitement préventif de la femme enceinte
  - i. Empêche la contamination pendant l'accouchement
  - ii. Empêche la transmission par le lait maternel
  - iii. Annule la transmission prénatale
  - iv. Réduit le risque de contamination de l'enfant
  
- 4) Les enfants nés de mères séropositives sont séropositifs à la naissance dans
  - i. 100% des cas
  - ii. 50% des cas
  - iii. 30%
  - iv. 10%
  
- 5) La prévalence de l'infection à VIH chez les enfants nés de mères séropositives est de
  - i. 30% sans traitement
  - ii. 15% avec traitement préventif sans allaitement maternel
  - iii. 0% avec traitement préventif et allaitement artificiel
  - iv. Aucune des propositions précédentes

- 6) Le meilleur choix en alimentation afin de réduire le risque de transmission par le lait serait
- i. Allaitement maternel exclusif de 0 à 6 mois
  - ii. Allaitement maternel exclusif de 0 à 4 mois
  - iii. Allaitement artificiel
  - iv. Allaitement mixte
- 7) Quelle situation répond à la définition de l'allaitement maternel exclusif
- i. Lait maternel + jus de fruits + vitamines
  - ii. Lait maternel + céréales
  - iii. Lait maternel + eau + jus
  - iv. Aucune des situations précédentes
- 8) Un nourrisson de 3 mois peut-être alimenté par
- i. Un lait hypoallergénique
  - ii. Un lait sans lactose
  - iii. Un aliment lacté diététique 2<sup>ème</sup> âge
  - iv. Du lait de vache entier
- 9) Une femme enceinte et séropositive
- i. Doit recevoir de la Foldine
  - ii. Doit recevoir du fer
  - iii. Doit bénéficier d'au moins 4 consultations prénatales
  - iv. L'accouchement à domicile est recommandé
- 10) Les vaccinations suivantes sont recommandées chez l'enfant né de mère séropositive
- i. BCG à la naissance
  - ii. BCG à 1 mois
  - iii. DTC Coq
  - iv. Polio oral
- 11) Les pratiques suivantes sont conseillées pendant l'accouchement d'une femme séropositive
- i. Pratique d'une épisiotomie
  - ii. Rupture artificielle des membranes
  - iii. Désinfection vaginale

- iv. Rupture prolongé de la poche des eaux
- 12) Les pratiques suivantes sont déconseillées chez un nouveau-né de mère séropositive
- i. Aspiration nasogastrique répétée et traumatique
  - ii. Désinfection cutanée à la naissance
  - iii. Injection de Vitamine K
  - iv. Administration de collyre
  - v. Injection parentérale à travers le cordon ombilicale
- 13) Pour réduire la transmission de la mère à l'enfant, la mère peut recevoir
- i. AZT dès la 36 semaine et jusqu'à l'accouchement
  - ii. AZT dès la 14<sup>ème</sup> semaine de grossesse
  - iii. AZT/3TC une semaine après l'accouchement
  - iv. Névirapine dès l'entrée en travail
- 14) Un enfant de mère séropositive peut recevoir des ARV
- i. ZDV 4 mg/kg toutes les 12 heures dès la naissance pendant 4 semaines
  - ii. ZDV 4 mg/kg toutes les 12 heures dès la naissance pendant 1 semaine
  - iii. Névirapine une fois pendant les 3 premiers jours de vie
  - iv. Névirapine tous les jours pendant les 3 premiers jours
  - v. Aucun ARV si la mère n'en a pas reçu
- 15) Les situations suivantes indiquent la pratique d'un conseil pour dépistage volontaire
- i. 1<sup>ère</sup> CPN à 4 mois
  - ii. 1<sup>ère</sup> CPN à 6 mois
  - iii. 1<sup>ère</sup> CPN à 9 mois
  - iv. Entrée en travail sans CPN préalable
- 16) Les personnes suivantes peuvent offrir des prestations en CDV
- i. Travailleurs sociaux
  - ii. Educateurs
  - iii. Médecins
  - iv. Séropositifs

- 17) Le diagnostic biologique de l'infection à VIH chez l'enfant
- i. Peut se faire dès la naissance par la sérologie
  - ii. Peut se faire à 18 mois par la sérologie
  - iii. Peut se faire à 6 semaines par la PCR
  - iv. Peut se faire à 6 mois par la sérologie
- 18) Les options d'alimentation suivantes s'offrent à une femme enceinte séropositive pour son nouveau-né
- i. Allaitement maternel exclusif jusqu'à 2 ans
  - ii. Allaitement par une nourrice de statut sérologique inconnu
  - iii. Alimentation artificielle à base de lait d'animal
  - iv. Alimentation artificielle exclusive dès la naissance
- 19) Les signes suivants permettent d'évoquer l'infection à VIH
- i. Parotidite
  - ii. Fièvre persistante depuis 1 mois
  - iii. Diarrhée aigue depuis 3 jours
  - iv. Avoir des connaissances sur les modes d'alimentation du nouveau-né
- 20) Une femme enceinte séropositive
- i. Doit bénéficier des ARV dès la 1<sup>ère</sup> consultation prénatale
  - ii. Un suivi hématologique s'impose en cas de traitement / AZT
  - iii. La prévention des MST est nécessaire
  - iv. La prophylaxie antipalustre réduit le risque de TME
  - v. Doit rencontrer le médecin accoucheur avant l'accouchement

**Annexe 5 : Fiche de synthèse mensuelle**

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE  
 DIRECTION DE LA LUTTE CONTRE LA MALADIE  
 SOUS-DIRECTION DE LA LUTTE CONTRE LE VIH-IST

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix - Travail - patrie

## Programme National PTME

<b>FICHE DE SYNTHÈSE DES ACTIVITÉS MENSUELLES</b>
---

PROVINCE : \_\_\_\_\_

District de Santé de : \_\_\_\_\_

Formation Sanitaire : \_\_\_\_\_

MOIS/ANNEE : \_\_\_\_\_

Données	Total
<i>Consultations prénatales</i>	
Nombre de femmes reçues en 1 <sup>ère</sup> CPN	
Nombre de femmes dépistées	
Nombre de femmes séropositives	
<i>Maternité et Post partum</i>	
Nombre d'enfants ayant reçu ARV à la naissance	
Nombre de mères ayant pris ARV	
Nombre de femmes séropositives en salle d'accouchement	
<i>Suivi des enfants nés de mères séropositives</i>	
Nombre d'enfants ayant débuté l'allaitement maternel	
Nombre d'enfants testés après 15 mois	
Nombre d'enfants séropositifs après 15 mois	

## Pour en savoir plus :

1. Guide technique pour la prévention de la transmission mère enfant du VIH, Ministère de la santé publique, 2002, République du Cameroun
2. Plan stratégique de lutte contre le VIH/SIDA 2006-2010, Comité national de lutte contre le SIDA, 2006, République du Cameroun
3. Directives sur les protocoles ARV pour la PTME, Ministère de la santé publique, 2006, République du Cameroun
4. Paquet générique de formation pour la prévention de la transmission mère enfant du VIH, 2004, OMS, UNICEF, CDC
5. Directives pour l'alimentation infantile au Cameroun, Ministère de la santé publique 2006, République du Cameroun
6. Antiretroviral therapy of HIV infection in infants and children in resource –limited settings, towards universal access : recommendations for a public health approach, WHO, 2006
7. Antiretroviral drugs for treating pregnant women and predicting HIV infection in infants, WHO 2006
8. WHO revised Clinical staging and immunological of HIV and AIDS, draft for public review, December 2005
9. Guidelines on co-trimoxazole for HIV-related infections among children, adolescents and adults in resource –limited settings. Recommendations for public health approach.
10. Le Conseil en VIH et en Alimentation du Nourrisson : Cours de formation, OMS, 2000
11. Le Conseil en VIH et en Alimentation du Nourrisson : livret des transparents, OMS, 2000
12. Développement et santé, Année 2004, 173, 35-39, Spécial PTME
13. Format santé- Formation à l'éducation thérapeutique de la mère et de l'enfant infecté par le VIH, 2006
14. UNICEF- Alimentation et VIH
15. WHO, UNICEF, UNAIDS, le conseil en VIH et en alimentation du nourrisson –cours de formation
16. WHO, UNICEF, CDC, Paquet générique de formation PTME

Pour de plus amples informations, bien vouloir contacter :

MINISTERE DE LA SANTE  
COMITE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA  
REPUBLIQUE DU CAMEROUN