MINISTÈRE DE LA SANTÉ
Secrétariat Général
irection Nationale de la Santé
ivision Santé de la Reproduction

Directives en [illegible]
de la transmission [illegible] enfant
du VIH/S[illegible]

— PREFACE —

La Direction Nationale de la Santé en collaboration avec les autres structures et partenaires a élaboré des directives pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME). Le district de Bamako a servi de région test pour exécution de la première phase dite expérimentale. Ces donnés ont servies à l'élaboration du présent document.

Une sélection de neuf sites a été faite au niveau des communes I, V, VI et l'hôpital Gabriel Touré à partir de critères épidémiologiques et sanitaires, structurels et organisationnels. Six de ces sites ont pu être opérationnels, trois sont en cours.

Après une année d'activités, certaines contraintes ont été identifiées à savoir :

- L'absence de directives pour une meilleure exécution des prestations ;
- Des insuffisances constatées après enseignement au niveau du module de formation.

Les composantes des directives sont :

- Le renforcement du laboratoire et gestion des médicaments et consommables ;
- L'alimentation du nouveau-né de mère séropositive ;
- La communication pour le changement de comportement ;
- L'amélioration de la prise en charge des femmes et des enfants séropositifs ;
- L'amélioration de la prise en charge psychosociale des femmes et des enfants infectés ou affectés par le VIH ;

Le présent document a pour objectif de mettre à la disposition des structures/acteurs des directives nationales en matière de PTME du VIH à tous les niveaux.

unicef

— SOMMAIRE —

INTRODUCTION 6

Volet 1 : LABORATOIRE/GESTION DES MÉDICAMENTS 7

1. Laboratoire 8
   1.1. Algorithme pour la Sérologie VIH 8
      1.1.1. Niveau CSCOM/CSRéf/Hôpitaux Régionaux 8
      1.1.2. Niveau central 9
   1.2. La liste des examens nécessaires pour le suivi des femmes enceintes séropositives et enfants 11
   1.3 Système de calcul des besoins en réactifs/tests et médicaments 12
      1.3.1. Besoins en tests et réactifs des nouveaux et anciens centres 12
      1.3.2. Besoins en médicaments Arv des nouveaux et anciens centres 12
2. Médicaments 13
   2.1 Liste de quelques médicaments contre les maladies opportunistes 13
   2.2. Liste de quelques ARV utilisés au Mali 13
   2.3 Schémas Thérapeutiques (Combinaisons des ARV) 14
   2.4. Estimation des besoins en antirétroviraux pour Enfants 15
   2.5 Estimation des besoins en antirétroviraux pour Femmes enceintes 16

Volet 2 : ALIMENTATION DES NOURRISSONS NÉS DE MÈRES SÉROPOSITIVES 17

1. Information générale sur la TME 18
2. Information générale sur la TME 18
   2.1. A la naissance 18
      Vérifier la décision de la mère concernant le mode d'alimentation 18
   2.2. Le suivi du couple mère-enfant 21

FICHE TECHNIQUE DE L'ALIMENTATION ARTIFICIELLE 22

1. Préparation : 22
2. Administration 23
3. Conservation 23
4. Période de transition 23
5. A la fin de la période de transition : 24

FICHE TECHNIQUE EXPRESSION DU LAIT MATERNEL 25

1. Technique manuelle 25
2 Technique du tire-lait 25
   Comment utiliser un tire lait ? 25
3. Technique de la bouteille chaude 26
4. Technique de la seringue 26

FICHE TECHNIQUE D'ÉVALUATION DE L'ALIMENTATION DU NOUVEAU-NÉ DE MÈRE SÉROPOSITIVE 27

olet 3 : COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT E COMPORTEMENT EN MATIÈRE DE PTME/VIH 28
1. Counseling pré-dépistage : 29
1.1 Les conditions d'un bon counseiling 29
1.2. Étapes du Counseling pré-dépistage 30
1.3 Déroulement d'une séance de conseil pré-test 30
1.4. Remplissage de la fiche de sérologie 31
1.5 Rendez-vous 31
1.6. Quelques attitudes possibles de la femme pendant le counseling pré-dépistage 31
2. Counseiling post-dépistage 32
2.1. Introduction : 32
2.2. Conditions de l'annonce 32
2.3. Déroulement d'une séance de post-dépistage 32
2.4. Annonce des résultats 32

UIDE DE SUPERVISION COUNSELING EN PTME 35
1.Counseling pré-dépistage 35
1.1. Conditions liées au lieu 35
1.2. Observation du déroulement d'une séance de counseling pré-dépistage 35
2. Counseling post-dépistage 37
2.1. Conditions liées au lieu 37
2.2. Observation du déroulement d'une séance de counseling post-dépistage 37

ES CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DU GUIDE DE SUPERVISION COUNSEILNG 39
1. Contenu de la prévention primaire en TME 39
1.1. Les Cibles 39.
1.2. Le Lieu 39
1.3. Les Acteurs 39
1.4. Le Contenu 39
1.5. Les Méthodes 39
2. Prévention secondaire en PTME 40
2.1. Les Cibles 40
2.2. Le Lieu 40
2.3. Les Acteurs 40
2.4. Le Contenu 40
2.5. Les Méthodes 40

ONTENU DE L'APPUI DES FAMILLES POUR LE COUPLE MÈRE-ENFANT 41

olet 4 : PRISE EN CHARGE MÉDICALE DES FEMMES ENCEINTES T DES ENFANTS INFECTÉS PAR LE VIH 42
1. La femme enceinte 43
1.1. Niveau CSRéf./CSCOM : 43
1.2. Niveau hopitaux nationaux/régionaux 44
2. Enfant de mère VIH+ 45
2.1. Suivi de l'enfant né de mère VIH+ pendant les 18 premiers mois au niveau CSCOM/CSRéf. 45
2.2. Suivi de l'enfant né de mère VIH+ pendant les 18 premiers mois au niveau hopital régional 46
2.3. Suivi de l'Enfant né de mère VIH + pendant les 18 premiers mois au niveau hôpital national 48
Tableau : Classification pédiatrique du CDC 1994 49

Volet 5 : ACCOMPAGNEMENT PSYCHOSOCIAL PTME/VIH 50

ALGORITHMES POUR LA PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE EN MATIÈRE DE VIH/SIDA 51
1. Niveau Service Socio-Sanitaire 51
1.1. Gestion des réactions psychologiques 51
1.2. Thérapie de groupe 52
1.2.1. Définition 52
1.2.2. Objectifs 52
1.2.3. Fonctionnement du groupe 53
2. Niveau de la Famille 53
3. Niveau de la Communauté 54

RÔLES DE LA FAMILLE ET DE LA COMMUNAUTÉ DANS LA PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE 56
1. Niveau de la famille 56
2. Niveau de la Communauté : 56
3. Suivi 57

ANNEXES 58

ANNEXE 1 59
Dossiers du Malade 59
Décision de mise sous traitement 64
Médicaments Antirétroviraux 64
Médicaments associés 64
Prélèvements/Enfants 65

ANNEXE 2 : REGISTRE DES ACTIVITÉS PTME 67
Liste des participants 68

— GLOSSAIRE —

AS	: Agent de Santé
ADBC	: Agent de Distribution à Base Communautaire
AGR	: Activités Génératrices de Revenus
ARV	: AntiRétroViraux
ASACO	: Association de Santé Communautaire
ATR	: Accoucheuse Traditionnelle Recyclée
CCC	: Communication pour le Changement de Comportement
CNIECS	: Centre National d'Information et d'Éducation pour la Santé
CNTS	: Centre National de Transfusion Sanguine
Cp.	: Comprimé
CPN	: Consultation Pré-Natale
CSCOM	: Centre de Santé Communautaire
CSRéf.	: Centre de Santé de Référence
DAF	: Direction Administrative et Financière
DESR	: Direction des Établissements Sanitaire et de la Réglementation
DNS	: Direction Nationale de la Santé
DPM	: Direction de la Pharmacie et des Médicaments
DRC	: Dépôt Répartiteur de Cercle
DRS	: Direction Régionale de la Santé
DSES	: Développement Sociale et de l'Economie Solidaire
DSFC	: Division Santé Familiale et Communautaire
DV	: Dépôt de Vente
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
FAP	: Femme en Âge de Procréer
FELASCOM	: Fédération Locale des Associations de Santé
IMAARV	: Initiative Malienne d'Accès aux Anti Retroviraux
IEC	: Information - Éducation - Communication
Inf. Obst.	: Infirmière Obstétricienne
Inf. Sté	: Infirmier de Santé
Infir.	: Infirmier
INRSP	: Institut National de Recherche en Santé Publique
Mater.	: Maternité
Méd.	: Médecin
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ONU	: Organisation des Nations Unies
PCR	: Polymerase Chaine Reaction
PEC	: Prise En Charge
Per. Soc.	: Personnel Social
PNLS	: Programme Nationale de Lutte contre le Sida
PNP	: Politique Normes et Procédures
PPM	: Pharmacie Populaire du Mali
PS	: Poste de Santé
PSPHR	: Projet santé population hydraulique rurale
PTME	: Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PVVIH	: Personne Vivant avec le VIH
SF	: Sage-Femme
TME	: Transmission Mère-Enfant
VAD	: Visite à Domicile
VIH	: Virus Immo-déficience Humaine
VIH/SIDA	: Virus Immo-déficience Humaine/Syndrôme Immo-Déficience Acquis

INTRODUCTION

La prévention de la transmission mère-enfant est l'un des objectifs du Plan Stratégique de Lutte contre le Sida 2001-2005.

La transmission mère-enfant (TME) est le passage du virus du VIH d'une mère à son enfant. C'est la transmission verticale du VIH. La TME peut survenir pendant la grossesse (1/7), pendant l'accouchement (3/7) et au cours de l'allaitement (3/7). La prévention de la transmission mère-enfant (PTME) est l'ensemble des attitudes et comportements pour empêcher ou réduire la transmission du virus du VIH de la mère à l'enfant.

En l'an 2000 :

- 600.000 enfants de moins de 15 ans étaient infectés par le VIH dont 52.000 en Afrique, parmi lesquels 90 % par voie de transmission mère-enfant.
- 1,1 million d'enfants de moins de 15 ans vivaient avec le VIH. 500.000 enfants décédés du Sida pendant la même année dont 44.000 en Afrique.
- 4,3 millions d'enfants sont morts du Sida depuis le début de la pandémie.
- 90 % de ces enfants de moins de 15 ans étaient en Afrique, au Sud du Sahara

Avec 1.600 enfants contaminés chaque jour dans le monde par le VIH, la mortalité des moins de 5 ans est susceptible de doubler à l'horizon 2010.

Au Mali, selon EDSM III en 2001 la séroprévalence nationale est de 1,7 % et la prévalence chez les femmes en âge de procréer serait de 2%.
En matière de séroprévalence chez la femme enceinte, il y a des données résultant de plusieurs études dont :

- En 1999, une étude financée par le PSPHR et réalisée par le PNLS et l'INRSP a donné un taux de prévalence du VIH chez les femmes enceintes comme suite :
  - Sikasso 3,5 %
  - Mopti 3,2 %
  - Koulikoro 0,6 %
- En Juin 2000, les estimations globales publiées par l'ONUSIDA donne une séroprévalence de 2,7% en milieu urbain et 2,9 % en milieu rural chez les femmes enceintes vues en CPN au Mali.
- En Août 2002, un programme de PTME a démarré dans le District de Bamako au niveau de 5 sites et a donné une séroprévalence de 3,6 % après 8 mois de mise en œuvre chez les femmes enceintes vues en CPN.
- En 2002, la surveillance sentinelle chez les femmes enceintes dans les CSRéf donne une prévalence répartie comme suit : Sikasso (2,4%) ; Ségou (3,9%) ; Bla (3,2%) ; Mopti (2%) ; Douentza (3,8%) ; Commune I (2,3%) ; Commune III (3,4%) ; Commune V (3,4%) et Hôpital Ségou (5%).

Actuellement 50 enfants sont pris en charge par l'IMAARV et 18 couples mères-enfants ont été pris en charge au CESAC depuis mai 2002.
Les activités de PTME du VIH font parti intégrant du PMA et seront considérées comme une porte d'entrée pour l'amélioration de la qualité des services en SR.

Volet 1

LABORATOIRE/GESTION DES MÉDICAMENTS

1. Laboratoire

1.1. Algorithme pour la Sérologie VIH :

1.1.1. Niveau CSCOM/CSRéf/Hôpitaux Régionaux

a. Les tests non-discriminatoires utilisés :

Nom du test	Température de conservation
Determine	+2 à +30°C
Oraquick	+2 à +8°C
HemaStrip (Fast check)	+2 à +8°C
Double check Gold	+2 à +8°C

b. Cas de négativité :

Determine ⊖ => ⊖ Donner le résultat négatif à la femme

Double check Gold ⊖ => ⊖ Donner le résultat négatif à la femme

HemaStrip ⊖ => ⊖ Donner le résultat négatif à la femme

Oraquick ⊖ => ⊖ Donner le résultat négatif à la femme

c. Cas de séropositivité :

1er test non-discriminatoire positif, faire un 2ème obligatoire.

Determine ⊕
Oraquick ⊕ ⊕ => Donner le résultat positif à la femme

Determine ⊕
Double check Gold ⊕ ⊕ => Donner le résultat positif à la femme

Determine ⊕
HemaStrip ⊕ ⊕ => Donner le résultat positif à la femme

Oraquick ⊕
HemaStrip ⊕ ⊕ => Donner le résultat positif à la femme

Oraquick ⊕
Double check Gold ⊕ ⊕ => Donner le résultat positif à la femme

HemaStrip ⊕
Double check Gold ⊕ ⊕ => Donner le résultat positif à la femme

Typage sérologique avant la prise en charge avec les tests discriminatoires Immunocoombs II ou Genie II qui vont donner VIH1 ou VIH2 ou VIH1 + VIH2. Au niveau de l'hôpital, utiliser la chaîne ELISA pour le contrôle de qualité.

d. Cas discordant : premier test positif, second test négatif, faire un troisième test différent des deux premiers pour avoir un résultat définitif.

Determine ⊕
Oraquick ⊖ => Faire un autre test (HemaStrip ou Double Check Gold) par la femme pour avoir un résultat clair.

Determine ⊕
Double Check Gold ⊖ => Faire un autre test (Oraquick ou HemaStrip) à la femme pour avoir un résultat clair.

Determine ⊕
HemaStrip ⊖ => Faire un autre test (Oraquick ou Double Check Gold) à la femme pour avoir un résultat clair.

Oraquick ⊕
HemaStrip ⊖ => Faire un autre test (Determine ou Double Check Gold) à la femme pour avoir un résultat clair.

Oraquick ⊕
Double Check Gold ⊖ => Faire un autre test (Determine ou HemaStrip) à la femme pour avoir un résultat clair.

Oraquick ⊕
Determine ⊖ => Faire un autre test (HemaStrip ou Double Check Gold) à la femme pour avoir un résultat clair.

HemaStrip ⊕
Double Check Gold ⊖ => Faire un autre test à la femme (Determine ou Oraquick) pour avoir un résultat clair.

HemaStrip ⊕
determine ⊖ => Faire un autre test à la femme (Double Check Gold ou Oraquick) pour avoir un résultat clair.

HemaStrip ⊕
Oraquick ⊖ => Faire un autre test à la femme (Determine ou Double Check Gold) pour avoir un résultat clair.

Double Check Gold ⊕
Determine ⊖ => fi Faire un autre test à la femme (HemaStrip ou Oraquick) pour avoir un résultat clair.

Double Check Gold ⊕
Oraquick ⊖ => Faire un autre test à la femme (Determine ou HemaStrip) pour avoir un résultat clair.

Double Check Gold ⊕
HemaStrip ⊖ => fi Faire un autre test à la femme (determine ou Oraquick) pour avoir un résultat clair.

Les tests discriminatoires peuvent également servir pour avoir un résultat définitif, si on n'a pas de troisième test rapide en cas de discordance.

Pour le typage, on peut utiliser les tests discriminatoires (Immunocombs II, ou Génie II)

1.1.2. Niveau central

Les tests utilisés pour le contrôle de qualité du niveau opérationnel sont : les tests ELISA non-discriminatoires GienScreen, Murex VIH1.2.0, Vironostika.

a. Cas de négativité :

GienScreen ⊖	⊖ => Donner le résultat négatif à la femme
Murex VIH1.2.0 ⊖	⊖ => Donner le résultat négatif à la femme
Vironostika ⊖	⊖ => Donner le résultat négatif à la femme

b. Cas de séropositivité :

GienScreen ⊕
Murex VIH1.2.0 ⊕ ⊕ => Donner le résultat positif à la femme

GienScreen ⊕
Vironostika ⊕ ⊕ => Donner le résultat positif à la femme

Murex VIH1.2.0 ⊕
Vironostika ⊕ ⊕ => Donner le résultat positif à la femme

Typage sérologique avant la prise en charge avec les tests discriminatoires Immunocoombs II ou Genie II qui vont donner VIH1 ou VIH2 ou VIH1 + VIH2. Au niveau de l'hôpital, utiliser la chaîne ELISA pour le contrôle de qualité.

c. Cas discordant : premier test positif, second test négatif, faire un troisième test différent des deux premiers pour avoir un résultat définitif.

GienScreen ⊕
Murex VIH1.2.0 ⊖ => Faire un autre test (Vironostika) à la femme pour avoir un résultat clair

GienScreen ⊕
Vironostika ⊖ => Faire un autre test (Murex VIH1.2.0) à la femme pour avoir un résultat clair

Murex VIH1.2.0 ⊕
GienScreen ⊖ => Faire un autre test (Vironostika) à la femme pour avoir un résultat clair.

Murex VIH1.2.0 ⊕
Vironostika ⊖ => Faire un autre test (GienScreen) à la femme pour avoir un résultat clair

Vironostika ⊕
GienScreen ⊖ => Faire un autre test à la femme (determine ou Oraquick) pour avoir un

Vironostika ⊖
Murex VIH1.2.0 ⊕ => Faire un autre test à la femme (determine ou Oraquick) pour avoir un résultat clair

Pour la confirmation, on peut utiliser les tests discriminatoires (Immunocoombs II, ou Génie II)

2. Médicaments

2.1. Liste de quelques médicaments contre les mal

- Cotrimoxazole 480mg, 960mg comprimés
- Cotrimoxazole 240mg en sirop
- Muconazol crème
- Ketoconazole comprimés
- Amphotericine B – comprimés et sirop
- Nystatine comprimés oraux, comprimés gyné

2.2. Liste de quelques ARV utilisés au Mali

Classes	Noms Génériques	Dosages/ F
Inhibiteurs Nucléosiques (IN)	Lamivudine	150mg c
		10mg/ml s
	Zidovudine	300mg c
		100mg/10ml
	Didanosine	200mg, 150mg, 100
	Stavudine	40mg, 30
		1mg/ml poudre pe
	Lamivudine + Zidovudine	150mg comprimé +
Inhibiteurs de la Protéase (IP)	Indinavir	400mg
	Nelfinavir	500mg/g poudre p
Inhibiteurs Non Nucléosiques (INN)	Efavirenz	200mg
	Névirapine	200mg c
		50mg/5ml s

LA LISTE DES EXAMENS NECESSAIRES POUR LE SUIVI DES FEMMES ENCEINTES SEROPOSITIVES ET ENFANTS

Femmes Enceintes	Enfants
Sérologie	Sérologie (1ère sérologie : 9 mois : 2ème sérologie : 18 mois)
Hémogramme	Taux CD4
Créatinémie	Numération Formule Sanguine
Glycémie	Plaquette
Taux CD4	Transaminase
Transaminase	Créatinémie/Glycémie (9ème mois et 12ème mois)
Charge virale	Charge virale
Ag/Hbs	PCR

RECOMMANDATIONS : il est important de renforcer le laboratoire par la mise en place de matériels et équipements requis.

1.3. SYSTEME DE CALCUL DES BESOINS EN REACTIFS/TESTS ET MEDICAMENTS

1.3.1. Besoins en tests et réactifs des nouveaux et anciens centres

(a) **Femmes enceintes** a = population de l'aire X par 0.05	(b) **Nombre de femmes en CPN** b = a x taux d'utilisation du centre	(c) **Nombre de femmes acceptante de test** c = b x taux d'acceptation (60%)	(d) **Nombre de femmes séropositives** d = c x taux de prévalence de la zone	(e) **Quantité de réactifs (1er test) nécessaire pour une année** e1 = c x dose du 1er test e2 = d x dose du 2ème test	(f) Stock de Sécurité = 25% de la quantité totale de chaque test f1 = 25% e1 f2 = 25% e2	(g) Quantité à commander g1 = e1 + f1 g2 = e2 + f2

NB : Pour les anciens centres il faut chaque année majorer la consommation précédente de 20% ou de 30%
Dose 1er test = 1 dose par femme = 1
Dose 2ème test = 1 dose par femme = 1

1.3.2. Besoins en médicaments Arv des nouveaux et anciens centres :

(a) **Nombre de femmes acceptantes de test** a = Nombre de femmes vues en CPN x taux d'acceptation (60%)	(b) **Nombre de femmes séropositives** b = a x taux de prévalence de la zone	(c) **Quantité de médicament nécessaire pour les femmes séropositives en une année** C = b x dose suffisante pour une femme	***Observations***

NB : Une dose suffisante d'ARV à visée préventive pour une femme enceinte séropositive est de 1 gélule de névirapine de 200mg et pour l'enfant c'est de 2mg/kg de poids

Médicaments

2.1. Liste de quelques médicaments contre les maladies opportunistes

- Cotrimoxazole 480mg, 960mg comprimés
- Cotrimoxazole 240mg en sirop
- Muconazol crème
- Ketoconazole comprimés
- Amphotericine B – comprimés et sirop
- Nystatine comprimés oraux, comprimés gynécologiques, sirop.

2.2. Liste de quelques ARV utilisés au Mali

Classes	Noms Génériques	Dosages, Formes et Présentations
Inhibiteurs Nucléosiques (IN)	Lamivudine	150mg comprimé, boîte/60
		10mg/ml solution, flacon/240ml
	Zidovudine	300mg comprimé, boîte/60
		100mg/10ml solution, flacon/200ml
	Didanosine	200mg, 150mg, 100mg, 50mg comprimé, boîte/60
	Stavudine	40mg, 30mg gélule, boîte/60
		1mg/ml poudre pour suspension, flacon/200mg
	Lamivudine + Zidovudine	150mg comprimé + 300mg comprimé, boîte/60
Inhibiteurs de Protéase (IP)	Indinavir	400mg gélule, boîte/180
	Nelfinavir	500mg/g poudre pour suspension, boîte/144g
Inhibiteurs Non Nucléosiques (INN)	Efavirenz	200mg gélule, boîte/90
	Névirapine	200mg comprimé, boîte/60
		50mg/5ml solution, flacon/240ml

2.3. Schémas Thérapeutiques (Combinaisons des ARV)

AZT (***Zidovidine***)	ddi (***Didanosine***)	IDV (***Indinavir***)
AZT (***Zidovidine***)	3TC (***Lamuvidine***)	IDV (***Indinavir***)
D4T (**Stavudine**)	ddi (***Didanosine***)	IDV (***Indinavir***)
D4T (**Stavudine**)	3TC (***Lamuvidine***)	IDV (***Indinavir***)
AZT (***Zidovidine***)	ddi (***Didanosine***)	NFV (***Nelfinavir***)
AZT (***Zidovidine***)	3TC (***Lamuvidine***)	NFV (***Nelfinavir***)
D4T (**Stavudine**)	ddi (***Didanosine***)	NFV (***Nelfinavir***)
D4T (**Stavudine**)	3TC (***Lamuvidine***)	NFV (***Nelfinavir***)
AZT (***Zidovidine***)	ddi (***Didanosine***)	EFZ (***Efavirenz***)
AZT (***Zidovidine***)	3TC (***Lamuvidine***)	EFZ (***Efavirenz***)
D4T (**Stavudine**)	ddi (***Didanosine***)	EFZ (***Efavirenz***)
D4T (**Stavudine**)	3TC (***Lamuvidine***)	EFZ (***Efavirenz***)
AZT (***Zidovidine***)	ddi (***Didanosine***)	NVP (***Nevirapine***)
AZT (***Zidovidine***)	3TC (***Lamuvidine***)	NVP (***Nevirapine***)
D4T (**Stavudine**)	ddi (***Didanosine***)	NVP (***Nevirapine***)
D4T (**Stavudine**)	3TC (***Lamuvidine***)	NVP (***Nevirapine***)

*AZT (**Zidovidine**)*	*3TC (**Lamuvidine**)*	*ddi (**Didanosine**)*

[redacted]. Estimation des besoins en antirétroviraux pour enfants

[redacted]					
didanosine	50mg comp Boîte/60		30 cp		
didanosine	100mg comp Boîte/60		30 cp		
didanosine	200mg comp Boîte/60		30 cp		
lamivudine	10mg/ml solution Flacon/240ml		2 boîtes		
Nelfinavir	500mg/g poudre pour suspension Boîte/144g		5 boîtes		
Névirapine	50mg/5ml solution Flacon/240ml		3 boîtes		
Stavudine	1mg/ml poudre pour suspension Flacon/200mg		4 boîtes		
Zidovudine	100mg/10ml solution Flacon/200ml		4 boîtes		

Note : * L'estimation est à faire sur 15 mois au lieu de 12 pour constituer un stock de sécurité de 3 mois.

2.5. Estimation des besoins en antirétroviraux pour Femmes enceintes

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Didanosine	200mg comp		1			
Didanosine	250mg comp		1			
Efavirenz	200mg gélule		1			
Indinavir	400mg gélule		1			
Lamivudine	150mg comp.		1			
Lamivudine + Zidovudine	150mg comp. + 300mg comp.		1			
Stavudine	30mg gélule		1			
Stavudine	40mg gélule		1			
Zidovudine	300mg comp		1			

Note : * L'estimation est à faire sur 15 mois au lieu de 12 pour constituer un stock de sécurité de 3 mois.

Volet 2

ALIMENTATION DES NOURRISSONS NES DE MERES SEROPOSITIVES

1. Information générale sur la TME

Donner toutes les informations à la mère sur :

1.1. Modes de transmission mère-enfant pendant la grossesse, l'accouchement, l'allaitement (sc).

1.2. Risques de transmission mère-enfant/l'allaitement.

1.3. Options d'alimentation :

1.3.1. Allaitement maternel exclusif :
- Importance/avantage du lait maternel ;
- Rappel du risque de TME par le lait maternel ;
- Risques encourus par l'enfant non allaité ;
- Avantage et risques du sevrage précoce ;
- Conduite de TAE (Mise au sein précoce Allaitement exclusif) ;
- Gestion de la phase de transition ;
- Danger de l'allaitement mixte.

1.3.2. Alimentation artificielle exclusive :
- Avantages de l'alimentation artificielle ;
- Risques liés à l'alimentation artificielle ;
- Conduite de l'alimentation artificielle ;
- Conditions de l'alimentation artificielle ;
- Danger de l'allaitement mixte.

1.4. Cibles :
- Femmes enceintes ;
- Femmes en suite de couche immédiate ;
- Femmes en post natale ;
- Femmes s'occupant d'un enfant dont la mère est gravement malade ou décédée ;
- Partenaire.

2. Information générale sur la TME

2.1. A la naissance

Vérifier la décision de la mère concernant le mode d'alimentation :

- ***Si allaitement :***

  - **Aussitôt après l'accouchement :**
    - Mettre le bébé sur le ventre de sa mère après section du cordon
    - Mettre le bébé au sein dans les 30 minutes qui suivent l'accouchement pour qu'il profite du colostrum.

  - **Pendant la surveillance dans les 2 heures :**
    - Mettre la mère et l'enfant dans le même lit

- Montrer à la mère la bonne position du bébé et la bonne prise du sein
- Apprendre à la mère à allaiter le bébé à la demande
- Expliquer à la mère qu'il ne faut donner aucune autre boisson ou aliment au bébé que le lait maternel jusqu'à 6 mois
- Rappeler les risques de transmission du VIH liés à l'allaitement mixte
- Donner des conseils à la mère pour éviter une infection pendant l'allaitement
- Donner à la mère la vitamine A, 200 000 UI : une gélule 2 jours de suite dans les 40 jours qui suivent l'accouchement.

• Avant la sortie de la maternité :

- Rappeler à la mère les règles de l'allaitement exclusif
- Lui expliquer la conduite à tenir devant certaines situations particulières :

Anomalies de la montée laiteuse :

*** Sécrétion lactée insuffisante :**

- vérifier la présence de lait en exprimant le sein ;
- conseiller à la mère d'allaiter l'enfant à la demande ;
- rappeler la bonne technique de l'allaitement ;
- laisser l'enfant téter aussi longtemps que possible ;
- encourager les tétées de nuit ;
- conseiller le repos ;
- demander à la mère de boire et manger suffisamment.

*** Engorgement mammaire :**

Les tissus du sein sont enflammés et le lait s'accumule dans le sein :

- masser le sein avec un tissu trempé dans de l'eau tiède, en partant du haut jusqu'au mamelon ;
- si la succion est très douloureuse, mettre alternativement les compresses ou tissus d'eau tiède avant la tétée et les compresses d'eau froide après chaque tétée pour soulager l'inflammation ;
- allaiter fréquemment le bébé ;
- donner le sein à l'enfant à la demande, en pressant le sein ;
- allaiter sans limiter la durée ;
- tirer le lait avant de mettre le bébé au sein pour ramollir l'aréole et le mamelon ;
- bien suspendre les seins ;

*** Mamelons douloureux :**

Se voit en général en cas de mamelon plat ou inversé, mauvaise position, etc. :

Au cours de la grossesse : porter les soutien-gorge aux bouts coupés pour faire avancer un mamelon ;

Après accouchement :

- mettre une grande partie de l'aréole dans la bouche de l'enfant ;
- commencer par le sein non endolori pour éviter une forte pression au sein endolori ;
- utiliser le doigt pour interrompre la succion du bébé ;

- mettre de la glace dans un tissu propre et le placer sur le mamelon pour l'engourdir avant d'allaiter ;

En cas de muguet : la mère doit amener l'enfant au centre de santé ;

- mettre le bébé dans une position confortable pour la tétée ;
- éviter de mettre les pommades, crème ou savon ;
- enduire le mamelon d'une goutte de lait de fin de tétée et laisser le sein à l'air.

* **Mastite ou inflammation du sein :**
  - donner un traitement antibiotique et antalgique ;
  - mettre la mère au repos complet ;
  - appliquer alternativement des compresses tièdes et froides ;
  - allaiter uniquement au sein non-affecté ;
  - tirer le lait au moins toutes les 2 heures et le donner au bébé dans une petite tasse à la cuillère si la tétée est trop douloureuse ;
  - référer au bout de trois jours s'il n'y a pas d'amélioration.

* **Abcès : accumulation de pus dans le sein :**
  - référer la femme pour incision et traitement ;
  - allaiter le bébé au sein non affecté ;
  - masser le sein malade en partant du haut jusqu'au mamelon ;
  - tirer le lait du sein malade le plus souvent et le jeter ;
  - allaiter le bébé dès la guérison du sein malade.

- Apprendre à la mère comment exprimer dans une tasse son lait, comment le donner au bébé à la cuillère et comment le conserver en cas d'absence (cf. Fiche Technique : technique d'expression du lait)

- ***Si alimentation artificielle :***

  * **Aussitôt après l'accouchement :**
    - Mettre le bébé sur le ventre de sa mère après section du cordon.

  * **Pendant la surveillance dans les 2 heures :**
    - Mettre la mère et l'enfant dans le même lit
    - Donner ou prescrire au besoin à la mère la bromocriptine à la dose de : 1/2 comprimé 4 fois par jour pendant les premières 48 heures puis 1 comprimé deux fois par jour sur 13 jours ;
    - Rappeler les risques de transmission du VIH liés à l'allaitement mixte
    - Donner au nouveau-né la vitamine A : le contenu d'une capsule de 50 000 UI ou la moitié d'une capsule de 100 000 UI.
    - Apprendre à la mère comment préparer, administrer et conserver le lait (cf. Fiche Technique : Alimentation Artificielle).

  * **Avant la sortie de la maternité :**
    - Insister sur le danger de l'allaitement mixte.
    - Rappeler à la mère les règles de l'alimentation artificielle : préparation, administration, conservation (cf. Fiche Technique : Alimentation Artificielle).

- **Après la sortie de la maternité :**
  Quel que soit le choix : l'allaitement ou alimentation artificielle :
  - Donner rendez-vous à la mère pour :
    - son suivi médical et celui de son enfant
    - la surveillance préventive de son enfant (cf. Fiche Technique évaluation de l'alimentation du nouveau-né de mère séropositive).

- **Critères des bénéficiaires pour les subtituts :**
  - Gratuité totale du lait pour les familles fichées au service social.
  - Gratuité partielle pour les autres familles (au moins 2 boîtes par mois au cours de chaque visite de surveillance préventive des enfants).

- Quantité de lait suffisante pour un enfant jusqu'à l'âge de 12 mois :
  - Enfant d'un mois : 4 boîtes
  - Enfant de 2 mois : 6 boîtes
  - Enfant de 3 mois : 7 boîtes
  - Enfant de 4 mois : 7 boîtes
  - Enfant de 5 mois : 8 boîtes
  - Enfant de 6 mois : 8 boîtes
  - Enfant de 6 à 12 mois : 20 boîtes

2.2. Le suivi du couple mère-enfant

Les éléments du suivi :

- **Suivi Enfant :**
  - Vaccination
  - la SPE (État nutritionnel, développement psychomoteur, démonstration nutritionnelle, administration de la vitamine A)
  - suivi médical (prise en charge des maladies opportunistes, orientation vers l'IMAARV pour les ARV au besoin)
  - suivi biologique.

- **Suivi Femme :**
  - Participation à la consultation post-natale
  - Participation à la PF
  - Suivi médical (PEC clinique et biologique, orientation vers l'IMAARV pour les ARV au besoin)
  - Conseils nutritionnels

FICHE TECHNIQUE DE L'ALIMENTATION ARTIFICIELLE

1. Préparation :

1.1. Conditions préalables à une alimentation propre et hygiénique :

- Toujours se laver les mains avec du savon ou de la cendre avec beaucoup d'eau propre ; paume et dos de la main, entre les doigts et sous les ongles (avoir les ongles coupés).
- Garder les ustensiles à utiliser et la surface sur laquelle on fait les préparations aussi propres que possible.
- Laver les ustensiles avec une éponge et du savon.
- Maintenir les ustensiles couverts pour les protéger contre les insectes et la poussière jusqu'à l'utilisation.
- Faire bouillir l'eau pendant 5 minutes ;
- Mettre l'eau bouillie dans un récipient propre couvert et laisser refroidir.

1.2. Quantité d'eau et de lait à donner au bébé :

60 ml	2 mesures de lait	6 – 8 repas
90 à 120 ml	3 à 4 mesures de lait	6 – 8 repas
120 à 150 ml	4 à 5 mesures de lait	6 – 7 repas
150 à 180 ml	5 à 6 mesures de lait	6 repas
180 à 210 ml	6 à 7 mesures de lait	6 repas
210 à 240 ml	7 à 8 mesures de lait	5 repas
240 ml	8 mesures de lait	4 repas

N.B :

- Le bébé a besoin d'être régulièrement alimenté, environ 8 fois par jour pendant les deux premiers mois, après ce nombre peut être réduit à 6 fois par jour.
- Les bébés qui sont très petits et les bébés de moins de 2 mois ont besoin de repas pendant la nuit.

1.3. Comment mesurer l'eau et le lait en poudre :

Le récipient devant servir pour mesure d'eau doit être :

- Gradué
- Facilement disponible
- Facile à nettoyer
- Transparent de préférence
- Montrer à la mère comment mesurer l'eau
- Montrer à la mère comment mesurer le lait comment faire la mesure de la cuillère rase (exemple : à l'aide du dos d'un couteau ou la manche d'une cuillère).

1.4. Comment préparer le lait :

- Se laver les mains
- Mesurer et verser la quantité d'eau bouillie refroidie dans la tasse

- Ajouter la quantité de lait nécessaire
- Remuer avec une cuillère propre

2. Administration :

L'administration du lait préparé se fait soit avec la tasse ou avec la cuillère :

2.1. Comment alimenter à la tasse :

1. Le bébé doit être éveillé, bien positionné dans les bras de sa mère, la tête soutenue.
2. Mettre un tissu propre sous son menton.
3. Tenir la tasse contre les lèvres du bébé et incliner la jusqu'à ce que le lait atteigne les lèvres du bébé (ne pas appuyer la tasse contre la lèvre inférieure).
4. Laisser le bébé boire à sa propre vitesse (ne pas verser le lait dans sa bouche).
5. Laisser le bébé décider quand s'arrêter.
6. Regarder le bébé quand on l'alimente (cela assure le contact social et l'attention de la mère).

2.2. Comment alimenter à la cuillère :

1. Le bébé doit être éveillé, bien positionné dans les bras de sa mère, la tête légèrement inclinée et soutenue.
2. Mettre un tissu propre sous son menton.
3. Poser la cuillère sur la langue du bébé et attendre le réflexe de succion.
4. Laisser le bébé boire à sa propre vitesse (ne pas verser le lait dans sa bouche).
5. Laisser le bébé décider quand s'arrêter.
6. Regarder le bébé quand on l'alimente (cela assure le contact social et l'attention de la mère).

3. Conservation :

- Une fois que le lait est préparé, il doit être conservé dans un délai d'une heure.
- La boîte de lait doit être bien fermé et garder dans un endroit sec.
- Une fois que l'enfant finit de boire le reste du lait doit être jeté.

N.B : Habituellement quand le bébé est rassasié, il ferme sa bouche et refuse de boire d'avantage. Parfois, il peut juste vouloir se reposer un peu et se remettre à boire encore. Alors, il faut toujours lui proposer le lait après un premier refus. S'il boit une petite quantité de lait, on peut lui offrir plus de lait au prochain repas, ou avancer le prochain repas.

Instruction pour le sevrage d'un nouveau-né de mère séropositive et qui allaite :
Durée de l'allaitement exclusif : 6 mois

4. Période de transition :

- Faire la transition sur deux semaines
- Remplacer progressivement les tétées par d'autres aliments (bouillie légère, lait artificiel, etc.)

5. A la fin de la période de transition :

Aider la mère à bloquer sa montée laiteuse par :

- l'administration de bromocriptine : _ comprimé 4 fois par jour pendant 2 jours puis 1 comprimé 2 fois par jour pendant 13 jours
- l'administration d'aspirine, 3g/jour pendant 2 à 3 jours
- des bains froids fréquents

FICHE TECHNIQUE
EXPRESSION DU LAIT MATERNEL

1. Technique manuelle :

- Laver vos mains soigneusement ;
- Mettez le récipient sur la table ou tenez le dans la main pour y récolter votre lait ;
- Placez votre pouce sur l'aréole, au-dessus du mamelon et votre index sous l'aréole, au-dessous du mamelon ;
- Pressez avec le pouce et l'index vers l'extérieur, en vous dirigeant légèrement vers la cage thoracique ;
- A présent pressez l'aréole en arrière du mamelon, entre le pouce et l'index. La pression sur l'aréole doit se répercuter sur les sinus lactifères qui sont au-dessous de l'aréole ;
- Pressez puis lâchez, pressez à nouveau puis lâcher ;
- Tout d'abord, le lait ne vient pas puis, après que vous ayez pressé plusieurs fois le lait commence à sortir goutte à goutte. Il peut couler en jet si le réflexe d'éjection est très fort ;
- Pressez l'aréole de la même manière sur les côtés pour vous assurer que le lait a bien été extrait de tous les lobules de la glande mammaire ;
- Ne pressez pas le mamelon lui même. Ne changer pas vos doigts de place. Presser ou tirer le mamelon ne fait pas venir le lait ;
- Rappelez-vous le cas du bébé qui tête seulement le mamelon et qui n'arrive pas à prendre le lait.

N.B : Toutes les femmes devraient apprendre à exprimer leur sein pour en extraire le lait.

2. Technique du tire-lait :

Quand les seins sont engorgés et les mamelons douloureux, la mère devrait s'aider d'un tire-lait pour extraire le lait. Le tire lait est facile à manier quand les seins sont pleins, plus difficile quand les seins ne sont pas pleins.

Comment utiliser un tire lait ?

2.1. Le tire lait manuel est un tube de verre spécial, muni d'une poire en caoutchouc à une extrémité et l'autre extrémité évasée pour s'adapter au mamelon :

- presser la poire en caoutchouc pour faire sortir l'air contenu dans le tire lait ;
- placer l'extrémité du tube sur l'aréole ;
- assurez-vous que le verre adhère bien à la peau tout autour du mamelon de façon à ce qu'il soit parfaitement étanche à l'air ;
- lâchez la poire en caoutchouc. Le mamelon et l'aréole sont aspirés dans le tube ;
- pressez puis lâchez plusieurs fois la poire en caoutchouc ;
- nettoyez et stérilisez plusieurs fois la poire soigneusement chaque fois

que vous l'utilisez. Il est difficile de nettoyer correctement la poire en caoutchouc. Aussi vous ne devrez utiliser ce type d'appareil qu'au cas où les autres méthodes ne peuvent être employées.

2.2. Le tire-lait électrique est plus efficace et convient mieux à l'usage hospitalier. Il ne faut néanmoins pas oublier que le tire-lait est un moyen privilégié pour propager les infections particulièrement dans les cas ou plusieurs femmes utilisent le même tire-lait.

N.B : Stérilisez le tire-lait chaque fois que vous l'utilisez

3. Technique de la bouteille chaude :

C'est une méthode utile pour traiter un engorgement surtout quand le sein est mou et le mamelon tendu :

- prenez une grosse bouteille de 1 litre ou de 700 ml avec un goulot, si possible large ;
- demandez à quelqu'un de l'entourage familial de faire chauffer de l'eau et remplissez presque la bouteille avec cette eau chaude ;
- envelopper la bouteille avec un linge et videz l'eau chaude de la bouteille ;
- laissez refroidir le goulot de la bouteille et placez son orifice en regard du mamelon de façon à ce que les bords de l'orifice soient bien en contact avec la peau.

4. Technique de la seringue :

- Utilisez une seringue stérile à usage unique
- Coupez le bout de la seringue
- Enlever le piston pour l'adapter à la partie coupée de la seringue
- Placer la partie postérieure de la seringue sur le bout du mamelon
- Aspirer le lait en tirant le piston
- Verser le lait recueilli dans une tasse propre et bien fermée
- Administrer à la cuillère
- La seringue utilisée doit être jetée.

FICHE TECHNIQUE D'EVALUATION DE L'ALIMENTATION DU NOUVEAU-NE DE MERE SEROPOSITIVE

Quelle(s) a (ont) été la(es) source(s) d'alimentation lactée depuis la dernière visite ?

◯ Lait maternel Seul ◯ Lait artificiel ◯ Les deux

Si le lait maternel, a-t-il été arrêté définitivement ?

◯ OUI ◯ NON

Si lait artificiel en cours :
3.1. nom complet du lait utilisé :.....
3.2. source d'eau principale utilisée le jour précédant la visite pour la préparation du lait artificiel (une seule réponse)

◯ Eau minérale ◯ Eau du robinet ... ◯ Puits ◯ Autres.....

3.3. Si pas d'utilisation d'eau minérale, l'eau a-t-elle été :

3.3.1. Bouillie ? ◯ OUI ◯ NON

3.3.2. Stockée ? ◯ OUI ◯ NON

3.3.1. Si stockée, dans quel contenant ? ◯ Thermos ◯ Autres

si autre préciser : :.....

. Autres aliments que le lait

. La femme a-t-elle rencontré des difficultés dans les derniers mois ?

. Si oui, laquelle ou lesquelles ? (plusieurs réponses possibles).

6.1. Difficultés à préparer le lait ◯ OUI ◯ NON

6.2. Faible accès de l'eau potable ◯ OUI ◯ NON

6.3. Refus/pleurs de l'enfant ◯ OUI ◯ NON

6.4. Croissance insuffisante ◯ OUI ◯ NON

6.4. Remarques/reproches de l'entourage ◯ OUI ◯ NON

6.5. Incomplètement convaincue de son bienfait ◯ OUI ◯ NON

6.7. Contacts insuffisants avec l'enfant ◯ OUI ◯ NON

si, autre préciser : .....
.....

Volet 3

COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT EN MATIERE DE PTME/VIH

ans le cadre de la PTME, le counseling est un moyen pour amener la femme à cepter le test de dépistage volontaire.

. Counseling pré-dépistage :

1.1. Les conditions d'un bon counseling :

Pour réussir un counseling pré-dépistage certaines conditions sont nécessaires. Elles peuvent être regroupées en trois catégories à savoir :

- des conditions liées à la femme
- des conditions liées au prestataire
- des conditions liées au lieu du counseling

1.1.1. Conditions liées à la femme :

Chaque femme enceinte devra faire son test de dépistage au VIH en vue de :

- Prévenir son bébé des risques de transmission mère-enfant ;
- Profiter des opportunités de PEC du couple mère-enfant en cas de séropositivité.

Le test étant volontaire, il est nécessaire d'informer toute femme enceinte de : l'existence du VIH, des voies de contamination, des moyens de prévention et de traitements ; pour l'inciter à accepter le test.

1.1.2. Conditions liées au prestataire :

La sensibilisation des personnes à l'acceptation du test et des résultats obéit à des principes directeurs qui sont d'un côté le respect des règles éthiques et de l'autre côté le savoir-faire du conseiller et son art de communiquer. Tout agent de santé, de service social ou communautaire impliqué dans la PTME a la responsabilité de conduire une séance de counseling en matière de VIH-SIDA. Cet agent doit nécessairement avoir une formation dans le domaine.

Dans l'exercice de sa fonction de prestataire en counseling en matière de VIH/SIDA, l'agent doit faire preuve de certaines qualités dont :

- la confidentialité
- la disponibilité
- l'humilité
- la clarté, la précision, la rigueur et la cohérence
- la persévérance : afin d'obtenir le consentement éclairé
- le respect et l'acceptation de toute femme quel que soit son statut social
- l'empathie
- la capacité d'écoute.
-

1.1.3. Conditions liées au lieu

Tout counseling exige un lieu rassurant et tranquille. Un lieu ne peut être rassurant que s'il répond aux conditions suivantes :

- la confidentialité
- la tranquillité
- la propreté
- l'aération
- le confort
- les supports nécessaires à la compréhension de l'information
- etc.

1.2. Étapes du Counseling pré-dépistage :

Après l'accueil de la femme lors de la CPN, le pré-dépistage se fait au moment de l'interrogatoire/enregistrement. Les étapes sont :

- Évaluer les facteurs psychosociaux et des connaissances
- Évaluer le risque
- Explorer les convictions socioculturelles
- Prise de décision.

N.B : Pour les centres disposant de personnel suffisant, après l'animation de groupe, le counseling est fait par un personnel formé (PS ou SF) avant la CPN.

1.3. Déroulement d'une séance de conseil pré-test :

1.3.1. Évaluer les facteurs psychosociaux et connaissances de la femme sur le VIH/SIDA :

- Identifier les raisons qui ont amené la femme à demander le test ;
- Identifier les comportements à risque ;
- Identifier les symptômes qui laissent présumer une possible infection ;
- Discuter avec la femme des antécédents en matière des tests de VIH et des changements de comportements possibles en fonction des résultats ;
- Permettre à la femme d'exprimer ses réactions face à un résultat positif ou négatif ;
- Discuter avec la femme à propos de ses croyances vis à vis de l'infection à VIH/SIDA ;
- Discuter avec la femme à propos de ses connaissances concernant les modes de transmission du VIH/SIDA et de l'évolution de la maladie ;
- Rechercher avec la femme les personnes susceptibles de lui fournir un soutien sur le plan affectif et social ;

1.3.2. Évaluer les risques :

- Identifier les comportements qui exposent la femme aux risques de contracter le VIH/SIDA ;
- Rechercher l'exposition/comportement à risque le plus récent (quand ? avec qui ? dans quelle circonstance ?) ;
- Rechercher les comportements à risque du partenaire ;
- Explorer l'utilisation du préservatif ;
- Évaluer le niveau de communication avec le partenaire ;
- Faire un récapitulatif des antécédents de la femme et des questions relatives aux risques.

1.3.3. Évaluer les conditions socioculturelles :

- Identifier les différentes interprétations du SIDA et de la mort dans le milieu social de la femme ;
- Rechercher la signification du rapport sexuel hors mariage et dans les situations d'interdits ;
- Discuter des appréciations de la femme par rapport à l'utilisation du préservatif ;
- Discuter de la compréhension d'un comportement responsable (abstinence, fidélité, utilisation du préservatif, éviter d'être transfusé) ;

1.3.4. Aider la femme à prendre une décision :

- Expliquer à la femme les résultats possibles du test ;
- Discuter des avantages de savoir son statut sérologique ;
- Identifier les croyances, les comportements et sentiments mitigés en ce qui concerne le test et ses résultats ;
- Déterminer si la femme est résolue à faire le test.

1.4. Remplissage de la fiche de sérologie :

La fiche de sérologie est remplie sans le nom de la femme, mais à partir de son numéro d'enregistrement dans le registre CPN et remis à la femme pour le prélèvement au labo.

1.5. Rendez-vous :

Le rendez-vous est donné à la femme pour venir chercher le résultat au sein de l'unité où elle a reçu le counseling.

1.6. Quelques attitudes possibles de la femme pendant le counseling pré-dépistage :

◆ La femme anxieuse :

Comment la reconnaître ?

- Elle peut parler beaucoup ;
- Elle peut être silencieuse ;
- Elle peut avoir parfois des gestes incontrôlées ou être irritable.

Que faire ?

- L'encourager à bien communiquer lentement ;
- Revoir la femme assez souvent qu'elle le souhaite ;
- L'inciter à faire le dépistage.

◆ La femme ayant un faux espoir sur le test :

Comment la reconnaître ?

- Elle a une adhésion manifeste sur toute la ligne avec le prestataire ;
- Elle a tendance à refuser la notion de risque ;
- Elle attribue le risque à d'autres personnes.

Que faire ?

- Essayer de focaliser l'entretien sur la femme avec patience et fermeté ;
- Aider la femme à élaborer son plan de réduction de risque ;
- Exhorter la femme à respecter ce plan ;
- Inciter la femme à faire le test de dépistage.

◆ La femme peut être convaincue de sa séropositivité :

Comment la reconnaître ?

- Elle est souvent évasive ;
- Elle a tendance à se culpabiliser ;
- Elle appelle souvent au secours en utilisant les termes suivants (Que vais-je faire ? Que dois-je faire ? Docteur aidez-moi ?)

Que faire ?

- Aider la femme à élaborer son plan de risque ;
- Encourager la femme à mettre en œuvre son plan ;
- Inciter la femme à faire le test de dépistage ;
- Inciter la femme à venir vous voir assez souvent.

2. Counseling post-dépistage

2.1. Introduction :

Le conseil après le test, porte sur le résultat du test puis sur le soutien permettant à une femme de :

- clarifier les informations
- comprendre les résultats du test
- exprimer ses sentiments et ses réactions
- contribuer au développement des stratégies pouvant lui permettre avec succès de faire face à sa nouvelle situation
- changer le comportement qui peut le mettre ou mettre les autres en danger.

Il permet également à la femme de voir qu'elle n'est pas isolée une fois que le diagnostic de séropositivité au VIH est connu.

2.2. Conditions de l'annonce :

En général le counseling post-dépistage est facile, si le counseling pré-dépistage a été bien mené. Dans le cas où la femme est séropositive ; les cartes changent et il faut vraiment se préparer. Mais ces précautions ne doivent pas vous amener à oublier les règles suivantes de l'annonce :

- Il se fait dans un bref délai et dans un endroit confidentiel
- Il faut s'attendre à un choc et reconnaître sa réalité
- Il faut proposer et apporter un soutien psychosocial
- Il faut préconiser le traitement si les ressources sont disponibles

2.3. Déroulement d'une séance de post-dépistage :

La démarche générale pour annoncer le résultat du test est la suivante :

- Mettre le dossier de la femme sur la table
- Accueillir et mettre en confiance la femme
- Revoir ce que la femme a retenu du counseling pré-dépistage en insistant sur les résultats possibles du test
- Annoncer tout de suite le résultat
- Faire silence et laisser la personne réagir
- Observer bien la femme pour évaluer ses réactions, ses sentiments et préparer le type de soutien nécessaire et la manière par laquelle il faut continuer l'entretien
- Interpréter et expliquer le résultat

2.4. Annonce des résultats

2.4.1. Démarche de l'annonce des résultats :

2.4.1.1. Mettre le dossier de la femme sur la table ;

2.4.1.2. Mettre la femme en confiance ;

2.4.1.3. Évaluer ce que la femme a retenu du counseling pré-dépistage en insistant sur les résultats possibles du test ;
2.4.1.4. Annoncer tout de suite le résultat ;
2.4.1.5. Garder le silence pour permettre à la femme de réagir ;
2.4.1.6. Observer la femme pour évaluer ses réactions ;
2.4.1.7. Préparer le type de soutien par rapport à ses préoccupations (morale, sociale, spirituelle et conjugale) et la manière par laquelle, il faut continuer l'entretien ;
2.4.1.8. Expliquer le résultat.

2.4.2. Annoncer un résultat négatif :
Il signifie que les anticorps produits par l'organisme contre le virus n'ont pas été détectés. Cela ne prouve pas que l'individu n'est pas infecté ou contaminé. Le virus peut être présent mais se cacher encore si le test a été effectué pendant la période muette de séroconversion.
Pour annoncer un résultat négatif, il faut tenir compte des points suivants :

- Le test VIH :
  - Expliquer à la femme que le test VIH n'est pas une vaccination, s'il s'expose au risque il peut devenir séropositif.
- La séroconversion :
  - Faire comprendre à la femme que si la durée d'exposition aux risques est inférieure à 3 – 6 mois la nécessité de faire un autre test pour confirmer le premier résultat est nécessaire.
- Demander à la femme si elle est prête à informer son partenaire et de l'amener éventuellement à faire le test.
- Le devoir de rester négatif :
  - Responsabiliser la femme par rapport au VIH, à comprendre et informer les autres que le dépistage est l'un des moyens de prévention du VIH.

2.4.3. Annoncer un résultat positif :
Un résultat positif prouve que l'infection par le virus s'est produite. La personne est contaminante. Le test n'indique pas si un sujet infecté développera ou non le SIDA ni à quel type.

L'annonce du résultat positif respecte les étapes suivantes : (après les salutations d'usage) :

- Rappeler l'entretien pré test, ensuite rassurez-vous que la femme est prête à recevoir son résultat : le dossier de la femme doit être tout prêt sur votre bureau ;
- Faire l'annonce simplement : " les résultats du test sont revenus, le test est positif " ;
- Faire l'entretien face à face dans un cadre garantissant son caractère confidentiel et de façon à laisser à l'intéressé le temps d'absorber le choc ;
- Matérialiser le résultat par le bulletin (montrer le bulletin) ;
- Garder le silence et laisser la femme réagir ;
- Observer bien la femme pour évaluer ses réactions, ses sentiments ;
- Préparer le type de soutien et la manière dont vous continuerez l'entretien ;
- Occupez-vous en premier lieu des réactions immédiates du patient qui doit retrouver le contrôle de soi (réactions de type choc, incapacité de parler, colère, tristesse, peur, découragement (culpabilité, hystérie, deni, etc.) ;

- Montrez que vous comprenez et acceptez cette réaction et que vous soutenez la femme. Encouragez le à exprimer ses sentiments : " que ressentez-vous ? " et " vos sentiments sont tout à fait naturels, la plupart des personnes ressentent cela au début ". Ce sont des phrases clés ;
- Tentez de résoudre avec la femme les problèmes suscités ;
- Commencer le suivi médical en faisant une consultation en vue de constituer un dossier médical ;
- Informer la femme des lieux d'offre de services, de l'existence d'association de personnes vivants avec le VIH et d'autres formes d'auto supports.
- Donner rendez-vous dans les 72 heures pour :
    - évaluer l'état psychologique de la femme ;
    - discuter de l'alimentation de son enfant ;
    - discuter de l'administration de l'ARV ;
    - discuter de l'environnement social (partenaire, famille, communauté) ;
    - discuter de ses possibilités économiques.

GUIDE DE SUPERVISION COUNSELING EN PTME

1. Counseling pré-dépistage :

1.1. Conditions liées au lieu :

Le superviseur devra apprécier les conditions suivantes :

- confidentialité ;
- tranquillité ;
- propreté ;
- aération ;
- confort ;
- existence de supports nécessaires à la compréhension de l'information.

1.2. Observation du déroulement d'une séance de counseling pré-dépistage :

• Souhaite la bienvenue ;				
• Accueille la femme :				
- salue la femme,				
- fait les présentations,				
- met la femme à l'aise ;				
• Assure la confidentialité.				
• Montre sa disponibilité pour une écoute active ;				
• Recueille les informations sur l'évolution de la grossesse (si counseling effectué lors de la CPN) ;				
• Évalue les connaissances de la femme sur le SIDA (le prestataire a-t-il posé des questions du genre : " Avez-vous entendu parler du SIDA ? Que connaissez-vous sur le SIDA ? " ;				
• Complète les informations de la femme (évolution de la maladie, la séroconversion, la séropositivité, la phase maladie et symptôme, les voies de transmission et prévention du VIH) ;				
• Évalue les risques de la femme :				
- explique le but de l'évaluation du risque d'infection par le VIH ;				
- demande la femme d'identifier tous les comportements à risque (anciens ou nouveaux) ;				
- demande la femme d'estimer son niveau de risque d'infection du VIH ;				
- discute de toutes les préoccupations de la femme avec des informations claires ;				
- résume la discussion en insistant sur le niveau de risque ;				
- introduit la notion de réduction de risque.				
• Élabore le plan de réduction du risque :				
- Explique le but du counseling pour réduire le risque d'infection par le VIH				
- Demande la femme d'estimer son niveau de risque				

- Demande la femme d'expliquer ce qu'il entend par réduction du risque					
- Demande la femme d'identifier un comportement capable de réduire le risque					
- Discute du plan d'adoption du nouveau comportement (obstacles possibles, stratégies, étape du changement de comportement)					
- Finalise le plan de changement de comportement					
- Résume le plan de réduction du risque d'infection par le VIH de la femme.					
Réalise le test					
* Explique à la femme l'importance de participer à la PTME pour réduire le risque de transmission du VIH à l'enfant ;					
* Informe la femme de l'importance du test pour : elle, son enfant et son partenaire ;					
* Explique que les résultats de ce test lui appartiennent et sont confidentiels ;					
* Demande son consentement pour faire le test ;					
* Explique les procédures mises en place pour le prélèvement ;					
* Explique les options possibles pour avoir les résultats de son test (l'avoir tout de suite, dans l'après-midi de la même journée, un autre jour sur rendez-vous) ;					
* Prépare la femme à accepter les résultats qui peuvent être : positifs, négatifs ou douteux ;					
* Explique les mesures d'accompagnement médicales et psychosociales pour la prise en charge des femmes séropositives dépistées au cours de la CPN dans le programme ;					
* Demande à la femme de reformuler toutes les informations reçues dans ses propres mots.					
Choix prise en charge					
* Le prestataire récapitule l'ensemble des informations données ;					
* Apprécie l'attitude de la femme (anxiété, faux espoir, sentiment d'être infectée) ;					
* Demande si la femme est prête à faire le test de dépistage.					
Explication					
* Encourage la femme à poser des questions ;					
* Félicite la femme pour les informations recueillies ;					
* Répète les informations omises ou mal comprises ;					
* Encourage la femme à partager l'information avec son partenaire ;					
* Répète les procédures mises en place pour le prélèvement.					
Référence					
* Réfère la femme pour le test ;					
* Remercie la femme.					

Counseling post-dépistage :

2.1. Conditions liées au lieu :

En général le counseling post-dépistage est facile, si le counseling pré-dépistage a été bien mené. Dans le cas où la femme est séropositive ; les cartes changent et il faut vraiment se préparer. Mais ces précautions ne doivent pas vous amener à oublier les règles suivantes de l'annonce :

- Il se fait dans un bref délai et dans un endroit confidentiel
- Il faut s'attendre à un choc et reconnaitre sa réalité
- Il faut proposer et apporter un soutien psychosocial
- Il faut préconiser le traitement si les ressources sont disponibles

2.2. Observation du déroulement d'une séance de counseling post-dépistage :

Met le dossier de la femme sur la table ;				
Souhaite la bienvenue ;				
Accueille la femme :				
- salue la femme,				
- met la femme à l'aise ;				
- fait les présentations,				
Assure la confidentialité.				
Revoir ce que la femme a retenu du counseling pré-dépistage en insistant sur les résultats possibles du test				
Annoncer tout de suite le résultat				
Faire silence et laisser la personne réagir				
Observer bien la femme pour évaluer ses réactions, ses sentiments et préparer le type de soutien nécessaire et la manière par laquelle il faut continuer l'entretien.				
Explique à la femme que le test n'est pas une vaccination ;				
Informe la femme qu'il existe une période sérologique muette (séroconversion) ;				
Complète les informations de la femme ;				
Inviter le partenaire de se faire dépister afin qu'il soit au même niveau d'information et amoindrir les risques ;				
Informe la femme sur les comportements à risque ;				
Évalue le comportement passé ou actuel et les facteurs de risque ;				
Aide la femme à faire son plan de réduction de risque (le devoir de rester négatif) ;				
Donne le rendez-vous dans 3 mois pour un autre test.				

• Rappelle l'entretien pré test (consentement, possibilité de résultat, etc.) ensuite se rassurer que la femme est prête à recevoir son résultat : le dossier de la femme doit être toujours prêt sur le bureau ;					
• Fait l'annonce simplement : " les résultats du test sont revenus, le test est positif " ;					
• Matérialise le résultat par le bulletin (montre le bulletin) ;					
• Garde le silence et laisse la femme absorber le choc et réagir ;					
• S'occupe en premier lieu des réactions immédiates de la femme qui doit retrouver le contrôle de soi (le choc, incapacité de parler, colère, tristesse, peur, découragement, culpabilité, hystérie, déni, etc.) ;					
• Montre qu'il comprend la femme et accepte sa réaction et qu'il la soutient, l'encourage à exprimer ses sentiments ;					
• Tente de résoudre avec elle les problèmes suscités ;					
• Rappelle l'importance de participer au programme PTME pour réduire le risque de contamination de l'enfant ;					
• Parle de l'intérêt des suivis ultérieurs (parler de l'implication d'un soutien) ;					
• Informe la femme des lieux d'offres de services, de l'existence d'associations de personnes vivants avec le VIH et d'autres formes d'auto supports ;					
• Donne le rendez-vous dans les 72 heures pour :					
- évaluer l'état psychologique de la femme ;					
- apporter un soutien psychologique ;					
- discuter du mode d'alimentation de l'enfant ;					
- discuter du traitement préventif à l'ARV ;					
- discuter de l'environnement social (partenaire, famille, communauté) ;					
- discuter de ses possibilités économiques ;					
- discuter des possibilités de prise en charge médicale de la mère et de l'enfant.					

LES CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DU GUIDE DE SUPERVISION COUNSELING

- Demander à la femme pour faire assister une tierce personne à la séance de counseling ;
- Le superviseur ne doit pas intervenir dans la séance de counseling (jusqu'à la fin du counseling) ;
- Le supervisé doit donner la parole au superviseur pour lui compléter au besoin à la fin de la séance ;
- Les superviseurs doivent être formés dans le cadre de la PTME en supervision formation et leadership ;
- La supervision doit se faire régulièrement de façon mensuelle pendant les 6 premiers mois puis le rythme doit être trimestriel ;
- Les points focaux des TME des cercles doivent s'impliquer au mieux pour une supervision interne du personnel des unités.

1. Contenu de la prévention primaire en TME :

1.1. Les Cibles :

- Adolescentes et adolescents
- Les FAP
- Hommes

1.2. Le Lieu :

- Secteur formel : structures de santé, milieux scolaires, écoles, lieux de travail.
- Secteur informel : dans la communauté.

1.3. Les Acteurs :

- Agents des services techniques opérationnels dans la communauté (santé, éducation, autres secteurs).
- Les médias.

1.4. Le Contenu :

- La PTME
- Le dépistage
- Les moyens de prévention de la TME
- L'alimentation de l'enfant né de mère séropositive
- Le partage avec le partenaire du résultat du test.

1.5. Les Méthodes :

- Mobilisation
- Plaidoyer (guide, logiciel)

- Communication de proximité : animation de groupe
- Communication par les masses médias
- Campagne
- Production des supports éducatifs
- Etc.

2. Prévention secondaire en PTME :

2.1. Les Cibles :

- Adolescentes avec grossesse non désirée
- Les FAP avec grossesse non désirée
- Adolescents
- Hommes

2.2. Le Lieu :

- Formel : centre de santé, lieux de travail, école.
- Informel : communautaire

2.3. Les Acteurs :

- Agents des services techniques
- ONG
- Masses médias.

2.4. Le Contenu :

- TME
- Dépistage
- Moyens de prévention
- L'alimentation
- Le suivi
- Le partage de l'information avec le partenaire.

2.5. Les Méthodes :

- Mobilisation
- Plaidoyer (guide, logiciel)
- Communication de proximité : animation de groupe
- Communication par les masses médias
- Campagne
- Production des supports éducatifs
- Etc.

N.B : L'élaboration, la MEO, et le suivi d'un plan de communication pour la PTME prendront en compte la prévention primaire et secondaire dans le cadre de la TME.

CONTENU DE L'APPUI DES FAMILLES POUR LE COUPLE MERE-ENFANT :

Les membres de la famille sont :

La femme, le mari, les beaux parents, les parents de la femme.

◆ **Rôle de la femme :**

- Information du partenaire de son statut
- Adhésion au programme
  - Accepter l'ARV et l'observation du traitement
  - Continuer les autres visites CPN
  - Accepter de venir accoucher au centre où elle a été dépistée
  - Accepter de faire le suivi pour son enfant et pour elle-même
- Acceptation d'adhérer aux associations des PVVIH
- Utilisation du préservatif lors des rapports sexuels

◆ **Rôle du mari :**

- Adhésion au statut de sa femme
- Acceptation du dépistage
- Soutien moral/psychologique de sa femme
- Soutien financier
- Protection de sa femme
- Suivi du traitement médical de sa femme et de son enfant
- Utilisation du préservatif lors des rapports sexuels

◆ **Rôle des beaux parents :**

- Adhésion de la femme
- Soutien moral/psychologique
- Soutien financier
- Protection de la femme

◆ **Rôle des parents de la femme :**

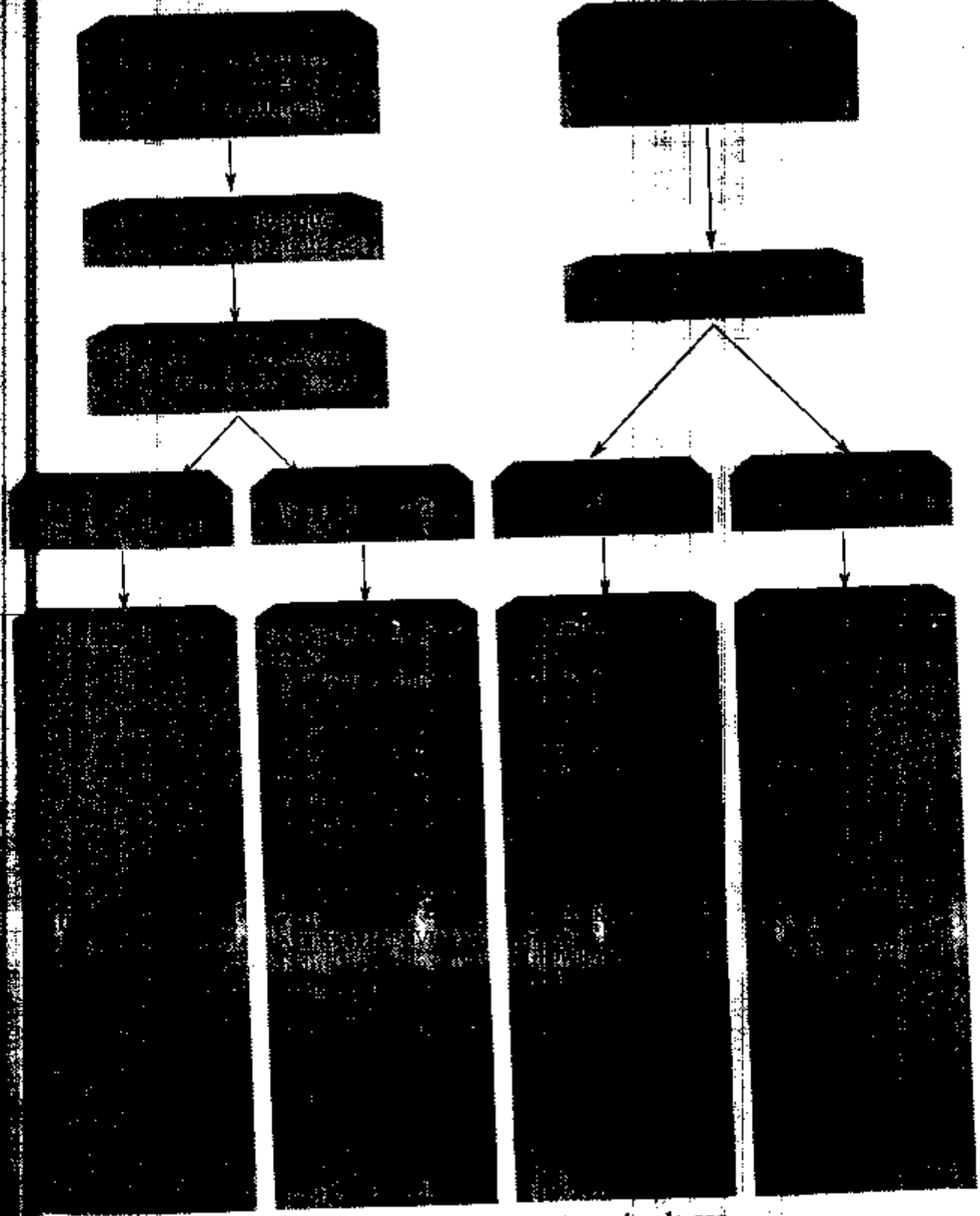
- Adhésion de la femme
- Soutien moral/psychologique
- Soutien financier
- Protection de la femme

Volet 4

PRISE EN CHARGE MEDICALE DES FEMMES ENCEINTES ET DES ENFANTS INFECTES PAR LE VIH

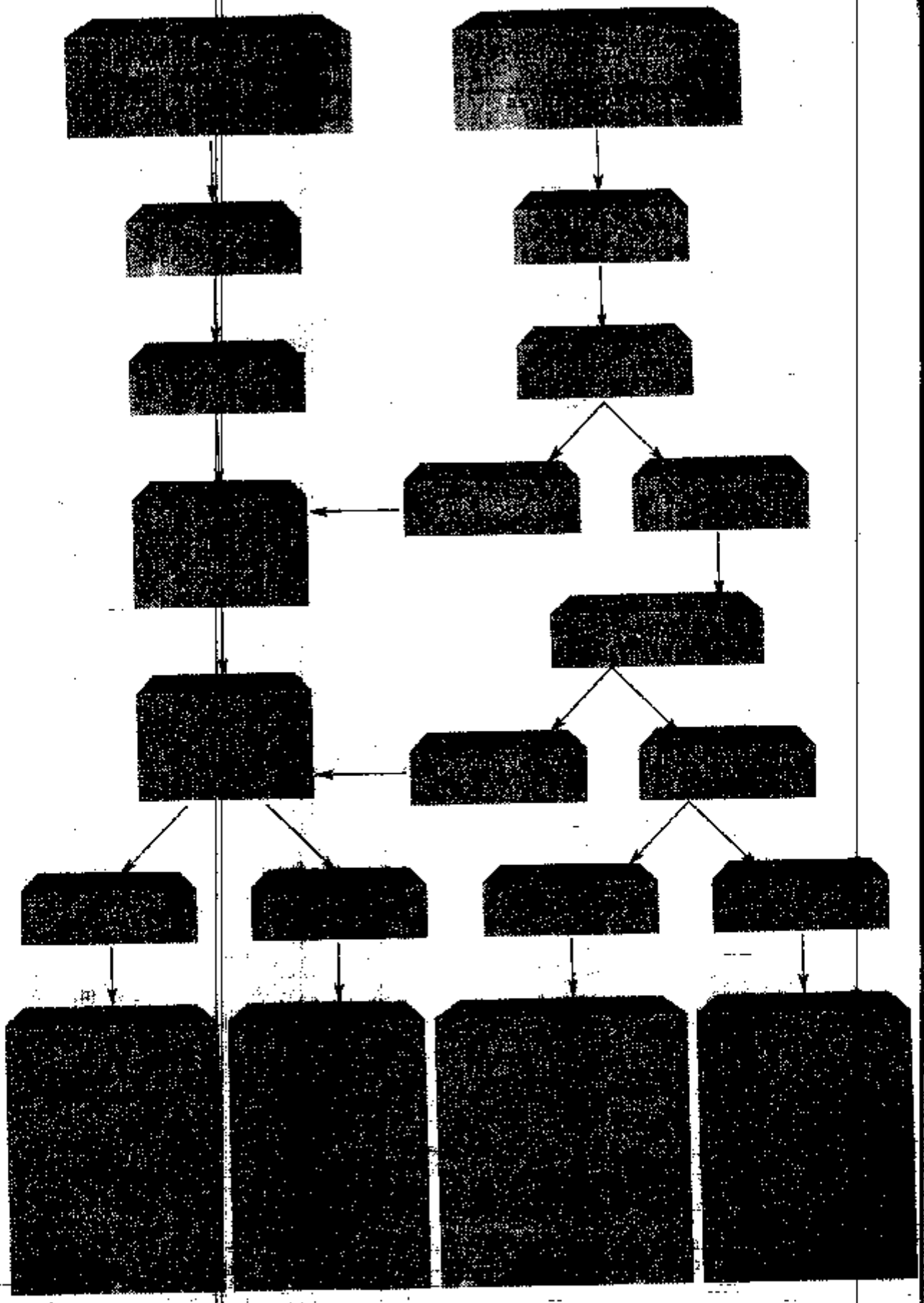
La femme enceinte

1. Niveau CSRéf./CSCOM :



NB : • Prise en charge des maladies opportunistes selon le cas.
• Faire une NFS : si le taux de Hb < 7g, ne pas utiliser l'AZT.

1.2. Niveau hôpitaux nationaux/régionaux :



Enfant né de mère VIH+ :

1. Suivi de l'enfant né de mère VIH+ pendant les 18 premiers mois au niveau CSCOM/CSRéf.

Naissance : Pour tous = Névirapine :2 mg/kg/avant les 72 heures
BT AZT : 2mg/kg x 4 fois/jour pendant 6 semaines.
Évaluation clinique + Polio 0 + BCG + counseling pour l'alimentation.

↓

Jour 7 : Évaluation clinique + counseling pour l'alimentation.

↓

Jour 45 : Évaluation clinique + vaccin DTCP 1 + Hépatite 1 + counseling sur l'alimentation

↓

M2 et 1/2 : Évaluation clinique + DTCP2 + Hépatite 2 + counseling sur l'alimentation

↓

M3 et 1/2 : Évaluation clinique + DTCP3 + Hépatite 3 + counseling sur l'alimentation

M6 : Évaluation clinique + counseling sur l'alimentation

M9 : Évaluation clinique + vaccin Rouvax + sérologie VIH + fièvre jaune

Sérologie VIH au M9 = 2 possibilités

Positif

Positif + Symptômes =>
↓
Bilan clinique et classification selon les critères de Bangui
↓
Référer au Médecin pour prise en charge selon l'IMAARV.

Positif sans symptômes
↓
M12 : Évaluation clinique + counseling sur l'alimentation
↓
M15 : Évaluation clinique + counseling sur l'alimentation
↓
M18 : Évaluation clinique + counseling sur l'alimentation + sérologie VIH
↓
Positif avec ou sans symptômes => Référer pour prise en charge.
Négatif => Rassurer les patients

Négatif
↓
M12 : Évaluation clinique + counseling sur l'alimentation
↓
M15 : Évaluation clinique+ counseling sur l'alimentation
↓
M18 : Évaluation clinique et sérologie de confirmation
↓
Négatif => Rassurer les patients

N.B : Critères de Bangui en annexe.
A partir de 45 jours, mettre l'enfant sous Cotrimoxazole.

2.2. Suivi de l'enfant né de mère VIH+ pendant les 18 premiers mois au niveau hôpital régional

Naissance : Pour tous = Névirapine :2 mg/kg/avant les 72 heures
ou AZT : 2mg/kg x 4 fois/jour pendant 6 semaines.
Évaluation + Polio 0 + BCG + counseling pour l'alimentation.

↓

Jour 7 : Évaluation clinique + counseling pour l'alimentation.

↓

Jour 45 : Évaluation clinique + vaccin DTCP 1 + Hépatite 1+ counseling sur l'alimentation

↓

M2 et 1/2 : Évaluation clinique + DTCP2 + Hépatite 2 + counseling sur l'alimentation

↓

M3 et 1/2 : Évaluation clinique + DTCP3 + Hépatite 3 + counseling sur l'alimentation

↓

M6 : Évaluation clinique + counseling sur l'alimentation

↓

M9 : Évaluation clinique + vaccin Rouvax + sérologie VIH + fièvre jaune.

Sérologie VIH au M9 = 2 possibilités

Positif

Positif + Symptômes => Bilan clinique et immunologique classification (CD4) CDC.

- Enfant symptomatique B ou C quel que soit le taux de CD4 fi Prise en charge thérapeutique par les ARV.
- Enfant symptomatique N ou A avec un taux de CD4 < 25% fi Prise en charge thérapeutique par les ARV.

Enfant symptomatique N ou A avec un taux de CD4 > 25% => M12 : Évaluation clinique + counseling sur l'alimentation
↓
M15 : Évaluation clinique+ counseling sur l'alimentation
↓
M18 : Évaluation clinique et sérologie

Positif avec ou sans symptômes => Référer pour prise en charge.

Négatif => Rassurer les parents

Positif sans symptômes
↓
M12 : Évaluation clinique + counseling sur l'alimentation
↓
M15 : Évaluation clinique + counseling sur l'alimentation
↓
M18 : Évaluation clinique + counseling sur l'alimentation + sérologie VIH
↓

Positif avec ou sans symptômes => Référer pour prise en charge.

Négatif => Rassurer les parents

Négatif

M12 : Évaluation clinique + counseling sur l'alimentation
↓
M15 : Évaluation clinique+ counseling sur l'alimentation
↓
M18 : Évaluation clinique et sérologie
↓
Négatif fi Rassurer les patients

- **Classification CDC en annexe.**
- **Mettre l'enfant sous Cotrimoxazole à partir de 45 jours.**

2.3. Suivi de l'Enfant né de mère VIH + pendant les 18 premiers mois au niveau hôpital national

Naissance : Pour tous : Nevirapine 2mg/kg avant H72 ou AZT 2mg/kg 3 fois/jour pendant 6 semaines

J 2 : Évaluation clinique

↓

J7 : Évaluation clinique + counseling pour alimentation

↓

M 1 : Évaluation clinique
virologique : PCR 1
biologie : NFS

↓

M 2 : Évaluation clinique

↓

M 3 : Évaluation clinique
virologique : PCR 2
NFS +TGO+TGP+CREAT+CD4

ENFANT NON-INFECTE

↓

Allaitement artificiel

↓

Suivi clinique tous les 3 mois
CD4

↓

Sérologie à 18 mois
ARV

Positive : Prise en Charge

Négative : Rassurer les parents

ENFANT NON-INFECTE

↓

Allaitement maternel
Prouve ou suspecte

↓

Suivi clinique tous les 3 mois

↓

PCR à 6 mois
PCR à 2 mois après arrêt de l'allaitement

↓

Sérologie à 18 mois

Positive : Prise en charge

Négative : Rassurer les parents

ENFANT INFECTE

↓

Suivi mensuel clinique
Bilan biologique/allaitement

↓

Dès le diagnostic charge virale (CV), TGO, TGP.

↓

Mise sous traitement

N.B : Calendrier vaccinal normal sauf si les CD4 sont < 15%.

ABLEAU : CLASSIFICATION PEDIATRIQUE DU CDC 1994

Asymptomatique
Symptômes mineurs : lymphadénopathie, hépatosplénomégalie, dermatose, parotidite, infections ORL ou bronchiques récidivantes
Symptômes modérés : infections bactériennes, pneumopathies lymphoïdes, thrombopénies, anémies, neutropénie, zona, candidose ou herpès buccal récidivant, néphropathie, cardiopathie, léiomyosarcome.
Symptômes sévères : infections opportunistes, infections bactériennes sévères et répétées, encéphalopathie, lymphome ou cancer, cachexie.

a classification clinique (N, A, B, C) est croisée avec une classification biologique (I, , III) ci-dessous.

	< 12 mois		1-5 ans		6-12 ans	
	NA*	%	NA	%	NA	%
	≥ 1 500	≥ 25%	≥ 1 000	≥ 25%	≥ 500	≥ 25%
modéré	750 à 1 499	15 à 24%	500 à 999	15 à 24%	200 à 499	15 à 24%
Déficit sévère	< 750	< 15%	< 500	< 15 %	< 200	< 15%

NA = Nombre Absolu.

Volet 5

ACCOMPAGNEMENT PSYCHOSOCIAL PTME/VIH

ALGORITHMES POUR LA PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE EN MATIERE DE VIH/SIDA

1. Niveau Service Socio-Sanitaire :

La personne qui fait l'annonce du résultat positif à la femme doit faire un soutien psychologique immédiat.

1.1. Gestion des réactions psychologiques

L'annonce de la séropositivité entraîne des réactions psychologiques et émotionnelles que le conseiller doit pouvoir gérer. Ces réactions sont :

PEUR : Toute évocation de l'infection à VIH provoque une émotion car tout le monde pense à la mort ; surtout la mort dans la solitude ou dans la souffrance.

PERTE : Les clients estiment avoir tout perdu dans la vie. Ils considèrent qu'ils sont inutiles et qu'ils auraient vécu inutilement. Ils considèrent avoir perdu principalement les ambitions, le statut social, le statut financier, etc.

DOULEUR : Certains clients ressentent la douleur qui est liée soit aux pertes subies ou à subir, au contrecoup de la douleur des proches.

CULPABILITE : Le sujet se culpabilise soit s'imagine avoir infecté d'autres ; soit pour avoir causé du chagrin à ceux qu'on aime.

DEPRESSION : Certains clients sont déprimés à cause du caractère incurable de la maladie. Souvent certains sont déprimés à cause de la perte de contrôle que provoquera la maladie ou parce qu'ils ont une connaissance qui en est morte déjà.

DENI (refus/rejet de son statut) : Le déni est le plus fréquent des problèmes psychosociaux et la plupart des clients passent par ce stade. Souvent il est bon signe car il permet d'amortir le choc de la nouvelle, mais sa durée est un refus d'assumer sa responsabilité.

ANXIETE : L'anxiété est liée au pronostic et le client reste pendant longtemps anxieux pour diverses raisons dont : l'infection d'autres personnes, l'abandon, ou encore l'isolement, etc.

COLERE : Pour certains, la colère est liée au fait qu'ils en estiment avoir de la malchance ou que le test a été mal traité, etc.

ACTIVITES ET HUMEUR SUICIDAIRES : Très fréquents dans nos milieux, les clients estiment que c'est la seule voie pour se soustraire de l'inconfort, de la souffrance et de la honte d'avoir causé du chagrin à ceux qu'on aime.

RESPECT DE SOI-MEME : Le respect de soi du client s'étiole souvent très vite pour cause de rejet des collègues ou amis. Notre soutien peut permettre de le conserver.

HYPOCHONDRIE ET ÉTAT OBSESSIONNELS : Les clients signalent des douleurs ou des troubles au niveau des hypochondres. Ces affections sont psychosomatiques et liées au souci de leur santé si bien que des sensations physiques aussi faibles peuvent déboucher sur ces affections.

PREOCCUPATIONS SPIRITUELLES : Compte tenu de l'incurabilité de l'affection, certains clients se confient à Dieu soit la peur d'une mort prochaine, soit en espérant une aide divine. En Afrique les clients penchent beaucoup plus sur le traitement traditionnel.

DOULEURS MORALES : suite au rejet de la société.

DETERIORATION DES RELATIONS AVEC LES AUTRES : stigmatisation.

Face à ces réactions suscitées, le conseiller doit :

- S'occuper en premier lieu des réactions immédiates en l'aidant à retrouver le contrôle de soi.
- Se méfier d'une apparente indifférence, d'un silence total : ceci peut traduire un profond abattement pouvant s'accompagner d'une pulsion suicidaire.
- Montrer qu'il comprend et accepte cette réaction et qu'il soutient le client.
- Encourager le client à s'exprimer.
- Encourager le client à poursuivre l'entretien.
- Négocier un nouveau rendez-vous très proche si le client insiste à partir.
- Vérifier par des questions ouvertes que le client comprend bien la signification du résultat.

Tout ceci concoure à la mise en confiance et au réconfort de la personne vivant avec le VIH. En plus, le conseiller doit inciter la femme à participer à un groupe de soutien psychologique (thérapie de groupe) et également lui proposer l'éventualité d'une visite à domicile (VAD).

1.2. Thérapie de groupe

1.2.1. Définition

La thérapie de groupe ou groupe de paroles ou groupe de soutien est une rencontre entre des personnes ayant les mêmes problèmes pour en discuter et trouver des solutions appropriées sous l'égide d'un animateur. Le nombre de participants varie entre 6 à 12 personnes. Ce nombre est l'idéal et permet à chacun d'entrer en relation sans intermédiaire, donc favorise une interaction plus facile.

1.2.2. Objectifs

Les principaux objectifs de la thérapie de groupe sont :

- Soutenir les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) face au stress d'une part, et aux perturbations psychosociales d'autre part par rapport à l'entourage du séropositif et du malade.
- Inviter les PVVIH à un changement de comportement pour les aider à prévenir, et à contrôler l'évolution de l'infection.
- Établir une relation d'aide entre l'environnement et les PVVIH
- Avoir une vue d'ensemble des problèmes des PVVIH
- Renforcer la solidarité du groupe.

1.2.3. Fonctionnement du groupe

Pour qu'une thérapie de groupe soit efficace, il faut que :

- Le conseiller :
  - Fasse partie intégrante du groupe
  - Soit un modérateur
  - Ait des compétences dans la prise en charge psychosociale des PVVIH et une bonne attitude.
  - Puisse provoquer la discussion et fournir des explications.
  - Essaye dans la mesure du possible de laisser les participants diriger le débat.
  - N'intervienne que pour recentrer la discussion et faire la synthèse.
  - Puisse lire des observations anonymes de certains patients pour provoquer la discussion.
  - Encourage les participants
  - Remercie les participants
  - Fixe la date du rendez-vous
  - Informe les participants de la date et du lieu de la prochaine thérapie du groupe avec les participants.
- Les membres du groupe:
  - Aient la liberté de s'exprimer,
  - Puissent partager la confidentialité ;
  - Soient sincères
- Le groupe soit homogène (âge et sexe) et ait les mêmes objectifs.
- Les participants se réunissent à une heure précise qui convient à tout le monde.
- La séance commence par un bref exposé de l'animateur qui peut être un médecin, un psychologue, un sociologue ou un technicien du développement communautaire (l'expérience montre que les échanges sont plus faciles et plus naturels quand le groupe est constitué de personnes de même sexe).
- Une personne vivant avec le VIH puisse exposer son cas et inviter le groupe à l'aider à résoudre ses difficultés.

N.B : Il est clair qu'il s'agit bien d'entretiens, de discussions et non d'un cours.

2. Niveau de la Famille :

- La visite à domicile (VAD) est proposée à la PVVIH :
  - en la rassurant de la confidentialité,
  - sur son consentement,
  - et sur rendez-vous.

La VAD est une activité qui consiste à se rendre au domicile d'une personne pour l'aider à identifier ses problèmes et aider dans leurs résolutions.

Le technicien doit lors de la VAD :

- Procéder aux salutations d'usage ;
- Se présenter si nécessaire ;
- Échanger des propos sur un sujet autre que celui qui motive la visite à domicile pour mettre l'interlocuteur en confiance ;
- Introduire le sujet de la visite à domicile.

- Si la personne est un porteur sain :
  - Évaluer les besoins psycho affectifs de la personne ;
  - Évaluer les conséquences de l'annonce sur la femme ;
  - Continuer de parler de l'intérêt de la PTME ;
  - Encourager la femme de partager son statut avec son conjoint ou avec le reste de la famille ;
  - Proposer à la femme une séance d'information et de sensibilisation des membres de la famille sur les aspects suivants :
    - les voies de transmission de la maladie ;
    - les voies de non transmission de la maladie ;
    - l'évolution de l'infection à VIH ;
    - les traitements possibles pour la mère et l'enfant ;
    - le rôle de la famille en terme d'acceptation du statut de la femme, d'accompagnement psychosocial, matériel, et financier, et la protection de la femme.

- Si la personne est en phase maladie :
  - Encourager la femme à partager son statut avec son confident ;
  - Demander quelle est la personne qui s'occupe d'elle ?
  - Donner des informations et sensibiliser les membres de la famille sur les aspects suivants :
    - des voies de transmission de la maladie ;
    - des voies de non transmission de la maladie ;
    - de la phase d'évolution du VIH ;
    - des conseils nutritionnels et diététiques ;
    - du respect des prises de médicaments et des ARV ;
    - du respect des mesures d'hygiène : alimentaire, vestimentaire, corporelle et du milieu.
  - Donner l'exemple de bonnes relations avec une PVVIH (par exemple : en balayant sa chambre, en mangeant avec la PVVIH).
  - Si le conseiller est une PVVIH faire un témoignage pour convaincre la femme et sa famille.
  - Donner les informations suscitées au reste de toute la famille de la PVVIH.

N.B : au cours de la visite à domicile, utiliser les aide-visuelles si nécessaire, mais ne jamais prendre de note au cours de la visite.

3. Niveau de la Communauté :

Les agents socio-sanitaires doivent mener certaines ou l'ensemble des activités suivantes pour susciter la participation de la communauté au programme PTME :

- Organiser une campagne d'information de la communauté sur le programme PTME à travers les radio de proximité, les causeries-débats dans les quartiers sur :
  - L'intérêt de la PTME,
  - Le rôle de la femme,
  - Le rôle de l'homme,
  - La promotion du dépistage en couple.

- Organiser une journée de lancement du programme PTME au niveau des sites ;
- Organiser une journée nationale sur la PTME sous le signe " Sauvons le couple mère-enfant du VIH/SIDA " ;
- Faire le plaidoyer sur la PTME auprès des collectivités décentralisées, des élus du peuple et des bailleurs de fonds, les leaders religieux et communautaires ;
- Mettre en œuvre le plan de communication intégré en matière de PTME.

ROLES DE LA FAMILLE ET DE LA COMMUNAUTE DANS LA PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE

1. Niveau de la famille :

◆ **Rôle de la femme :**

- Information du partenaire de son statut.
- Adhésion au programme :
  - Accepter l'ARV et l'observation du traitement.
  - Continuer les autres visites CPN.
  - Accepter de venir accoucher au centre où elle a été dépistée.
  - Accepter de faire le suivi pour son enfant et pour elle-même.
- Choix d'adhérer aux associations des PVVIH.
- Utilisation du préservatif féminin lors des rapports sexuels.
- Acceptation du préservatif masculin lors des rapports sexuels.

◆ **Rôle du mari :**

- Acceptation du statut de sa femme.
- Acceptation du dépistage.
- Soutien moral/psychologique de sa femme.
- Soutien financier.
- Protection de sa femme.
- Suivi du traitement médical de sa femme et de son enfant.
- Utilisation du préservatif lors des rapports sexuels.

◆ **Rôle des autres membres de la famille :**

- Acceptation du statut de la femme.
- Soutien moral/psychologique.
- Soutien financier.
- Protection de la femme contre le rejet et la stigmatisation.

2. Niveau de la Communauté :

- Sensibilisation de la famille et de l'entourage si nécessaire ;
- Appui sur le plan médical, nutritionnel et initiation aux AGR ;
- Lutte contre le rejet et la discrimination ;
- Respect des droits fondamentaux de la personne humaine chez la PVVIH dans la communauté (droits : Droit à la vie privée, Droit à la liberté d'association, Droit au travail, Droit de se marier et de fonder une famille, Droit à la légalité d'accès à l'éducation, Droit à la sécurité, à l'assistance et à la protection sociales).

Suivi :

Le suivi psychosocial doit se faire :

- Dans les 72 heures sur rendez-vous ;
- Lors de la participation au groupe de soutien psychologique ;
- Lors des visites à domicile sur rendez-vous ;
- Lors de chaque passage de la femme avec son enfant au niveau du centre.

ANNEXES

Annexe 1
Dossiers du Malade :

Code patient : _____
Date de naissance : Centre _____ Numéro _____
Date _____

Recueil des données : ◯ le jour de l'accouchement à la maternité ◯ à posteriori
Fiche remplie par :
.....

1. Lieu de l'accouchement : ◯ Maternité ◯ Domicile
Maternité de : .....

2. Mère :

2.1. Nom Prénom :
2.2. Age :
2.3. Groupe Sanguin :
2.4. Poids :
2.5. Taille :
2.6. Niveau d'instruction :
2.7. Profession :
2.8. Antécédents Médico Chirurgicaux :
2.9. Antécédents Obstétricaux :
1) – Gestité
2) - Parité
3) - Avortement
4) - Mort-né
5) - Décès d'enfant.

2.10. Status sérologique (VIH1)/VIH2.
2.11. Date de diagnostic :
2.12. Statut immunitaire/virologique (CD4. HR)
2.13. Grossesse actuelle :
Pathologie
Nombre CPN
Bilan
VAT
A terme ou pas
Autres remarques
2.14. Profession du père
2.15. Traitement par des ARV pendant la grossesse : ◯ Oui ◯ Non
Médicament :

Dose :
Date de prescription :

3. Travail : (Accouchement)

3-1 Date et heure de début du travail .....
3-2 Date et heure de rupture des membranes.....
3-3 Prise du traitement intrapartum ◯ Oui ◯ Non
3.3.3. Date de la prise.....
3.3.2. Heure de la prise.....heures.....minutes
3.3.3. Nombre total de comprimés de zidovudine pris par la femme.....
3.3.4. Nombre total de comprimés de névirapine pris par la femme.....

4. Naissance multiple : ◯ Oui ◯ Non

Section 5 : Accouchement

5. Accouchement :

5.1. Mode d'accouchement : ◯ Voie basse normale ◯ Forceps, ventouses ◯ Césarienne urgence ◯ Césarienne programmée

5.2. Type de présentation : ◯ Céphalique ◯ Siège ◯ Transverse

6. Nouveau-né :

6.1. Sexe : ◯ Masculin ◯ Féminin

6.2. Statut à la naissance : Réanimé ◯ Oui ◯ Non

6.3. Apgar :
1 min : ----->
5 min : ----->

6.4. Anthropométrie (si accouchement à la maternité ou enfant présenté dans les 24 h suivant la naissance dans une structure de soins)
Poids : .....g Taille : .....cm Périmètre crânien : .....cm

6.5. Première ingestion lactée à la maternité : ◯ Lait artificiel ◯ Lait maternel ◯ Aucune

6.6. Statut à la sortie de la maternité
◯ Référé au site

Code patient : Centre _____ Numéro _____
Date _____

Recueil des données : O le jour de l'accouchement à la maternité O à posteriori
Fiche remplie par :
.....

1. **Date et heure de naissance :** le ....heures .....minutes

2. **Accouchement :**

2.1. Mode d'accouchement : ◯ Voie basse normale ◯ Forceps, ventouses

◯ Césarienne urgence ◯ Césarienne programmée

2.2. Type de présentation : ◯ Céphalique ◯ Siège ◯ Transverse

3. **Nouveau-né :**

3.1. Sexe : ◯ Masculin ◯ Féminin

3.2. Statut à la naissance : Réanimé ◯ Oui ◯ Non
3.3. Apgar :
1 min :
5 min :

3.4. Anthropométrie (si accouchement à la maternité ou enfant présenté dans les 24 h suivant la naissance dans une structure de soins)
Poids : .....g Taille : .....cm Périmètre crânien : .....cm

3.5. Première ingestion lactée à la maternité : O Lait artificiel O Lait maternel O Aucune

3.6. Statut à la sortie de la maternité (une seule réponse)
◯ Référé au site

Date de naissance : .....
Code patient : Centre _____ Numéro _____
Date _____

Enfant vu par Docteur : .....
.....
.....

1. Accouchement :
1.1. La fiche " Naissance " a-t-elle été remplie ? ◯ Oui ◯ Non

2. Examen clinique :
2.1. Anthropométrie :
2.1.1. Poids : ..... (kg)
2.1.2. Taille : ..... (cm)
2.1.3. Périmètre crânien : ..... (cm)
2.1.4. Périmètre brachial : ..... (cm)
2.1.5. Température °C : .....

2.2. Examen clinique général :
Peau :

Œil, ORL :

Cœur/Vaisseaux :

Poumons :

Abdomen :
Foie
Rate

Ganglions :

OS/Articulations :
OGE :
Neurologique :
Réflexes

Tonus

Acquisitions motrices

Acquisitions psychiques

3. Observations particulières/Prescriptions médicales : .....
.....
.....
.....

4. Alimentation de l'enfant :

4.1. Quel a été le premier aliment reçu par l'enfant après sa naissance ? (une seule réponse possible)

- ◯ Eau simple
- ◯ Eau simple sucrée
- ◯ Lait maternel
- ◯ Lait maternisé

Autre, préciser : .....

4.2. Date de début de l'allaitement maternel ? ..... ◯ Jamais initié

4.3. Date du début de l'allaitement artificiel ? .....

4.3.1. Nom du lait utilisé : .....

4.3.2. Source d'eau principale utilisée pour la préparation du lait artificiel (une seule réponse)

- ◯ Eau minérale
- ◯ Eau du robinet
- ◯ Puits
- ◯ Autres

Si autre, préciser : .....

5. Traitement prophylactique :

5.1. ARV prescris :

5.1.1. Nom médicament :

5.1.2. Dose :

5.1.3. Date de prise :

5.1.4. Heure de prise :

5.1.5. Effets secondaires :

6. Vaccinations :

Vaccins reçus

- BCGO; Date : .....
- PolioO ; Date : .....

EXAMEN CLINIQUE :

Date prochaine consultation :

Code patient :
Centre :
Nom :
Date de naissance :
Date de consultation :

Age
Médecin

MISE SOUS TRAITEMENT

MEDICAMENTS ANTIRETROVIRAUX

NOM	DOSE/PRISE	NBRE PRISES/JOUR	OBSERVATIONS

MEDICAMENTS ASSOCIES

NOM	DOSE/PRISE	NBRE PRISES/JOUR	OBSERVATIONS

Date prochaine consultation :

[redacted]

Code patient : ..... **Nom :** .....

Centre .....

Date de naissance : .....

PRELEVEMENTS/Enfants
CSRéf.

NF = non fait F = fait

EXAMEN	RESULTATS	DATE EXAMENS
Hématies		
Hémoglobine		
Leucocytes		
PolyNeutro		
PolyBaso		
PolyEosino		
Lymphocytes		
Plaquettes		
Autres		
CD4 (Hôpital régional)		
Lipase		
TGO/TGP		

Si non fait(s), motifs :

EXAMEN	RESULTATS	DATE EXAMENS
PCR de contrôle		
PCR de contrôle		

Si non fait(s), motifs :

EXAMEN	RESULTATS	DATE EXAMENS
Sérologie HIV		

Si non fait(s), motifs :

Code patient : ..... **Nom :** .....

Centre .....

Date de naissance : .....

Charge virale		

Si non fait(s), motifs :

Hématies		
Hémoglobine		
Leucocytes		
PolyNeutro		
PolyBaso		
PolyEosino		
Lymphocytes		
Plaquettes		
Autres		
CD4		
Charge virale		
Lipase		
TGO/TGP		

Si non fait(s), motifs :

Hématies		
Hémoglobine		
Leucocytes		
PolyNeutro		
PolyBaso		
PolyEosino		
Lymphocytes		
Plaquettes		
Autres		
CD4		
Charge virale		
Lipase		
TGO/TGP		

Si non fait(s), motifs :

Registre des Activités PTME

Date	N° CPN	Counseling	N° Acceptante Test	Test effectué	Résultats		Choix alimentaire		Accouchement dans le centre		ARV reçu				Observations
											Mère		Enfant		
					Positif	Négatif	A.M.E	A.A	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	

LISTE DES PARTICIPANTS

- Dr BERTHE Djénéba, DPM.
- Dr BORE, Saran DIAKITE, DRS/DB.
- Dr Boubacar TRAORE, CNAM.
- Dr CISSE Sarmoye, OMS.
- Dr DEMBELE Bintou KEITA, CESAC.
- Dr DIAKITE Amadou, DRESE/DNS
- Dr Dramane KONE, Pharmacie HGT.
- Dr KAGNASSY Dado SY, Chef Division Nutrition/DNS.
- Dr MAÏGA Zeinab BABY, Médecin-chef DSR/DNS.
- Dr Mamadou TRAORE, Gynéco/HGT.
- Dr SAMAKE, Raki BA, DRS/District
- Dr Souleymane TRAORE, DRS/DB.
- Dr SYLLA Mariam, Pédiatrie HGT.
- Dr TRAORE Safoura, DSR/DNS.
- Amadou SIMAGA, Psychologue DRDES.
- Bakary B. TRAORE, DRDES/DB.
- Boubacar KEITA, CESAC.
- Chouaibou N'CHAMOUN, Communicateur UNICEF.
- LEDECQ Jean Luis, ONUSIDA.
- Mahamadou KAYA, DRS/DB.
- THIAM Thierno Hady, Religieux RNILS.
- Yaya COULIBALY, Conseiller PSI-Mali.
- Mme Kadiatou TRAORE, DRS/DB.
- Mme KONATE, Baryatou, Division Nutrition.
- Mme MALLE Kadiatou, PNLS.
- Mme NIANG Rokiatou DEME, PVVIH.
- Mme TOURE, Aminata, DSR/DNS.
- Pr Flabou BOUGOUDOGO, DG INRSP.
- Mme BOCOUM, Kadidia BOCOUM, DSR/DNS.
- Dr HAIDARA, Aminata TOURE, DSR/DNS.
- Mme Haoua DIALLO, DSR/DNS.
- Mme KEITA, Oumou KEITA, DSR/DNS.
- Dr SACKO, Assitan BAMBA, ASACOBOUL II.
- Dr KEITA, Mamadou DESIRE, CSRéf Kkoro
- Dr Bogoba DIARRA, DRS-Kkoro
- Dr SIDIBE, Fatoumata TRAORE, HR Ségou
- Dr KONE, Pédiatre CV.
- Dr Youssouf TRAORE, Gynéco/HGT
- Dr Fatoumata BATHILY, CH/Mère-Enfant
- Dr Hassimi, DRS-Ségou.
- Dr DICKO, Mintt HAIDARA, CSRéf-Ségou
- Dr Hamadassalia TOURE, UNICEF
- Dr Mariam Cissoko, UNFPA
- Dr Traoré Mahamadou, PNLS
- Amadou Haïdara, PNLS
- Stéphan, ONG Solthis
- Dr KEITA, Astan, CREDOS.
- Oumar TRAORE, PNLS.
- Pr Toumani SIDIBE, CREDOS.
- Saïdou COULIBALY, Informaticien
- Dr Dian Karim Sidibé, consultant SR