



PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION MÈRE- ENFANT DU VIH, MANUEL DE MISE EN ŒUVRE

Auteurs: Beatriz Alonso, Esther C. Casas, Laura Moreto, Kemi Ogundipe, Charles Ssonko, Nelly Staderini, Elizabeth Szumilin, Gilles Van Cutsem.



Rédacteur: Aurelie Nelson

Correcteur de rédaction: Liz Sparg

Designer: Orli Setton

Collaborateurs: Groupe de travail chargé des tests de laboratoire; groupe de suivi et d'évaluation; groupe de travail chargé de la nutrition; groupe de travail chargé de la pédiatrie groupe de travail chargé de la santé sexuelle et reproductive; groupe de travail chargé de l'éducation et du counseling des patients; Melissa McRae; Cristian Casademont

Ce document de référence a été testé par différents membres de Médecins Sans Frontières sur le terrain dans différents centres professionnels et nous leur adressons tous nos remerciements pour leurs précieux commentaires.

Pour toute réaction ou commentaire, veuillez contacter esther.casas@joburg.msf.org

2021

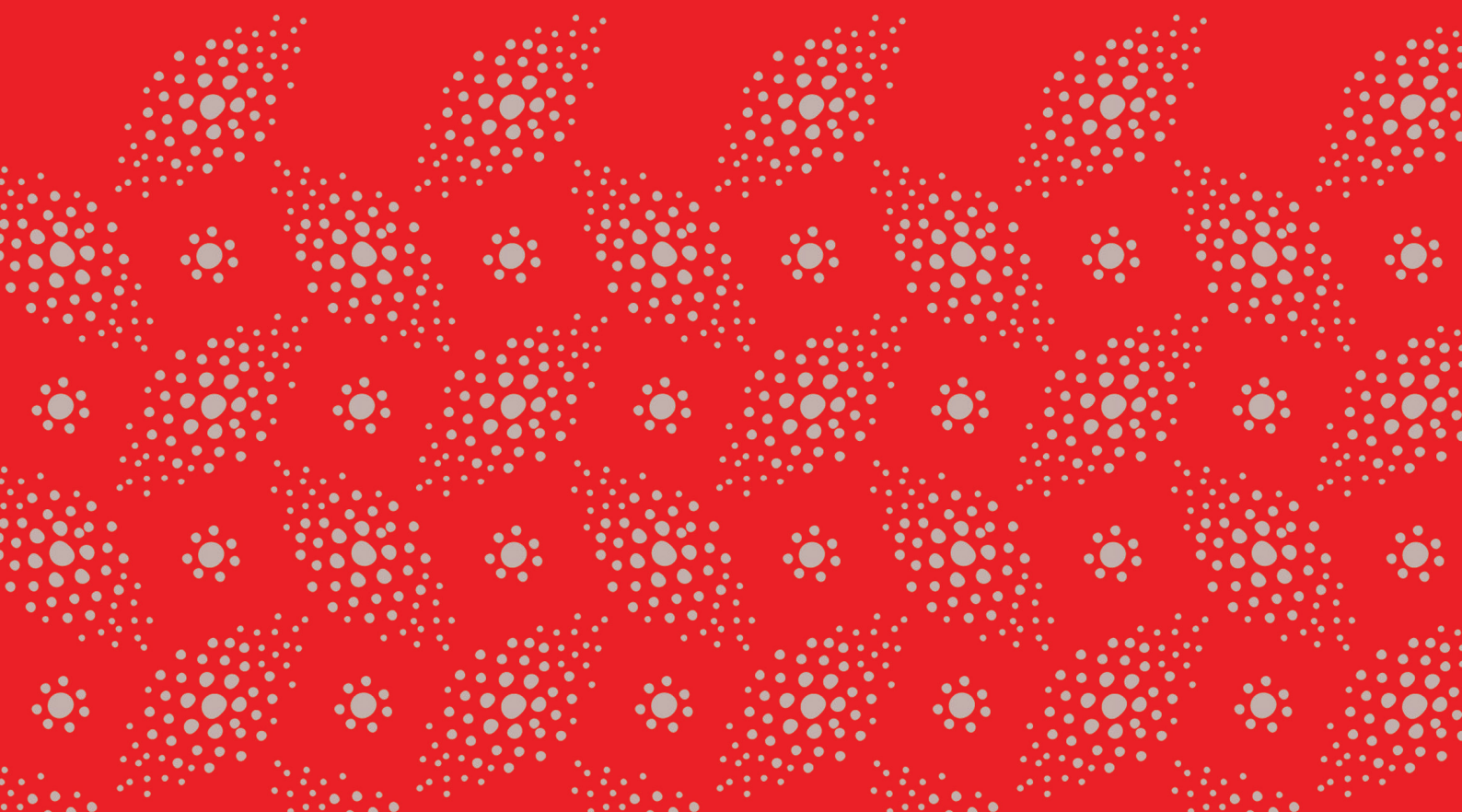


TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES RESSOURCES 4

ABREVIATIONS 6

INTRODUCTION 7

SECTION 1: DESCRIPTION DE L'INTÉGRATION DES SERVICES 9

1.1 INTÉGRATION DES SOINS DE PTME DANS LES SERVICES DE SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE DE ROUTINE: AVANTAGES, DÉFIS ET SOLUTIONS	9
1.2 ÉTAPES DE L'INTÉGRATION DES SOINS	10
1.2.1 OUTIL D'ÉVALUATION: ANNEXE	10
1.2.2 RESSOURCES HUMAINES	11
1.2.3 RÉORGANISATION DU FONCTIONNEMENT	13
1.2.4 ÉVALUATION DES RÉFÉRENCES: ANNEXE 3	14
1.2.5 COMMANDE DES MÉDICAMENTS: ANNEXE 4	14
1.2.6 OUTIL DE PLANIFICATION DE L'INTERVENTION: ANNEXE 5	15
1.2.7 EXEMPLES DE SUPPORTS DE COMMUNICATION: ANNEXE 6	15
1.2.8 INDICATEURS: ANNEXE 7	16

SECTION 2: PROGRAMME GLOBAL DE SOINS INTÉGRÉS 17

2.1 COMMENT UTILISER CETTE SECTION DU MANUEL	17
2.2 SOINS PRÉNATALS	17
2.2.1 INTERVENTIONS ESSENTIELLES DANS LE CADRE DES SOINS PRÉNATALS	17
2.2.2 DÉPISTAGE DU VIH (ESSENTIEL)	19
2.2.3 SI LE VIH EST NÉGATIF	20
2.2.4 SI LE VIH EST POSITIF	22
2.2.5 MESURES COMPLÉMENTAIRES DE PRÉVENTION DU VIH ET D'AUTRES MALADIES (ESSENTIEL - TOUTES LES FEMMES)	26
2.3 ACCOUCHEMENT	26
2.3.1 DÉROULEMENT DU TRAVAI	26
2.3.2 DÉPISTAGE MATERNEL DU VIH (ESSENTIEL)	28

2.3.3 MESURES COMPLÉMENTAIRES DE PRÉVENTION DU VIH ET D'AUTRES MALADIES (ESSENTIEL -POUR TOUTES LES FEMMES)	28
2.3.4 SOINS AUX NOURRISSONS EXPOSÉS AU VIH	28
2.4 SOINS POSTNATALS	30
2.4.1 DÉFIS RENCONTRÉS DANS LA PRESTATION DES SOINS MATERNELS ET INFANTILES POSTNATALS	30
2.4.2 DESCRIPTION DES SOINS INTÉGRÉS POUR LES MÈRES ET LES NOURRISSONS	32
2.5 DAVANTAGE D'INTÉGRATION DES SERVICES	37

SECTION 3: CONTEXTUALISER LA PTME À DES SITUATIONS SPÉCIFIQUES 39

3.1 CONTEXTE DE PRÉVALENCE VIH ÉLEVÉE AVEC UNE COUVERTURE TARV ÉLEVÉE	39
3.2 CONTEXTE DE PRÉVALENCE VIH ÉLEVÉE AVEC UNE COUVERTURE TARV FAIBLE	40
3.3 CRISES HUMANITAIRES COMPLEXES	40
3.4 TRAVILLEUSES DU SEXE	41
3.5 ENFANTS	42

SECTION 4: AUTRES STRATÉGIES POUR LA RÉTENTION DANS LES SOINS 44

4.1 SOUTIEN PAR LES PAIRS OU LES MENTORS ET PAR LES TRAVAILLEURS SOCIAUX OU COMMUNAUTAIRES	44
4.2 RETROUVER LES MÈRES OU LES NOURRISSONS QUI ONT RENONCÉ AUX SOINS	45
4.3 MODÈLES DE SOINS DIFFÉRENCIÉS	45
4.4 IMPLICATION DES HOMMES	46
4.5 ENGAGEMENT DE LA COMMUNAUTÉ	47
4.6 UTILISATION DES TÉLÉPHONES PORTABLES DANS LES SOINS DE SANTÉ	47

CONCLUSION 48

Annexe 1: Outil d'évaluation	49
Annexe 2: Liste des formations disponibles.....	49
Annexe 3: Outil d'évaluation des références.....	50
Annexe 4: Commande de médicaments anti-VIH.....	50
Annexe 5: Outil de planification de l'intervention.....	50
Annexe 6: Exemples de supports de communication papiers.....	51
Annexe 7: Liste des indicateurs.....	51
Annexe 8: Diagramme des soins prénatals.....	51
Annexe 9: Diagramme du dépistage du VIH.....	52
Annexe 10: Résumé du counseling sur la PTME.....	52
Annexe 11: Directives pour le counseling relatif au dépistage des couples.....	53
Annexe 12: Exemples d'outils pédagogiques sur le dépistage du VIH pendant la grossesse.....	53
Annexe 13: Contraception post-partum: Directives de MSF sur les contraceptifs - à venir, contacter votre référent SSR.....	53
Annexe 14: Outils de mise en œuvre de la PrEP utilisés en Eswatini.....	54
Annexe 15: Exemple de plan de naissance.....	54
Annexe 16: Dépistage et orientation en matière de TB.....	54
Annexe 17: Diagramme de l'accouchement.....	55
Annexe 18: Check-list de la classification du risque.....	55
Annexe 19: Exemple de counseling pour l'administration de la PPN.....	55
Annexe 20: Diagramme du diagnostic précoce du nourrisson.....	56
Annexe 21: Exemples de soins intégrés pour la mère et l'enfant.....	56
Annexe 22: Diagramme postnatal.....	59
Annexe 23: Système de triage.....	59
Annexe 24: Livret de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant.....	59
Annexe 25: Courbe de croissance des enfants.....	60
Annexe 26: Étapes du développement.....	60
Annexe 27: Manuel de l'allaitement du nourrisson et du jeune enfant.....	61
Annexe 28: Exemple de messages d'éducation sanitaire pour l'alimentation du nourrisson et de l'enfant.....	61
Annexe 29: Counseling sur les signes d'alerte chez les nouveaux-nés.....	61
Annexe 30: Counseling sur les signes d'alerte chez les enfants de 1 mois à 5 ans.....	61

LISTE DES RESSOURCES

COMMENT UTILISER CE MANUEL



Dans chaque section, des outils sont disponibles en annexe et peuvent être téléchargés. Cliquez sur cette icône lorsque vous souhaitez télécharger l'annexe.

Veuillez noter que si cela ne fonctionne pas, vous avez peut-être supprimé le PDF ou l'annexe du même dossier. Pour que les annexes s'ouvrent, tout doit être conservé dans le dossier qui a été téléchargé. Si vous avez déplacé quelque chose par erreur, remettez-le simplement dans le dossier et cela devrait fonctionner à nouveau. Veuillez regarder la vidéo dans le dossier si vous avez besoin d'informations plus claires ou consultez le document Word.



Pour les ressources externes, ou les directives, utilisées dans ce document, cliquez sur les liens soulignés et en italique bleu et vous serez dirigé vers le site web correspondant.

SECTION 1:

OUTILS NÉCESSAIRES À L'INTÉGRATION DES SERVICES

Annexe 1: Outil d'évaluation.....	49
Annexe 2: Liste des formations disponibles	49
Annexe 3: Outil d'évaluation des références	50
Annexe 4: Commande de médicaments anti-VIH	50
Annexe 5: Outil de planification de l'intervention	50
Annexe 6: Exemples de supports de communication papiers	51
Annexe 7: Liste d'indicateurs.	51

SECTION 2:

DIRECTIVES A UTILISER POUR L'ENSEMBLE DE LA SECTION

[*MSF PMTCT guidelines*](#)

[*MSF TB/HIV clinical guide for primary care MSF Adults*](#)

[*PSEC guidelines for HIV/TB*](#)

[*MSF obstetric and neonatal guidelines*](#)

2 SOINS PRÉNATALS

Annexe 8: Diagramme des soins prénatals	51
Annexe 9: Diagramme du dépistage du VIH.....	52
Annexe 10: Résumé du counseling relatif à la PTME.....	52
Annexe 11: Directives pour le counseling relatif au dépistage pour les couples	53
Annexe 12: Exemples d'outils pédagogiques sur le dépistage du VIH pendant la grossesse.....	53
Annexe 13: Contraception post-partum: Directives de MSF sur les contraceptifs - à venir, contacter votre référent SSR	53
Annexe 14: Outils de mise en œuvre de la PrEP utilisés en Eswatini.....	54
Annexe 15: Exemple de plan de naissance.....	54
Annexe 16: Dépistage et orientation en matière de TB.....	54

3 ACCOUCHEMENT

Annexe 17: Diagramme de l'accouchement.....	55
Annexe 18: Check-list de la classification du risque	55
Annexe 19: Exemple de counseling pour l'administration de la PPN.....	55
Annexe 20: Diagramme du diagnostic précoce du nourrisson	56

4 LES SOINS POSTNATALS

Annexe 21: Exemples de soins intégrés pour la mère et le nourrisson.....	56
Annexe 22: Diagramme postnatal	59
Annexe 23: Système de triage.....	59
Annexe 24: Livret de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant	59
Annexe 25: Courbe de croissance des enfants	60
Annexe 26: Étapes du développement	60
Annexe 27: Manuel de l'allaitement du nourrisson et du jeune enfant.....	61
Annexe 28: Exemple de messages d'éducation sanitaire pour l'alimentation du nourrisson et de l'enfant	61
Annexe 29: Counseling sur les signes d'alerte chez les nouveaux-nés	61
Annexe 30: Counseling sur les signes d'alerte chez les enfants de 1 mois à 5 ans	61

5 RENFORCEMENT DE L'INTÉGRATION DES SERVICES

[SRH toolkit](#)

[mhGAP Intervention guide](#)

[MSF MH guide](#)

ABRÉVIATIONS

CPN: consultation prénatale

TARV: Thérapie antirétrovirale

ARV: antirétroviral

AZT: zidovudine

EC: engagement communautaire

ASC: agent de santé communautaire

CrAg: test antigénique cryptococcique pour la détection de la méningite cryptococcique

CTX: cotrimoxazole

DBS: “dried blood spot” PCR sur papier buvard

EID: (early infant diagnosis) diagnostic précoce du nourrisson

PEV: programme étendu de vaccination

PPNr: prophylaxie postnatale renforcée

VIH: virus de l’immunodéficience humaine

ES: éducation à la santé

PS: promotion de la santé

PCIME: prise en charge intégrée des maladies de l’enfant

IPD: (in-patient department) service d’hospitalisation

MOH:(ministry of health) ministère de la santé

SMNI: santé maternelle, néonatale et infantile

TME: transmission mère-enfant

IO: infection opportuniste

CE: consultation externe

PCR: réaction de polymérisation en chaîne (parfois aussi appelée test NAAT)

PTME: prévention de la transmission du VIH de la mère à l’enfant

SPN: soins postnataux

PPN: prophylaxie postnatale

PSE: (patient support and education counseling) counseling pour le soutien et l’éducation du patient

PoC: “point-of-care” sur le lieu de prise en charge

PrEP: prophylaxie pré exposition

SSR: santé sexuelle et reproductive

IST: infection sexuellement transmissible

TB-LAM: test urinaire de dépistage TB (TB-lipoaribomanna)

TB: tuberculose

TPT: traitement prophylactique de la tuberculose

CDV: counseling et dépistage volontaire du VIH

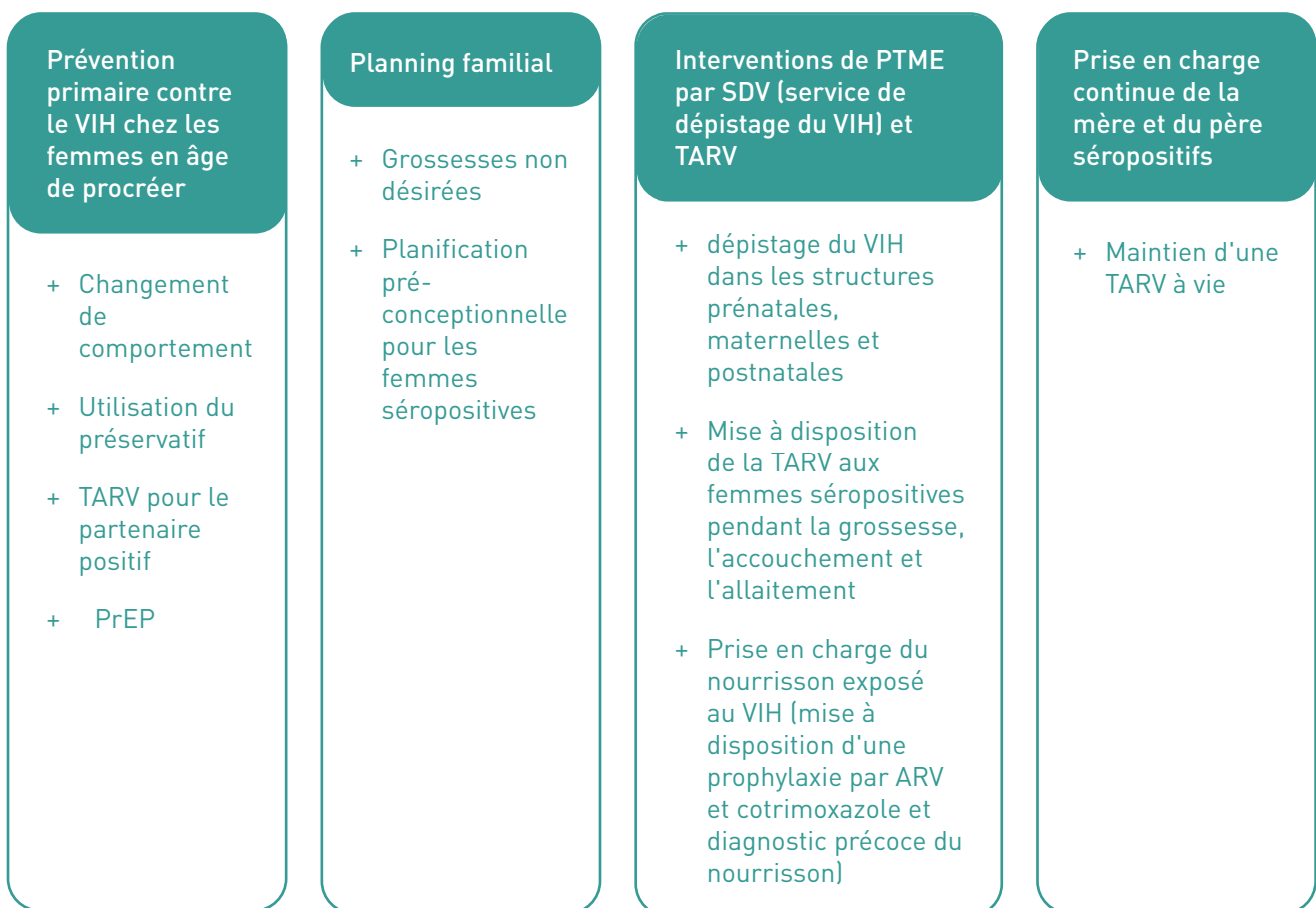
CV: charge virale (ARN du VIH - acide ribonucléique - charge virale)

INTRODUCTION

La prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) a été un succès à bien des égards, mais il reste encore beaucoup à faire pour éliminer la transmission de la mère à l'enfant (TME), en particulier dans les zones à faible couverture de thérapie antirétrovirale (TARV) et dans la phase postnatale. Le succès de la PTME dépend fortement de la disponibilité et de l'accessibilité à des soins centrés sur le patient, qui permettent aux femmes et à leur famille de prendre des décisions éclairées concernant leur santé et celle de leur enfant. C'est pourquoi il est recommandé d'adopter une approche centrée sur le patient lors de la mise en œuvre de la PTME. Le succès de la PTME est également lié à l'implication des partenaires, ainsi qu'à l'acceptation du VIH par la communauté.

Traditionnellement, la PTME est décrite en quatre piliers¹. Dans ce manuel, nous souhaitons souligner l'importance de l'intégration des services pour inclure tous les piliers de la PTME.

Figure 0.1 Les piliers du programme de PTME



¹ [MSF HIV/TB Guide for Primary Care \(2018 with 2021 updates\)](#)

PUBLIC CIBLE:

Nous avons rédigé ce manuel pour aider:

- + les responsables de programmes à identifier et à intégrer les programmes de soins dans la PTME;
- + les personnels soignants à mettre en œuvre ces programmes.

Le manuel peut être utilisé dans des programmes déjà engagés dans la PTME ou qui souhaitent commencer la PTME.

OBJECTIFS DU MANUEL:

- + proposer des outils pour faciliter l'intégration des services de PTME dans les services prénatals, obstétriques, postnatals et pédiatriques (assurant l'intégration des soins maternels et infantiles);
- + permettre l'adaptation des services à une variété de contextes humanitaires complexes et de populations clés, qu'il s'agisse de contextes à forte prévalence et à couverture TARV élevée ou de contextes à forte prévalence et à faible couverture TARV.

NB: Ce manuel ne remplace pas les directives cliniques de PTME disponibles. Il s'agit d'un guide méthodologique qui doit être utilisé en conjonction avec les directives cliniques existantes de MSF et du Ministère de la Santé. Des liens vers les documents pertinents sont inclus dans le manuel. Il est également recommandé de faire appel à une sage-femme MSF compétente et expérimentée pour mettre en place le programme de PTME.

CONTENU:

Chacune des sections suivantes peut être utilisée indépendamment mais nous recommandons de commencer par la section 1.

- + **Section 1:** Fournit des outils pour concevoir et mettre en œuvre l'intégration de la PTME dans les services courants de santé maternelle et infantile de manière progressive.
- + **Section 2:** Fournit des outils pour des services spécifiques (prénatal, maternité/ accouchement et postnatal).
- + **Section 3:** Contextualise les éléments décrits dans la deuxième section.
- + **Section 4:** Offre d'autres stratégies pour améliorer la pérennité des soins du couple mère-enfant.

SECTION 1: DESCRIPTION DE L'INTÉGRATION DES SERVICES

1.1 INTÉGRATION DES SOINS DE PTME DANS LES SERVICES DE SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE DE ROUTINE: AVANTAGES, DÉFIS ET SOLUTIONS

L'intégration de la PTME aux services de santé maternelle, néonatale et infantile à tous les niveaux de soins (communautaire, primaire, secondaire, tertiaire) a été recommandée par divers organismes internationaux reconnus^{2,3} et mise en œuvre avec le soutien de MSF, principalement dans la période prénatale (CPN).

Tableau 1.1 Avantages et défis reconnus de l'intégration

Avantages reconnus:	Défis reconnus:
<ul style="list-style-type: none">+ pour les patients:<ul style="list-style-type: none">✓ moins de temps d'attente✓ moins de consultations dans les établissements de santé✓ soins holistiques dispensés par un seul prestataire✓ satisfaction accrue+ pour le personnel de santé:<ul style="list-style-type: none">✓ plus de satisfaction professionnelle✓ possibilité de suivre l'ensemble des besoins médicaux du patient✓ acquisition de compétences multidisciplinaires+ pour le système de santé:<ul style="list-style-type: none">✓ amélioration de l'efficacité des établissements de santé✓ rationalisation des ressources	<ul style="list-style-type: none">+ pour le personnel de santé:<ul style="list-style-type: none">✓ nécessité de comprendre les raisons de l'intégration, d'adapter le parcours des patients et les services✓ perception que cela prend plus de temps✓ charge supplémentaire d'activités+ pour le système de santé:<ul style="list-style-type: none">✓ impact négatif sur la documentation, le suivi et l'évaluation (ex: davantage de dossiers)✓ besoin de plus de formation pour le personnel de santé✓ réorientation des activités d'éducation sanitaire⁴

² UNAIDS. 2015 progress report on the global plan towards the elimination of new HIV infections among children and keeping their mothers alive. https://www.unaids.org/en/resources/documents/2015/JC2774_2015ProgressReport_GlobalPlan

³ MSF Strategic Framework for Responding to the HIV Epidemic: 2019 – 2023.

⁴ MSF. 2014. Lessons learnt for the implementation of PMTCT integrated services in Nsanje District

Cependant, il est possible de surmonter nombre de ces défis et, avec ce manuel, nous souhaitons vous apporter des outils permettant de faciliter l'intégration des soins.

SOLUTIONS À CES DÉFIS

Les solutions viendront d'une première évaluation de votre contexte, en particulier des ressources humaines disponibles et des compétences nécessaires. Il existe différents modèles pour réaliser l'intégration, en fonction de votre configuration:

- + Dans une structure à "**guichet unique**", un agent de santé clé, souvent une sage-femme, fournit tous les services. Ce modèle est très centré sur le "couple mère-nourrisson", mais il peut être exigeant.
- + Dans d'autres contextes, certaines activités (telles que le soutien, l'éducation et le counseling des patients, ainsi que la localisation des patients) sont "**transférées**" (déléguées, le cas échéant, à des agents de santé moins spécialisés).

Ces considérations, ainsi que la connaissance des **services** disponibles pour l'**orientation** des patients, détermineront la manière de réorganiser le **parcours des patients**. Enfin, l'utilisation des outils pratiques fournis dans ce manuel, tels que **l'outil de planification, l'outil de commande des médicaments**, les exemples de **supports de communication papiers** et les outils de **suivi** et d'**évaluation** seront d'une grande utilité.

L'intégration de la PTME dans votre projet **ne doit pas se faire en une seule fois**. Prenez votre temps. L'intégration peut être conçue comme une approche progressive, par étapes. Planifiez les activités en fonction des ressources existantes et ajoutez progressivement les composantes de soins. Les composantes des programmes de soins, décrites à la section 2, sont classées de basique/essentiel à souhaitable (pertinent dans certains contextes), ce qui vous permet d'élaborer une stratégie par étapes adaptée aux besoins et aux ressources de votre projet.

1.2 ÉTAPES DE L'INTÉGRATION DES SOINS

Pour l'intégration des soins des différentes activités de PTME (comme détaillé dans la Section 2), nous recommandons de suivre les étapes ci-dessous, dans l'ordre décrit:

1.2.1 OUTIL D'ÉVALUATION: ANNEXE 1

Évaluer la capacité de votre projet. L'évaluation se concentrera sur la compréhension des partenariats (MSF, Ministère de la Santé, autres partenaires) et la capacité en ressources

humaines. Elle doit se faire à trois niveaux: **au niveau du pays** pour comprendre l'épidémiologie et le contexte, **au niveau de la circonscription** et **au niveau du projet** pour comprendre la prestation des services.

Lors de l'utilisation de l'outil d'évaluation, en particulier en ce qui concerne l'aspect postnatal, prendre en compte les questions suivantes:

- ✓ Quels sont les services pédiatriques disponibles (clinique pour les moins de 5 ans, vaccination, service ambulatoire, service hospitalier, nutrition, suivi des prématurés, etc.)?
- ✓ Qui est responsable des services pédiatriques (ministère de la Santé, MSF, autres parties prenantes)?
- ✓ Où se déroule la prise en charge pédiatrique du VIH?
- ✓ Les mères bénéficient-elles d'un suivi postnatal, et pendant combien de temps?
- ✓ Où les mères séropositives sont-elles suivies?
- ✓ Qui gère les services de suivi (MSF, Ministère de la Santé ou autres acteurs) pour les mères séropositives?
- ✓ Quelle est la qualité des services (pédiatrie, VIH, suivi)?
- ✓ Quelle formation et quel nombre de personnes sont nécessaires dans chaque service?

1.2.2 RESSOURCES HUMAINES

RÉPARTITION DES RESSOURCES HUMAINES

Répartir vos ressources humaines. Dans ce guide, nous décrivons qui peut faire quelle activité et quelles tâches peuvent être confiées à des agents de santé moins spécialisés ou à des non-professionnels⁵ lorsque cela est possible. **Chaque type d'activité ne nécessite pas un membre du personnel attitré** et un membre du personnel peut mener à bien plus d'un type d'activité. (Il est toutefois nécessaire d'être conscient de la charge de travail et de donner au personnel les moyens d'acquérir de nouvelles compétences lorsque cela est nécessaire.)

⁵ Lay worker definition (WHO): "Health worker who performs functions related to health care delivery and is trained in some way in the context of an intervention, but who has not received a formal professional or paraprofessional certificate or tertiary education degree".

La description des différents profils professionnels et leur rôle potentiel dans la PTME sont les suivants:

- + **Sages-femmes/infirmières:** En tant qu'acteurs principaux des soins prénatals (CPN) et des services de maternité et postnatals, les sages-femmes et les infirmières sont essentielles à l'intégration des services de PTME, et elles seront responsables des consultations cliniques. Elles doivent être formées pour inclure la PTME dans leurs activités.
- + **Médecins/officiers cliniciens/assistants médicaux:** Les personnes ayant ce profil peuvent agir en tant que conseillers cliniques du projet (selon leur expertise), contribuant à la prise en charge des cas compliqués.
- + **Conseillers:** Dans certaines structures, il arrive qu'un membre du personnel soit chargé du counseling. Si tel est le cas, ils peuvent intégrer les exigences de counseling de la PTME à leurs autres activités. Cependant, un profil de poste attitré n'est pas indispensable, et l'éducation et le counseling des patients peuvent être dispensés aux bénéficiaires - après formation - par n'importe quel agent de santé, agent non professionnel ou pair-éducateur. Il est important de déterminer qui assurera une formation régulière en matière de VIH/ TARV ainsi qu'un soutien et une supervision systématique pour garantir la qualité des soins.
- + **Les agents de santé communautaires (ASC):** Comme les ASC assurent un lien entre les services médicaux et la communauté, ils peuvent soutenir ou mettre en œuvre les activités d'éducation sanitaire, d'engagement communautaire et de suivi.
- + **Mères mentors/pair-éducateurs /conseillers / soutiens:** Les personnes vivant avec le VIH sont souvent mieux acceptées par leurs pairs (en particulier les mères) et peuvent travailler comme conseillers non professionnels, ou soutenir ou mettre en œuvre des activités d'éducation sanitaire et d'engagement communautaire.
- + **Techniciens de laboratoire:** Le personnel de laboratoire sera impliqué dans l'exécution de certains tests de laboratoire utilisés dans le programme de PTME.

Utiliser des **descriptions de poste**, des **briefings clairs** et, si nécessaire, un **organigramme** pour montrer les niveaux de responsabilité et de redevabilité ainsi que les relations entre les différents postes.

Nombre estimé d'employés nécessaires: Pour le calcul complet, veuillez-vous référer aux directives intégrées TB/VIH⁶. **(NB: il s'agit d'une estimation et non d'une donnée prescriptive.)**

⁶ [MSF New TB/HIV integration guidelines 2020](#)

Tableau 1.2 Nombre estimé de personnel nécessaire en fonction de la taille de la cohorte PTME

Composition	0-100 patients dans la cohorte de PTME	100-500 patients dans la cohorte de PTME	>500 patients dans la cohorte de PTME
PTME et CPN/accouchement	1-2 sages-femmes formées	1-2 sages-femmes formées	>2 sages-femmes formée
Suivi et évaluation			1-2 employés administratifs
PTME et soins postnatals	1-2 sages-femmes ou infirmières formées	1-2 sages-femmes ou infirmières formées	>2 sages-femmes ou infirmières formées
Prévention	1-2 conseillers, à temps partiel ou à temps plein (pensez aussi aux pairs-mères)	1-2 conseillers, à temps partiel ou à temps plein (pensez aussi aux pairs-mères). Si nécessaire, séparer le CDV et l'observance.	Membre du personnel affecté à la prévention
Éducation et counseling des patients	1-2 conseillers ou agents non professionnels formés	1-2 conseillers ou agents non professionnels formés	>2 conseillers
Promotion de la santé (PS) et engagement communautaire (EC)	1-2 personnels PS et EC à temps partiel ou à temps plein	1-2 personnels PS et EC à temps partiel ou à temps plein.	2 membres du personnel PS et EC
Laboratoire	1-2 techniciens de laboratoire formés ou référés	1-2 techniciens de laboratoire formés ou référés	>2 techniciens de laboratoire

LES FORMATIONS DISPONIBLES ET NÉCESSAIRES: ANNEXE 2 

Évaluer les formations disponibles et les besoins.

1.2.3 RÉORGANISATION DU FONCTIONNEMENT

Réorganiser le fonctionnement. Pour ce faire, il est important d'obtenir **l'adhésion de toute la clinique** pour une meilleure acceptation des changements, une plus grande durabilité et une issue plus facile. Si vous travaillez en partenariat avec d'autres organisations non gouvernementales ou le ministère de la santé, prévoir un **workshop** qui les inclut ainsi que, le cas échéant, des membres de la communauté.

Exemple de plan de workshop:

- + **Adhésion:** Comment obtenir l'adhésion de l'ensemble du personnel (y compris le personnel non médical comme les employés, les réceptionnistes, les agents de sécurité, etc.), de la direction et de la communauté, en incluant une discussion sur la **stigmatisation**.
- + **Fonctionnement:**
 - Quel est le fonctionnement actuel et la répartition des activités? (Pour la répartition des activités, se référer à l'outil d'évaluation 1.2.1)
 - Quel est l'objectif à atteindre? Par exemple: Comment intégrer les soins maternels et infantiles dans la phase postnatale– quelle stigmatisation peut-il y avoir? Comment prendre en compte la stigmatisation et la culture lors de l'élaboration du dispositif.
- + **Échéances réalistes:** Comment y arriver, étape par étape.
- + **Qui fera quoi:** quelles sont les possibilités de référence?
- + **Supports de communication papiers:** Passez en revue ce qui existe (registres, fiche patient, etc.), ce qui doit être utilisé et comment ils s'intègrent dans le fonctionnement.
- + **Livraison des médicaments:** Comment cela fonctionnera-t-il et quand les commander?
- + **Suivi et évaluation:** Comment allez-vous suivre l'évolution des activités (convenir d'indicateurs avec la clinique)?

1.2.4 ÉVALUATION DES RÉFÉRENCES: ANNEXE 3

Évaluer quelles activités à intégrer et quand référer. L'évaluation permet de savoir s'il existe des activités VIH/PTME/postnatales, etc. disponibles à proximité par le biais du ministère de la santé et/ou d'autres acteurs. En fonction de ces options de référence, et après une évaluation de la qualité des soins fournis, vous pourrez choisir les activités à intégrer dans votre projet et décider quand référer. Gardez à l'esprit que si vous choisissez de référer, vous devez avoir une bonne idée de la **qualité des soins dans le site de référence** et **planifier le suivi** des personnes référées. Si vous constatez que les options de référence ne sont pas appropriées (certains services essentiels non disponibles ou une qualité de soins contestable), nous vous encourageons à en discuter davantage avec vos référents en matière de soins VIH/TB et de SSR.

1.2.5 COMMANDE DES MÉDICAMENTS: ANNEXE 4

Commander les médicaments. Pour plus d'informations sur **la manière de passer commande**,

il existe un outil intersectoriel spécialement conçu pour aider à prévoir et/ou à commander les médicaments nécessaires aux petits programmes intégrés de lutte contre le VIH (incluant les adultes et les enfants). L'outil comprend un volet PTME permettant de calculer les besoins pour les femmes concernées par la PTME et pour la prophylaxie du VIH chez les nourrissons. Les autres médicaments nécessaires au programme (par exemple, pour la contraception, les infections opportunistes, ou la pédiatrie) peuvent être commandés avec le reste des médicaments du projet.

L'outil de calcul des commandes de médicaments anti-VIH est accessible via le lien Sharepoint pour les membres du personnel disposant d'un nom d'utilisateur et d'un mot de passe MSF. Si vous ne disposez pas de ces identifiants, veuillez prendre contact avec votre coordinateur ou votre référent VIH/TB.

1.2.6 OUTIL DE PLANIFICATION DE L'INTERVENTION: ANNEXE 5




Utiliser un outil de planification pour planifier les activités principales, le calendrier et les formations à dispenser. L'Annexe 5 propose un exemple d'outil de planification pour un centre de soins prénatals existant qui n'a pas encore intégré la PTME. Il appartient à chaque projet de l'adapter à son propre contexte et à ses besoins.


1.2.7 EXEMPLES DE SUPPORTS DE COMMUNICATION PAPIERS: ANNEXE 6

Utiliser et adapter les supports de communication papiers nécessaires.



a. Fiche patient: Quelques exemples/modèles sont proposés.

+ Anténatal

- carte maternelle 
- carte de soins VIH 
- carte de santé de l'enfant 

+ Outil postnatal intégré pour les mères séropositives et les bébés exposés au VIH 

b. Registres :

- + Registres de CPN 
- + Registres de maternité avec tests et soins VIH intégrés 

Dans de nombreux cas, MSF utilise les registres du Ministère de la Santé pour le dépistage et les soins du VIH, car ils sont bien conçus et déjà utilisés. En général, plus d'un registre est nécessaire car le dépistage du VIH a lieu à différents endroits (CPN, salle de travail, SPN, clinique de suivi des enfants, planning familial, centre de dépistage du VIH, etc.)

1.2.8 INDICATEURS: ANNEXE 7

*Contrôler les activités de PTME de votre projet, **en utilisant les indicateurs fournis par votre section MSF.** Si ceux-ci ne sont pas disponibles, vous pouvez consulter une liste d'indicateurs qui ont été développés dans le cadre de la typologie par le groupe de travail VIH de MSF. En fonction de vos opérations, il y aura des variations dans les indicateurs.*

SECTION 2: PROGRAMME GLOBAL DE SOINS INTÉGRÉS

2.1 COMMENT UTILISER CETTE SECTION DU MANUEL

Nous avons regroupé les activités par stade de soins pour les mères (prénatal, accouchement, postnatal: voir 2.2-2.4) et utilisé les éléments de base ci-dessous pour construire des tableaux qui différencient le **quoi/qui/quand/où** pour chaque activité à chaque stade⁷. Cette approche est conforme au cadre de délivrance de services différenciés centrés sur le patient.

Figure 2.1 Un cadre centré sur le patient



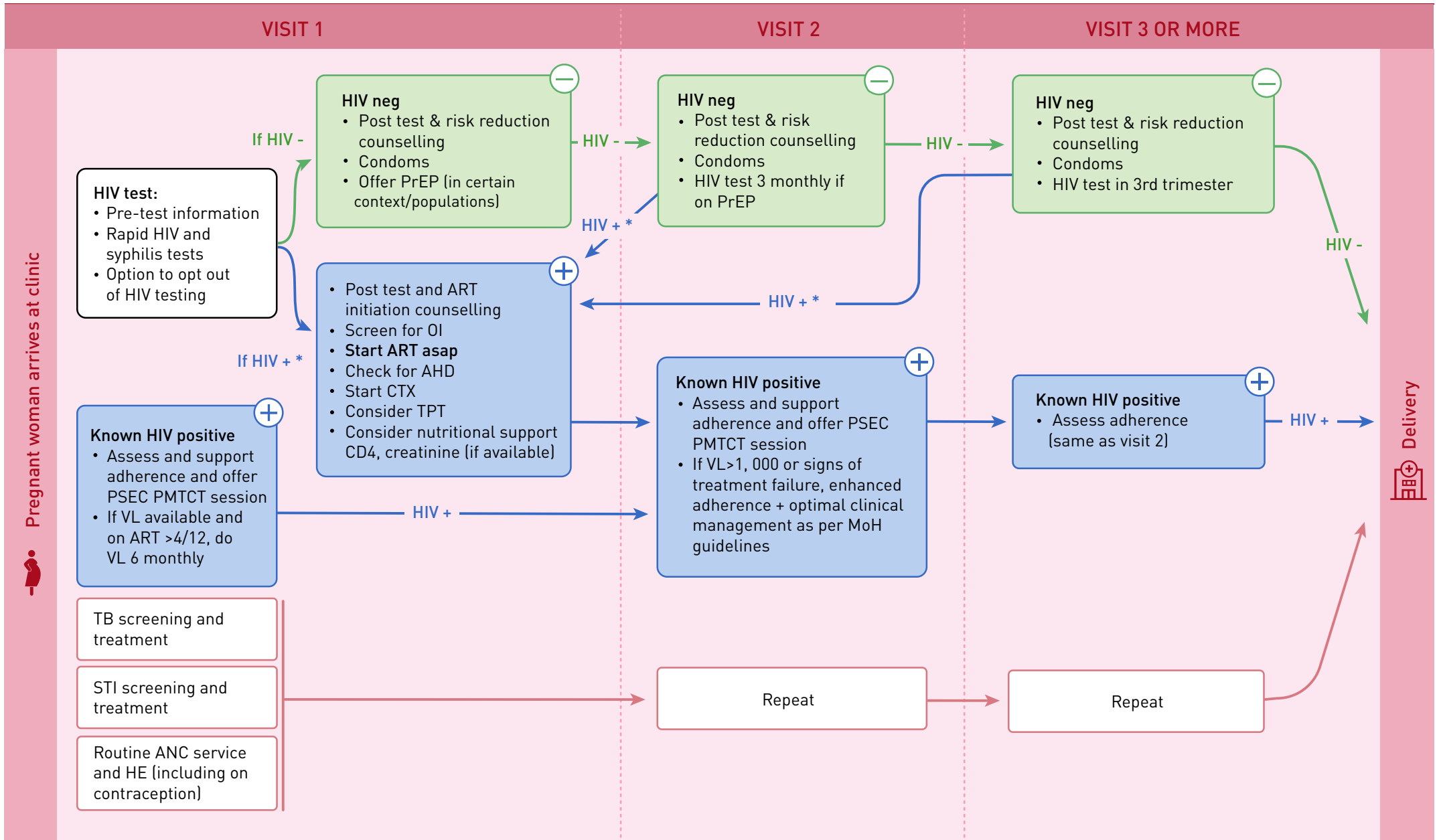
Pour une **mise en application progressive**, nous avons inscrit dans les tableaux ce qui constitue le programme de soins **essentiel** ou **de base** de la PTME, applicable à tous les contextes. Nous avons précisé en **violet** les interventions **souhaitables** pour améliorer la qualité des soins, ou destinées à certains contextes/populations. Au paragraphe 2.5, nous avons envisagé une intégration plus poussée des soins de SSR - pour autant que les moyens soient disponibles. Vous noterez quelques répétitions destinées à vous permettre d'utiliser les parties du manuel les plus pertinentes pour vous.

2.2 SOINS PRÉNATALS

2.2.1 INTERVENTIONS ESSENTIELLES DANS LE CADRE DES SOINS PRÉNATALS

⁷ <https://www.differentiatedservicedelivery.org/about>

Figure 2.2 Diagramme des interventions essentielles dans le cadre des soins prénatals (Allez à l'annexe 8 pour une version imprimable ou téléchargeable)



*Confirmed HIV test:
two positive rapid tests

Abbreviations:
AHD: advanced HIV disease
ANC: antenatal care

ART: antiretroviral therapy
CTX: cotrimoxazole
HE: health education




OI: opportunistic infections
PrEP: pre-exposure prophylaxis
TB: tuberculosis


TPT: tuberculosis prophylaxis treatment
STI: sexually transmitted infections
VL: viral load

2.2.2 DÉPISTAGE DU VIH (ESSENTIEL)

L'accès aux soins prénatals (CPN) est un point de départ majeur pour les femmes vers les soins de PTME et doit être encouragé le plus tôt possible au cours de la grossesse pour de meilleurs résultats en matière de santé.

Tableau 2.1 Dépistage et counseling VIH

QUOI	QUI	OÙ	QUAND	
DÉPISTAGE DU VIH (Dépistage et counseling à l'initiative du soignant) 	Pair formé/ASC/ conseiller 	Option 1: Salle d'attente dans la clinique de CPN Option 2: Espace confidentiel	<ul style="list-style-type: none"> Lors de la première visite prénatale Au troisième trimestre/ pendant le travail Pendant l'allaitement, tous les 6 mois 	
			Double test de diagnostic rapide (TDR) VIH/syphilis⁸ (souhaitable)	Conseiller/ASC/ sage-femme/ infirmière formé(e)
	Dépistage du couple (souhaitable) 			Test du couple lorsque cela est possible

Lors de la première visite prénatale, proposer dépistage et counseling du VIH à l'initiative du soignant, en groupe avec affichage de messages d'éducation sanitaire pré-dépistage (exemple dans ). Cette approche permet de gagner du temps et de réduire la stigmatisation en normalisant le test.

NB: N'oubliez pas d'offrir à la femme la possibilité de refuser le test de dépistage du VIH. Le dépistage du VIH ne doit pas être imposé à la femme, mais être un choix. Si elle choisit de ne pas faire le dépistage du VIH, chercher à savoir pourquoi. Continuer à lui proposer, ainsi qu'à son partenaire, un test de syphilis séparé (test du couple/famille).



⁸ The dual HIV/syphilis rapid test is in the process of being validated intersectionally; please refer to your laboratory advisor for more details.

Les stratégies de dépistage alternatives pour les partenaires et les familles incluent les **auto-tests par voie orale**⁹ ainsi que les **stratégies communautaires** (visites de porte à porte, événements, etc.) Les activités communautaires peuvent permettre d'identifier d'autres femmes enceintes vulnérables (y compris dans les populations clés, comme les travailleuses du sexe) qui pourraient ne pas avoir accès aux soins prénatals.

2.2.3 SI LE VIH EST NÉGATIF

PRÉVENTION POUR TOUTES LES FEMMES SÉRONÉGATIVES (ESSENTIELLE)

Tableau 2.2 Remettre le résultat du test VIH

QUOI	QUI	OÙ	QUAND	
DONNER LE RÉSULTAT DU TEST VIH	Counseling post-test 	Pair / ASC/ conseiller/ sage-femme/ infirmière formé(e)	Espace confidentiel	Lorsque le test VIH a eu lieu
	Contraception ES (éducation à la santé) 	Pair /ASC/ conseiller/ sage-femme/ infirmière formé(e)	Groupe/ espace confidentiel	

Dans **les environnements à forte prévalence du VIH ou pour les populations à haut risque**¹⁰, conseiller aux femmes dont le résultat est négatif de répéter leur test de dépistage du VIH au troisième trimestre/à l'accouchement, lors de leur première visite postnatale, puis tous les six mois pendant l'allaitement. Proposer la PrEP lorsqu'elle est indiquée ou disponible (voir tableau 2.3) Dans les **autres contextes**, la répétition du dépistage du VIH est encouragée.

PRÉVENTION PAR LA PREP (SOUHAITABLE DANS CERTAINS CONTEXTES/POPULATIONS)

La **PrEP** consiste en une prise quotidienne par voie orale de fumarate de ténofovir disoproxil (TDF) ou d'une combinaison de TDF/emtricitabine (TDF/FTC) afin de prévenir la contamination par le VIH. La PrEP s'est avérée efficace auprès d'un large éventail de populations séronégatives. **Dans certains contextes (comme l'Afrique subsaharienne ou les populations à haut risque** avec

⁹ WHO. 2016. Guidelines on HIV self-testing and partner notification: Supplement to consolidated guidelines on HIV testing services. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/251655>

¹⁰ High-risk populations: e.g. sex worker; partners of intravenous drug user; partner in serodiscordant couple – with HIV-positive partner with unsuppressed VL, or partner with unknown status

une incidence du VIH > 3 cas pour 100 personnes-années), les femmes enceintes et allaitantes courent un risque important de contracter le VIH, et la PrEP est alors recommandée¹¹. Lorsque l'adhésion à la PrEP orale est bonne, le risque global de contracter le VIH est réduit de 51 %, ce qui protège les mères et les bébés.

Comment démarrer un programme de PrEP et quelle méthode utiliser dépasse le cadre de ce manuel. Reportez-vous aux [directives MSF TB/VIH](#) et aux exemples de supports de l'Annexe 14 (cliquez pour voir les différents fichiers téléchargeables qui composent l'annexe 14 dans l'appendice).

Table 2.3 Prevention through PrEP

QUOI	QUI	OÙ	QUAND	
PrEP (souhaitable)	Créer une demande pour la PrEP	Pair/ ASC/ conseiller/ tout personnel soignant formé(e)	Salle d'attente/ salle de consultation/ communauté	Lorsque cela est possible
	<p>Initiation de la PrEP:</p> <ul style="list-style-type: none"> Dépistage d'une infection active au VIH et évaluation du besoin de PrEP Analyses sanguines (créatinine, test de dépistage rapide de l'hépatite B) Commencer la PrEP et donner 1-3 mois de traitement PrEP 	Infirmière/sage-femme	Espace confidentiel	Initiation: Revoir après un mois
	<p>Suivi de la PrEP:</p> <ul style="list-style-type: none"> Counselling sur la réduction des risques Contrôle de l'adhésion; intégrer les visites à la contraception Donner 3 mois de PrEP et prévoir un test VIH tous les 3 mois 			Maintenance: Revoir tous les 3 mois


¹¹ Preventing HIV during pregnancy and breastfeeding in the context of PrEP, WHO, 2017 <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIV-2017.09>

2.2.4 SI LE VIH EST POSITIF

SÉROPOSITIVITÉ NOUVELLEMENT DIAGNOSTIQUÉE (ESSENTIEL)

Il est primordial de confirmer un résultat positif conformément à l'Annexe 9, téléchargeable dans le tableau 2.4 ci-dessous. Dans le Tableau 2.4, nous faisons référence au dépistage effectué dans les centres de soins prénatals (CPN) pour une meilleure intégration des soins. Cependant, dans le cas de **populations ou de contextes particuliers (comme les environnements instables ou les femmes marginalisées)** la décentralisation du test vers la communauté peut s'avérer nécessaire.

Table 2.4 Giving the HIV positive result

QUOI	QUI	OÙ	QUAND
DONNER LE RÉSULTAT DU TEST VIH Confirmer le résultat positif  Counseling post-test Dépistage du couple/de la famille (souhaitable)	Pair/ ASC/ conseiller/ infirmier/ sage-femme formé(e)	Espace confidentiel	Dès que possible
INITIATION DE LA TARV Counseling sur l'initiation de la TARV	Pair/ ASC/ conseiller/ sage-femme/ infirmière formé(e)		Le même jour si possible
Rechercher des infections opportunistes (en particulier la TB) et planifier l'initiation de la TARV en conséquence.	Infirmière/ sage-femme		
Commencer le CTX. Envisager le TPT si le dépistage de la TB est négatif. Évaluer la nécessité de compléments nutritionnels.			
Donner 1-3 mois de traitement	Sage-femme/ infirmière (formée)/ technicien de laboratoire		
Bilan sanguin: CD4, créatinine, si suspicion de maladie VIH avancée (AHD): CrAg, TB- LAM (souhaitable)			

Si des tests sur place (PoC) ou en laboratoire sont disponibles, envisager de mesurer le taux de CD4 ainsi que la créatinine au début du traitement et au 4e mois, afin de surveiller la toxicité de


la TARV. En cas de suspicion de maladie VIH à un stade avancé, envisager les tests CrAg et TB-LAM PoC (s'ils sont disponibles) ou référer si non disponibles¹². Sages-femmes ou infirmières peuvent être formées par un technicien de laboratoire pour effectuer ces tests.

Adapter à votre environnement la durée du traitement à administrer à la patiente: une TARV de 2 semaines à 1 mois est idéale pour vérifier les effets secondaires et l'adhésion, mais dans des contextes plus instables ou ruraux, une TARV de 3 mois pourrait être plus adéquate. Dans les situations où la TARV n'est pas disponible dans l'établissement local/de MSF, il est important d'avoir un système de suivi des femmes séropositives pour s'assurer qu'elles débutent la TARV.

¹² [MSF HIV/TB Guide for Primary Care \(2018 with 2021 updates\)](#)

DÉJÀ SOUS TARV (ESSENTIEL)

Tableau 2.5 Suivi de l'observance de la TARV

QUOI	QUI	OÙ	QUAND	
SUIVI DE L'OBSERVANCE (essentiel)	Évaluer l'adhésion au traitement. Rechercher des signes d'échec clinique, rechercher les infections opportunistes (par ex. la TB).	Infirmière/sage-femme	Espace confidentiel dans la CPN	À chaque visite
	Faire un test de CV si le test de CV est disponible et si le patient est sous TARV depuis >6 mois (souhaitable)	infirmière/sage-femme/ technicien de laboratoire		Lors de la première visite prénatale puis tous les 6 mois jusqu'à la fin de l'allaitement
	Si la CV >1 0000 ou signes d'échec du traitement: <ul style="list-style-type: none"> Renforcer le counselling Changer pour un régime efficace conformément aux directives nationales. Nourrisson à haut risque 	Counseling: sage-femme/ infirmière/ conseiller  Changement de régime: sage-femme/ infirmière/ assistant médical/ médecin		Lors de la visite de contrôle
	Si CV <1 000 et/ou stable: <ul style="list-style-type: none"> Donner 1-3 mois de traitement. Envisager la poursuite des groupes de soutien TARV si la patiente en fait partie. Risque faible pour le nourrisson 	Sage-femme/ infirmière		




Si la **CV est disponible**, il s'agit du **meilleur moyen de surveiller l'observance** et la réponse à la TARV. Il est recommandé d'effectuer une CV avant l'accouchement pour évaluer le risque, si la CV est disponible. Une **CV élevée** est le **facteur de risque le plus important pour la TME**. Si la CV est indétectable, le virus est intransmissible (**I=I**) au nourrisson (pendant la grossesse de la mère) ou au partenaire. Il est essentiel d'agir sur un résultat élevé de CV dès que possible pendant la grossesse afin de prévenir la transmission du VIH.

Le recours à un test **sur le lieu de prise en charge (PoC)** a considérablement amélioré le délai d'obtention des résultats et permet d'agir rapidement. Si le PoC n'est pas disponible, il faut mettre en place un **système permettant une transmission rapide des résultats** à la clinique et à la mère: par exemple, en donnant à la mère un rendez-vous de suivi et en cas d'absence au rendez-vous, en établissant un système pour la retrouver dans la communauté (par téléphone, visites à domicile des ASC, etc.)

Cependant, dans les **contextes où la surveillance de la CV n'est pas possible**, il faut rechercher des signes de défaillance clinique ou immunologique et agir en fonction de ceux-ci ([Manuel clinique MSF VIH/TB pour les soins de santé primaires](#)).

2.2.5 MESURES COMPLÉMENTAIRES DE PRÉVENTION DU VIH ET D'AUTRES MALADIES (ESSENTIELLES - TOUTES LES FEMMES)

Tableau 2.6 Suivi prénatal, dépistage et traitement des IST, éducation sanitaire sur la contraception et dépistage de la TB et de l'hépatite B

QUOI	QUI	OÙ	
Suivi prénatal de routine et ES <i>(essentiels)</i>	Interventions cliniques de routine, comme le tétanos	Routine: Soins cliniques par une sage-femme/ infirmière	Espace confidentiel et salle d'attente/ communauté
	Éducation sanitaire (voir l'exemple du plan de naissance) 		
Dépistage et traitement des IST <i>(essentiels)</i>	Dépistage syphilis/VIH ¹³	ES et counseling par un pair/ASC/ conseiller/ clinicien(ne) formé(e)	
	Dépistage et recherche de symptômes d'IST		
	Counseling sur la diminution des risques et mise à disposition de préservatifs		
ES sur la contraception <i>(essentielle)</i>	Explication des différentes méthodes de contraception après l'accouchement 		Salle d'attente/ communauté
Dépistage et traitement de la TB <i>(essentiels)</i>	Recherche de symptômes de TB et de cas contacts TB 		Groupe/ espace confidentiel
Dépistage de l'hépatite B <i>(souhaitable dans les zones à incidence élevée)</i>	Lors du test VIH/syphilis, effectuer en même temps le test rapide de l'AgHBs. La vaccination néonatale contre l'hépatite B est recommandée pour tous les nouveaux nés.		Espace confidentiel

La "prévention" dans la PTME englobe certaines des mesures habituelles de prévention du VIH décrites dans d'autres sections. Cependant, la "prévention" comprend également la prévention de la grossesse par une utilisation appropriée de la contraception. Dans le cadre de l'élimination du VIH/syphilis et de l'hépatite B, nous décrivons comment mettre en œuvre le dépistage de l'hépatite B chez les mères également. Dans les contextes où la **prévalence de l'hépatite B** est >5% (ou lorsque la prévalence est inconnue), le dépistage de l'hépatite B chez les femmes enceintes doit être proposé avec un test rapide AgHBs, ainsi que la vaccination contre l'hépatite B à la naissance de **tous les nouveaux nés**, quel que soit le résultat du test de la mère.

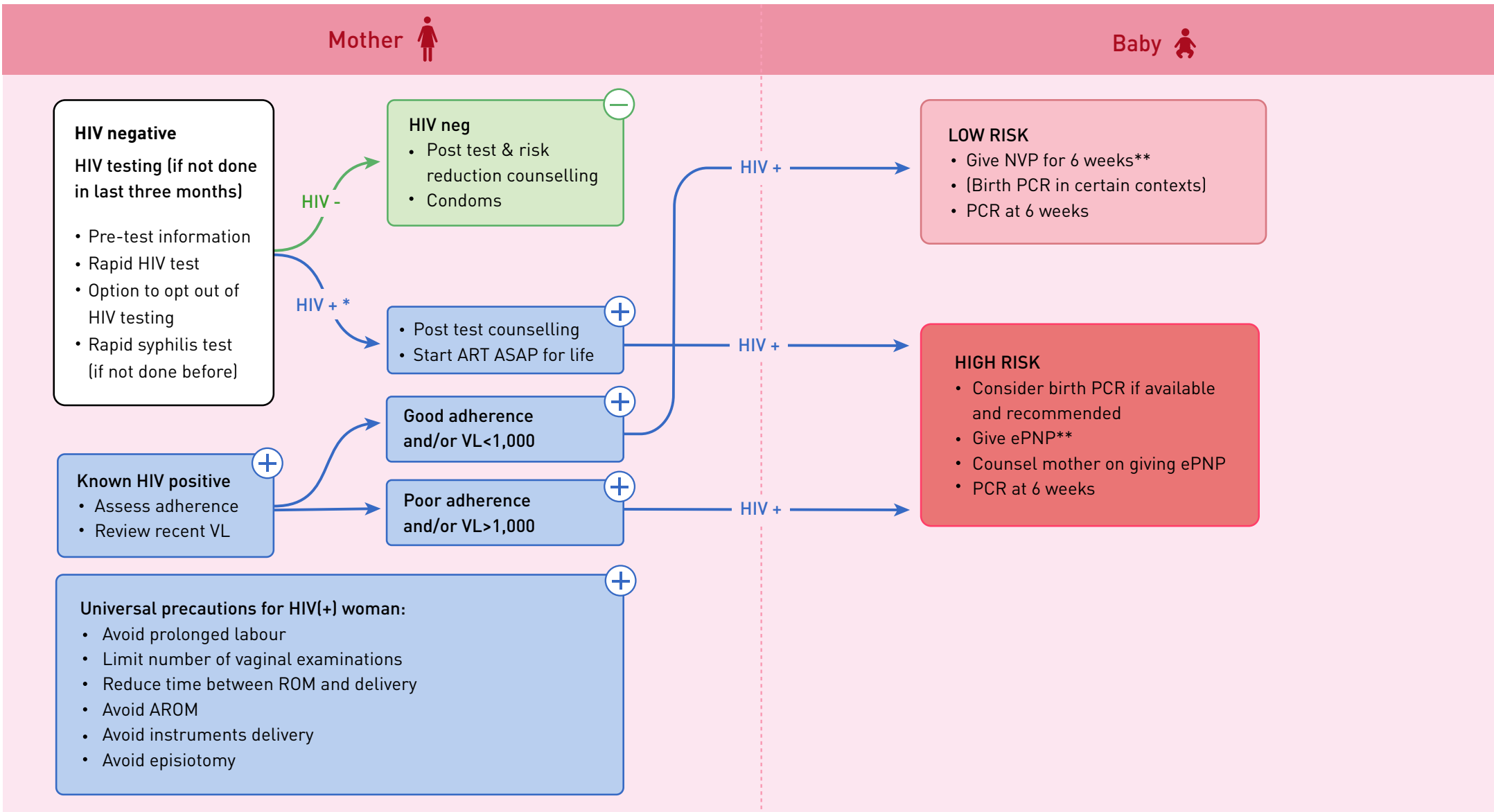
2.3 ACCOUCHEMENT

2.3.1 DÉROULEMENT DU TRAVAIL (ANNEXE 17)

Figure 2.3 PTME: Diagramme du déroulement de l'accouchement

¹³ Please discuss with your laboratory advisor the availability of the dual HIV/syphilis rapid test

Figure 2.3 PTME : Diagramme du déroulement de l'accouchement (Allez à l'annexe 17 pour une version imprimable ou téléchargeable)



HIV -

HIV +

* Confirmed HIV test: two positive rapid tests

** Refer to local MoH guidelines or MSF PMTCT 2020 guidelines

Abbreviations:

AROM: artificial rupture of membranes
 ART: antiretroviral therapy
 ePNP: enhanced prophylaxis

NVP: nevirapine
 ROM: rupture of membranes
 VL: viral load

2.3.2 DÉPISTAGE MATERNEL DU VIH (ESSENTIEL)

Pour les **femmes consultant pour la première fois** pour des soins prénatals, se reporter à la section 2.2: Le dépistage du VIH est primordial.

Dans les environnements où la **prévalence du VIH est élevée** ou pour certaines populations à haut risque¹⁴, les femmes dont le test de dépistage du VIH est négatif au cours du premier trimestre (ou qui n'ont pas été testées auparavant) doivent être testées à nouveau au cours du troisième trimestre/du travail (de préférence avant l'accouchement). Dans les environnements où la prévalence du VIH est faible, le renouvellement du test est encouragé.

- + **Si le test VIH est toujours négatif**, du counseling post test doit être proposé.
- + **Si le test VIH est positif** et que la femme n'est pas encore sous TARV, commencer la TARV dès que possible (une dose pendant le travail) et poursuivre le traitement à vie. Commencer une prophylaxie néonatale renforcée (PPNr) pour le nouveau-né (voir section 2.3.4)

Si la mère est connue pour être VIH positive, appliquer les précautions d'usage pour prévenir la transmission du VIH pendant le travail. Vérifier la CV la plus récente ou l'observance thérapeutique (voir section 2.2), y compris s'il y a eu interruption du traitement (ou retard à l'initiation de la TARV). Cet élément sera essentiel pour déterminer si le nouveau-né est à faible risque ou à haut risque et s'il a besoin d'une PPNr.

2.3.3 MESURES COMPLÉMENTAIRES DE PRÉVENTION DU VIH ET D'AUTRES MALADIES (ESSENTIELLES - TOUTES LES FEMMES)

Ceci est similaire à ce qui est décrit dans la section 2.2.5

2.3.4 SOINS AUX NOURRISSONS EXPOSÉS AU VIH



CLASSIFICATION DU RISQUE DES NOUVEAU-NÉS ET ADMINISTRATION DE LA PPN

Afin d'optimiser la PTME, il est très important d'administrer la **PPN** au nourrisson le plus tôt possible après la naissance. Cependant, le personnel soignant a souvent des difficultés à déterminer le **niveau de risque** des nourrissons, ce qui peut retarder le processus. Le recours à une checklist peut aider l'équipe clinique à décider qui est à haut risque. Reportez-vous au tableau 2.7 ci-dessous.

¹⁴ High-risk populations: e.g. sex worker; partner of intravenous drug user; partner in serodiscordant couples – with HIV-positive partner with unsuppressed VL, or partner with unknown status



Il est également important de savoir quels sirops donner, à quelles doses et à quel moment. Il n'est pas si facile d'administrer des sirops à un nourrisson, surtout pour les mères qui viennent d'accoucher. Un exemple de conseil sur l'administration de sirops est fourni dans le tableau 2.7 ci-dessous.

Tableau 2.7 Classification du risque néonatal et administration de la prophylaxie postnatale

QUOI		QUI	OÙ	QUAND
Classification du risque	Check-list de classification du risque 	Infirmière / sage-femme/ clinicien(ne) formé(e)	Espace confidentiel dans la salle de travail/ salle postnatale	Après l'accouchement
Nourrisson haut risque/ bas risque	Poids du nourrisson			
	Identifier les sirops disponibles et les doses requises.			
	Conseiller la mère et lui montrer comment administrer la PPN. 			
	Donner à la mère son prochain rendez-vous avec la clinique pour la PPN.			

DÉPISTAGE À LA NAISSANCE: SOUHAITABLE DANS CERTAINS CONTEXTES

Table 2.8 Testing for HIV at birth

QUOI		QUI	OÙ	QUAND
Dépistage du VIH à la naissance (uniquement dans certains contextes)	Information VIH pré-test 	Infirmière/ sage-femme/ clinicien(ne) formé(e)	Salle de travail/ maternité	0-2 jours après la naissance
	PCR (PoC ou PCR sur papier buvard)			
	Résultat indéterminé: Répéter le test PCR			
	Résultat négatif: Counseling relatif au résultat de la PCR  Donner rendez-vous pour le prochain test			
	Résultat positif: Counseling relatif au résultat de la PCR Débuter la TARV pédiatrique			

Comme décrit dans les [directives de la PTME](#), le dépistage à la naissance ne doit être envisagé que dans certains contextes. Pour plus d'informations à ce sujet, discuter avec votre référent en matière de soins TB/VIH. **Donner la priorité à un test PCR à 6 semaines**, car il permet d'identifier les transmissions prénatales et intra-partum.

En fonction de la situation, envisager une PCR sur papier buvard (DBS) envoyée à un laboratoire central ou par PoC proche. Si le DBS est utilisé, il est important d'assurer un transport adéquat des échantillons. Il est également important de s'assurer que les résultats sont reçus et communiqués à la mère ou à la personne qui s'occupe du nourrisson. Des stratégies telles que l'envoi des résultats par SMS¹⁵ peuvent être utilisées.

- + Si le résultat est **négatif**, dispenser un counseling approprié afin de s'assurer que la mère poursuivra le suivi et ramènera l'enfant pour un **nouveau test** à l'âge de 9 et 18 mois (ou 3 mois après la fin de l'allaitement) ce n'est qu'à ce moment-là que l'enfant pourra être considéré comme réellement séronégatif.
- + Si le nouveau-né est **VIH positif**, il est nécessaire d'initier rapidement une TARV ou de l'orienter pour qu'il soit traité.

2.4 SOINS POSTNATALS

2.4.1 DÉFIS RENCONTRÉS DANS LA PRESTATION DES SOINS MATERNELS ET INFANTILES POSTNATALS ET SOLUTIONS

Après l'accouchement, il est de plus en plus évident que la **rétenion dans les soins VIH est faible**. Des études montrent que jusqu'à 30 % des mères sont perdues de vue au cours des six premiers mois du post-partum. Cette faible fidélisation des mères aux soins serait due à divers facteurs tels que:

- + exigences accrues pour la mère du fait des soins à apporter à leur enfant;
- + non-divulgence du statut VIH;
- + frais de déplacement;
- + stigmatisation;
- + lassitude vis-à-vis du régime thérapeutique et
- + manque de mobilisation du partenaire^{16,17,18}

¹⁵ UNICEF, "Evidence-based practices for retention in care of mother-infant pairs in the context of eliminating mother-to-child transmission of HIV in Eastern and Southern Africa" 2019 <https://www.unicef.org/esa/reports/evidence-based-practices-retention-care-mother-infant-pairs>

¹⁶ Clouse K et al. What they wanted was to give birth; nothing else : Barriers to retention in option B+ HIV care among postpartum women in South Africa". 2014. *J Acquir Immune Defic Syndr* 67(1):12-8.

¹⁷ Phillips et al. Disengagement of HIV-positive pregnant and postpartum women from antiretroviral therapy services: a cohort study". *J Int AIDS Soc* 2014;17:19242.

¹⁸ WHO. Integrating antiretroviral therapy into antenatal care and maternal and child health settings: a systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ.* 2013;91(1):46-56. <http://www.who.int/entity/bulletin/volumes/91/1/12-107003.pdf>

Les facteurs **liés au système de santé** sont les suivants:

- + longs délais d'attente dus au nombre élevé de patients; et
- + fréquence élevée des visites de suivi, avec des jours/sites différents pour la mère et le bébé.

L'une des stratégies visant à améliorer les soins postnatals et la prise en charge du VIH pendant le post-partum est **l'intégration des services**: intégration des soins du VIH à d'autres services, mais aussi intégration des soins de la mère à ceux du nourrisson, et finalement intégration aux soins de la famille. Bien que l'on sache que l'intégration soit bénéfique, elle a souvent été **peu appliquée**. **Les raisons** pour ce manque de mise en œuvre comprennent:


- + **programmes verticaux**, avec acteurs et financements différents, qui ne sont pas en mesure de prendre en compte l'intégration;
- + **centres référents** avec une qualité de soins médiocre;
- + **suivi insuffisant** dans de nombreux sites, pour les enfants de moins de 5 ans et après la période postnatale;
- + **enfants exposés au VIH se présentant dans d'autres services** (tels que CE, IPD, tente pour la nutrition, etc.) où ils risquent de ne pas être reconnus comme exposés au VIH et où les soins de la mère ne sont pas suivis;
- + **manque de formation du personnel** pour assurer les soins maternels et infantiles ainsi que les soins liés au VIH.

L'une des principales questions concernant cette approche intégrée est de savoir **où** et **comment la mettre en œuvre**. Il existe de nombreuses façons de suivre la mère et le nourrisson ensemble. Elles peuvent être regroupées en **trois approches**:

- 1. Intégrer les soins cliniques de la mère aux soins de l'enfant**: du suivi habituel (par ex. PEV, suivi des bébés à haut risque) aux visites ponctuelles (par ex. nutrition, CE, IPD, etc.).
- 2. Intégrer les consultations de l'enfant aux soins cliniques maternels** (dépistage, délivrance de la TARV mais aussi consultation postnatale, consultation pour la contraception, etc.)
- 3. Créer des espaces intégrés pour examiner la mère et l'enfant** (par ex: clubs postnatals).

Pour concevoir votre propre service intégré, qui fonctionnera dans votre contexte, nous vous recommandons de **suivre les étapes décrites dans la section 1**. Utiliser l'outil d'évaluation en suivant les étapes décrites dans la Section 1 pour évaluer votre organisation et le fonctionnement actuel.

NB: Les changements et la mise en œuvre doivent être envisagés selon une approche progressive afin de s'adapter à la capacité de mise en œuvre du site et d'assurer la consolidation et la confiance de l'équipe dans la mise en œuvre du programme. Cela vous permettra également de définir les actions, en tenant compte des moyens disponibles, et de planifier et prévoir des ressources supplémentaires pour l'intensification des actions. Par exemple, commencer par suivre les mères et les bébés jusqu'à 6 semaines et augmenter progressivement jusqu'à 18 mois.

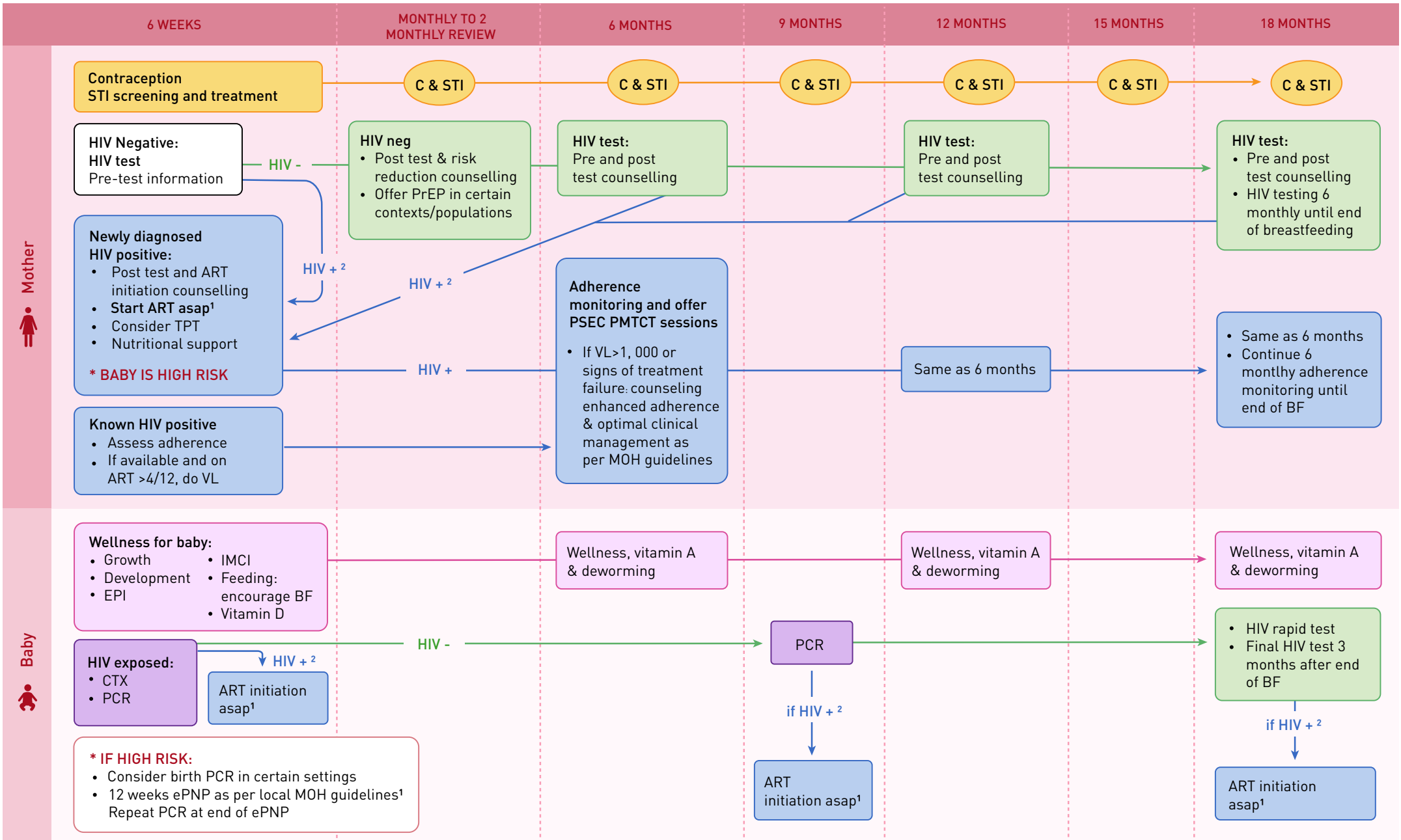
Nous avons décrit trois exemples [Annexe 21]  ces exemples ne sont pas normatifs mais tentent simplement de décrire ce qu'il est possible de mettre en œuvre. Pour obtenir de l'aide sur la façon d'adapter votre dispositif, contacter votre référent VIH/TB ou le responsable de l'information médicale.

2.4.2 DESCRIPTION DES SOINS INTÉGRÉS POUR LES MÈRES ET LES NOURRISSONS

DIAGRAMME DE DÉROULEMENT DE LA PÉRIODE POSTNATALE

Figure 2.4 Déroulement de la PTME postnatale (voir page suivante)

Figure 2.4 Déroulement de la PTME postnatale (Voir Annexe 22 pour une version imprimable ou téléchargeable)



NB Test mother or baby at any point if any clinical suspicion of HIV

1. Refer to local MoH guidelines and MSF TB/HIV care guidelines
2. Positive result needs 2nd confirmatory positive result

Abbreviations:
AHD: advanced HIV disease
ART: antiretroviral therapy
BF: Breastfeeding









C: contraception
CTX: cotrimoxazole
EPI: expanded program on immunisation

ePNP: enhanced prophylaxis
IMCI: integrated management of childhood illness
PrEP: pre-exposure prophylaxis

STI: sexually transmitted infections
TPT: tuberculosis prophylaxis treatment
VL: viral load

MÈRES VIH NÉGATIVES

Tableau 2.9 Tests VIH et contraception

QUOI		COMMENT	QUI	OÙ	QUAND
Mère	Nourrisson				
Test VIH (pré-test, test, post-test), contraception (essentiels) 	Triage,  PCIME,  croissance  et développement, PEV, surveillance nutritionnelle, (essentiels) 	ES sur l'alimentation du nourrisson,  signes d'alerte chez le nourrisson 	Conseiller non professionnel/ pair-mère/ sage-femme/ infirmière/ clinicien	Salles d'attente/ communauté	Visite des 6 semaines puis suivi du programme PEV (suivi au moins tous les 2 mois pendant les 6 premiers mois)
		PrEP <i>(souhaitable dans certains contextes/ populations)</i>	S sur la PrEP, son initiation et son maintien²⁰: test tous les 3 mois, counseling sur la réduction des risques	"Guichet unique" pour les services cliniques destinés aux mères et aux nourrissons ¹⁹ 	

Dans les contextes où la **prévalence du VIH et la couverture TARV sont élevées (ou population à haut risque)**²¹, les femmes dont le test de dépistage du VIH est négatif pendant la grossesse ou le travail doivent refaire le test pendant l'allaitement, de préférence lors de la première visite postnatale, puis tous les six mois. Les mères séronégatives qui allaitent doivent être encouragées à prendre la PrEP et à faire le test tous les 3 mois.

Dans un contexte instable, ou si la mère ne peut être vue tous les 6 mois, recourir au dépistage d'opportunité (par ex: présence du nourrisson à la tente de malnutrition, IPD, CE présence de la mère pour la contraception, etc).

¹⁹ Use integrated mother and child stationery (see example in Annexe 6)

²⁰ View Annexe 14

²¹ High-risk populations: e.g. sex worker; partner of intravenous drug user; partner in serodiscordant couples – with HIV-positive partner with unsuppressed VL, or partner with unknown status

Dans les contextes où la **prévalence du VIH est élevée et la couverture TARV faible**, il est conseillé de refaire le test lorsque c'est possible.

MÈRE VIH POSITIVE ET NOURRISSON EXPOSÉ AU VIH

Mère diagnostiquée récemment pendant l'allaitement

Tableau 2.10 Initiation de la TARV chez la mère VIH positive et le nourrisson qu'elle allaite

QUOI		COMMENT	QUI	OÙ	QUAND
Mère	Nourrisson				
<p>Confirmation des résultats positifs du test et counseling post test</p> <p>⬇️ ⬇️</p> <p>Initiation et distribution de la TARV ²²</p> <p>Contraception (essentiels)</p> <p>⬇️</p>	<p>Nourrisson à haut risque (PTME)</p> <p>Test VIH le jour même (PoC de proximité ou DBS)</p> <p>Commencer CTX</p> <p>Commencer la PPNr</p> <p>Conseils sur l'alimentation (essentiels)</p> <p>Triage, PCIME, croissance et développement, PEV, surveillance nutritionnelle (essentiels)</p> <p>⬇️ ⬇️ ⬇️ ⬇️</p>	<p>Counseling pour la mère (post-test, initiation et préparation à la TARV)</p> <p>⬇️</p> <p>et pour le nourrisson (dépistage, alimentation, signes d'alerte et administration du sirop)</p> <p>⬇️ ⬇️ ⬇️</p> <p>“Guichet unique” pour les prestations cliniques</p> <p>Envisager un PoC de proximité pour le dépistage du nourrisson</p>	<p>Conseiller non professionnel/ pair-mère/ sage-femme/ infirmière/ clinicien</p> <p>Infirmière/ médecin/ clinicien formés</p>	<p>Espace confidentiel</p>	<p>Au moment du diagnostic VIH de la mère</p>

Pour des recommandations cliniques sur le processus d'initiation de la TARV chez la mère, se référer aux [directives de la PTME](#).

Pour le **test PCR du nourrisson**, en fonction du contexte, un PoC de proximité peut être envisagé pour un délai d'exécution plus rapide. Avec ou sans PoC de proximité, la **remise du résultat de la PCR** à la mère ou à la personne qui s'occupe de l'enfant est essentielle et des dispositions doivent être prises en conséquence (indiquer la date du rendez-vous pour les résultats, s'assurer de

²² [Please refer to Section 2.2 and to TB/HIV primary care guidelines regarding ART initiation](#)

retrouver la mère/la personne qui s'occupe de l'enfant, si elle ne revient pas pour les résultats, surtout s'ils sont positifs).

Si le **test VIH du nourrisson est positif**, celui-ci doit être mis sous TARV dès que possible, soit dans le même centre, soit dans un centre de référence. et un deuxième échantillon PCR doit être prélevé pour un test de confirmation. Pour plus d'informations sur le traitement à débiter, se reporter aux directives de votre ministère de la santé ainsi qu'au [manuel MSF VIH-TB pour les soins de santé primaires](#). Pour plus d'informations sur le PoC à utiliser et pour savoir s'il est applicable à votre contexte, en discuter avec votre conseiller en soins TB/VIH.

Si la mère est diagnostiquée pendant l'allaitement, le nourrisson doit recevoir des sirops prophylactiques renforcés (PPNr) en attendant son résultat du test VIH. Veuillez-vous référer aux politiques locales du ministère de la santé et aux [directives MSF](#). Tenez compte de ce qui est disponible localement et de ce qui est le plus facile à administrer pour la mère, lorsque vous décidez de la PPN à utiliser.

Le **counseling** de la mère du nourrisson peut être confié à des conseillers, à des agents non professionnels formés, à des pairs mentors, etc., ou effectué par le clinicien dans le cadre d'un "**guichet unique**". Il est important de rassurer la mère sur le fait qu'elle peut allaiter son enfant en toute sécurité, tant qu'elle prend sa TARV quotidiennement et qu'elle donne à son enfant sa PPN.

MÈRE DÉJÀ SOUS TARV

Tableau 2.11 Mère VIH positive qui est déjà sous TARV

QUOI		COMMENT	QUI	OÙ	QUAND
Mère	Nourrisson				
Contrôle de l'observance de la TARV (et de la CV lorsque c'est possible) ²³	PTME: Commencer le CTX à 4-6 semaines	Counseling pour la mère (adhérence) ainsi que pour le nourrisson (alimentation, signes d'alerte et administration du sirop)	Conseiller non professionnel/ pair-mère/ sage-femme/ infirmière/ clinicien	Espace confidentiel	4-6 semaines après la naissance, puis suivre le programme PEV (y compris la visite à 9 mois et à 18 mois)
Dépistage de la TB et TPT le cas échéant	PCR à 6 semaines PCR à 9 mois Test de diagnostic rapide à 18 mois (et/ou 3 mois après l'arrêt de l'allaitement)				
Contraception	Triage	"Guichet unique" pour les prestations cliniques décrites dans le mode d'emploi	Infirmière/ médecin/ clinicien formés		
Surveillance nutritionnelle	PCIME, croissance et développement, PEV, surveillance nutritionnelle (essentiels)				


En ce qui concerne le contrôle de l'observance de la TARV chez la mère et ce qu'il faut faire en cas de mauvaise observance ou de taux élevé de CV: se référer aux [directives de PTME](#). Noter que pendant l'allaitement, la **surveillance de la CV est recommandée tous les 6 mois dans tous les sites**. Pour les Poc, voir à la section précédente dans le tableau 2.10.

2.5 DAVANTAGE D'INTÉGRATION DES SERVICES

Comme décrit dans la section 2.2, les **conseils en matière de contraception pour la mère ainsi que le dépistage des IST et de la TB** devraient également être envisagés pendant la période postnatale.

²³ Se référer à la section sur le suivi de l'observance dans la section 2.2 et MSF TB HIV https://msfintl.sharepoint.com/sites/msfintlcommunities/RH_SVcare_WG/SitePages/Home.aspx

Si davantage de moyens sont disponibles, une **intégration plus large des services** peut être envisagée. Certaines interventions pourraient être plus pertinentes dans certains contextes que dans d'autres.

- + **Dépistage de la dépression:** Les femmes enceintes séropositives vivant dans des conditions socio-économiques difficiles sont particulièrement vulnérables à la dépression²⁴. De nombreux dépistages de la dépression peuvent être réalisés par des non-professionnels formés, notamment à l'aide du questionnaire sur la santé du patient (PHQ-9). Avant de commencer le processus de dépistage, essayez de répertorier les systèmes d'orientation (par ex. psychologue, travailleur social, etc.) ou de renforcer les capacités en interne permettant d'aider les femmes identifiées comme souffrant de dépression (par ex. infirmière, sage-femme, etc.). Pour le diagnostic et le traitement en santé mentale, vous pouvez vous référer aux [directives MSF MH](#) (Santé Mentale) et au [guide d'intervention MH GAP](#).
- + **Dépistage du cancer du col de l'utérus:** Le cancer du col de l'utérus est un problème courant chez les femmes vivant avec le VIH. La consultation postnatale est une bonne occasion de procéder au dépistage du cancer du col de l'utérus. Il n'existe pas actuellement de manuel MSF sur le dépistage du cancer du col de l'utérus, mais vous pouvez contacter votre référent SSR pour plus d'informations.
- + **Dépistage des violences sexuelles:** La grossesse (et le VIH) peuvent être le résultat de violences sexuelles, notamment dans les situations de conflit et de déplacement. Pour plus d'informations sur la façon de mettre en œuvre le dépistage des violences sexuelles, se reporter au manuel sur les violences sexuelles²⁵.
- + **Dépistage et vaccination contre l'hépatite B:** Se référer aux [directives cliniques de PTME](#).
- + **Mesures pour le développement de la petite enfance et groupes de soutien par les pairs:** Se référer à l'exemple de club postnatal (PNC) dans l'Annexe 21  pour plus de détails sur la façon de mettre en œuvre un groupe de soutien par les pairs.

²⁴ <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/maternal-mental-health>

²⁵ https://msfintl.sharepoint.com/sites/msfintlcommunities/RH_SVcare_WG/layouts/15/AccessDenied Veuillez consulter votre référent SSR pour plus d'informations.

SECTION 3: CONTEXTUALISER LA PTME À DES SITUATIONS SPÉCIFIQUES

Malgré des progrès importants en matière de PTME, les chiffres mondiaux se situent encore à 12%, avec certaines régions où le nombre d'enfants infectés par le VIH est en augmentation. Les derniers rapports annuels de l'ONUSIDA ont souligné que la plupart des nouvelles infections pédiatriques au VIH en Afrique occidentale et centrale sont dues à une faible couverture TARV parmi les femmes enceintes séropositives et les femmes qui allaitent²⁶. Par contre, en Afrique de l'Est, plus de la moitié des transmissions ont lieu pendant l'allaitement, du fait d'une nouvelle infection maternelle accidentelle au VIH ou de l'interruption de la TARV. En Afrique australe, le tableau est plus mixte, l'absence de couverture en TARV pendant la grossesse et l'acquisition du VIH pendant l'allaitement étant les deux principaux facteurs de TME. Ces données suggèrent que les interventions de PTME décrites dans ce manuel doivent être adaptées aux différents contextes. Nous vous proposons ici quelques suggestions.

3.1 CONTEXTE DE PRÉVALENCE VIH ÉLEVÉE²⁷ AVEC UNE COUVERTURE TARV ÉLEVÉE

Dans les pays à forte prévalence du VIH et à couverture TARV élevée, comme la plupart des pays d'Afrique australe, la PTME est en place depuis de nombreuses années. Dans ces situations la plupart des mesures de soins décrites dans ce manuel sont applicables. En particulier:

- + **L'accès à la PrEP pour les femmes enceintes et allaitantes séronégatives;**
- + **L'accès à des modèles de soins différenciés**, notamment pour les femmes enceintes séropositives et le couple mère/nourrisson, afin de garantir la pérennité des soins, notamment pendant la période postnatale; et
- + **Le focus sur les stratégies communautaires et la décentralisation des soins** (par ex. en offrant des soins intégrés VIH et santé maternelle, néonataux et infantiles dans un site de proximité).

²⁶ [MSF Strategic Framework for Responding to the HIV Epidemic: 2019 – 2023.](#)

²⁷ [UNAIDS. Communities at the centre defending rights breaking barriers reaching people with HIV services. \(2019\)](http://rstes.unaids.org/publications/global-publications/2019/item/209-global-aids-update-2019-communities-at-the-centre)

3.2 CONTEXTE DE PRÉVALENCE VIH ÉLEVÉE AVEC UNE COUVERTURE TARV FAIBLE

Les contextes à forte prévalence du VIH et à faible couverture TARV (tels que l'Afrique centrale et occidentale) contribuent à plus de 30% du total des décès dus au VIH, avec moins d'un tiers des enfants séropositifs sous TARV et moins de la moitié des adultes séropositifs sous TARV²⁸.

Dans ce type de contexte, il est d'autant plus important de trouver les femmes enceintes séropositives et donc essentiel de se concentrer sur:

- + **Le dépistage du VIH chez la mère dans le cadre des soins prénatals, de la maternité et des soins postnatals, et la mise en relation avec la TARV.**
- + **La rétention dans les soins grâce à des stratégies communautaires** (axées sur l'engagement communautaire et l'éducation sanitaire pour réduire la stigmatisation), **à des groupes de soutien** avec des mères mentors, etc;
- + **L'intégration de la prise en charge VIH aux activités nutritionnelles et aux autres services pédiatriques** pour identifier les nourrissons à haut risque d'exposition au VIH; et
- + **La décentralisation des modèles de soins** (soins VIH/PTME intégrés à d'autres services) plus près de la communauté.

Ne pas oublier que référer les mères séropositives nouvellement diagnostiquées et les nourrissons pour leur suivi aux programmes du ministère de la Santé, nécessite un certain degré de confiance dans la qualité des soins des services fournis. Se référer à l'Annexe 3 pour plus d'informations.

3.3 CRISES HUMANITAIRES COMPLEXES

MSF s'engage également à intégrer la prise en charge VIH lors de crises humanitaires complexes. Dans les situations d'urgence, la stigmatisation, l'insécurité ou la violence et les longues distances à parcourir jusqu'aux centres de soins constituent des obstacles majeurs.

Les stratégies visant à vaincre la stigmatisation comprennent **l'engagement communautaire et l'éducation sanitaire** sur le VIH. En raison de la complexité des situations, les stratégies doivent être adaptées et se concentrer sur:

²⁸ High HIV prevalence is defined as HIV prevalence >1%

- + **Le dépistage du VIH**, par ex. en utilisant une approche décentralisée du dépistage intégrée à **l'accès aux soins de contraception et d'avortement sans risque** (voir l'exemple de Yambio²⁹);
- + **Mise en relation des soins et de la rétention dans les soins**: un nombre réduit de visites pourrait s'avérer plus faciles à réaliser;
- + **La délivrance de la TARV** pour des durées plus longues et **les procédures d'urgence** pour la TARV maternelle et la PPN infantile (distribuer 4-6 mois de TARV en cas d'insécurité croissante pour permettre aux patients de continuer à suivre leur traitement).
- + **Les violences sexuelles**: étant donné leur fréquence accrue, leur **dépistage** prend également plus d'importance³⁰;
- + **La carte sanitaire de voyage**: les patients sont encouragés à voyager avec leur carte nationale de TARV, où le régime de TARV, la date du diagnostic du VIH, etc. sont documentés;
- + **L'émancipation des femmes** quant à la connaissance et à la communication de leur état de santé; et
- + **Le dépistage de la malnutrition**: celle-ci étant aggravée par le VIH et le contexte d'urgence.

3.4 TRAVAILLEUSES DU SEXE

Les populations clés, et en particulier les travailleuses du sexe, sont exposées à un risque élevé de grossesses non planifiées et d'infection par le VIH. En raison du manque d'accès ou des présentations tardives aux soins prénatals, elles sont également exposées à un risque élevé de transmission verticale du VIH. Cela souligne la nécessité d'une **intervention intégrée à "guichet unique"**, où la PTME, la contraception et l'avortement sans risque devraient être proposés.

De nombreuses mères peuvent ne pas révéler qu'elles sont des travailleuses du sexe par crainte de stigmatisation, de discrimination et de criminalisation. Pour leur permettre d'accéder aux soins, les services doivent être conviviaux, tolérants et flexibles. Cela peut se faire en sensibilisant le personnel de MSF et de la fonction publique par le biais de formations et d'ateliers sur la diminution de la stigmatisation et sur les besoins des travailleuses du sexe et leurs vulnérabilités pendant la grossesse; par l'engagement et l'émancipation de la communauté des travailleuses du sexe (y compris la distribution de la TARV par des pairs formés, entre les visites médicales³¹; et des

²⁹ High HIV prevalence is defined as HIV prevalence >1%

³⁰ MSF. 2018. HIV Test and Treat Pilot project in Yambio comes to a close. Press release. <https://www.msf.org/yambio-test-and-treat>

³¹ For more information on sexual violence screening, refer to your SRH referent or to the toolkit https://msfintl.sharepoint.com/:f:/s/msfintlcommunities/RH_SVcare_WG/EmdPx4fcHiFArxylehzzUowBF4yo-tM5u-Ks50vDMhyi1g?e=DZyeGo

modèles de soins différenciés dirigés par des pairs afin de permettre des horaires flexibles, dans les cliniques existantes ou les sites délocalisés ³²).

Lorsque l'on adapte l'intervention de PTME à ce groupe vulnérable, il faut essayer de se concentrer sur quelques points clés:

- + Agents de santé **accueillants et sensibilisés** aux travailleuses du sexe;
- + **Soins intégrés en "guichet unique"**: cet aspect est particulièrement important, tant dans la phase prénatale que postnatale (le suivi de la mère et du nourrisson en couple et l'accès à la contraception sont essentiels);
- + **Prévention VIH (PPE, PrEP, PPN), tests VIH fréquents (tous les 3 mois) préservatifs et dépistage des IST;**
- + **Dépistage prénatal de l'hépatite B et C;**
- + D'autres interventions "facultatives", telles que la **détection et la prise en charge de la santé mentale, le dépistage et la prise en charge des violences sexuelles et du cancer du col de l'utérus**: prennent plus d'importance dans cette population (voir section 2.5);
- + Délivrance du **traitement pour une durée plus longue** (comme dans un contexte d'urgence) en raison de la forte mobilité et de la migration;
- + Travail avec des **pairs éducateurs**; et
- + **Recours aux travailleurs sociaux** lorsque cela est possible (pour aider avec les documents, la protection, les grossesses chez les adolescentes, etc.).

3.5 ENFANTS

Dans la section 2.4 sur les soins postnatals, nous avons examiné comment intégrer les soins maternels et infantiles. Dans cette section, nous voulons attirer l'attention sur les enfants qui sont des éléments clés pour aborder **l'intégration des soins et de la PTME lorsque l'enfant se présente dans d'autres services MSF.**

Les enfants exposés au VIH peuvent se présenter dans vos services par d'autres portes, et il est très important de maintenir un niveau élevé de vigilance quant aux infections par le VIH, en particulier si

³² WHO HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Policy brief consolidated guidelines (2017) <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258967/WHO-HIV-2017.05-eng.pdf?sequence=1>

³³ [Pour plus d'informations sur tous ces éléments, consulter le site](#)

le nourrisson ou l'enfant est malade (IPD, services de malnutrition, etc.). Nous recommandons que le nourrisson/enfant ainsi que la mère soient testés avant la sortie de l'hôpital (pas uniquement pour diagnostiquer les enfants séropositifs mais également les enfants exposés au VIH). Si les résultats ne sont pas connus avant la sortie, veiller à ce qu'ils soient communiqués ultérieurement à la mère (organiser un rendez-vous de suivi).

Si cela n'est pas réalisable, il faut alors tout mettre en œuvre pour assurer le dépistage le plus tôt possible, en fixant la date effective du rendez-vous et en facilitant le rendez-vous dans la mesure du possible (par exemple, le transport, etc.)

En outre, les services pédiatriques (en particulier les IPD et les services de néonatalogie) devraient veiller à disposer de sirops ARV adéquats et de suspension de CTX, au cas où la mère n'aurait pas la PPN avec elle à l'hôpital.

4: AUTRES STRATÉGIES POUR LA RÉTENTION DANS LES SOINS

Comme nous l'avons mentionné précédemment, la rétention dans les soins après l'accouchement est problématique pour les mères séropositives et les femmes enceintes. Dans ce manuel, nous nous concentrons sur l'intégration des services de soins maternels et infantiles (ainsi que des soins liés ou non au VIH) en tant que stratégie de rétention dans les soins. D'autres stratégies sont également importantes pour maintenir les mères dans le système de soins:

4.1 SOUTIEN PAR LES PAIRS OU LES MENTORS ET PAR LES TRAVAILLEURS SOCIAUX OU COMMUNAUTAIRES

Les pairs ou les mères-mentors sont des mères séropositives qui ont elles-mêmes bénéficié du programme de PTME et sont en mesure d'apporter un soutien psychosocial à d'autres mères séropositives. Les mentors "mothers2mothers" (m2m), de mère à mère en sont un exemple³³. Quelques études ont montré que les patientes associées à des mentors m2m ou à d'autres programmes structurés de mères mentors avaient globalement de meilleurs résultats en matière de PTME. Notamment une meilleure rétention dans les soins du couple mère-enfant à 18 mois et de la mère 6 mois après l'accouchement^{34,35}.

Le counseling et la recherche des mères qui ont renoncé aux soins peuvent être efficacement confiés à des conseillers non professionnels ou à des ASC. Cela améliore l'efficacité du système et réduit la charge de travail de l'équipe clinique, et il a été prouvé que cela donnait de bons résultats en ce qui concerne la rétention dans les soins³⁶.

³³ Pour plus d'informations, consulter le site m2m.org

³⁴ I gumbor JO et al. Effect of a mentor mother programme on retention of mother-infant pairs in HIV care: A secondary analysis of programme data in Uganda. 2019. PLoS One. 14(10)

³⁵ Sam-Agudu NA et al. The impact of structured mentor mother programmes on 6-month postpartum retention and viral suppression among HIV-positive women in rural Nigeria: A prospective paired cohort study. 2017 J. Acquir. Immune Defic. Syndr. 75: S173-S181

³⁶ UNICEF, "Evidence-based practices for retention in care of mother-infant pairs in the context of eliminating mother-to-child transmission of HIV in Eastern and Southern Africa" 2019 <https://www.unicef.org/esa/reports/evidence-based-practices-retention-care-mother-infant-pairs>

4.2 RETROUVER LES MÈRES OU LES NOURRISSONS QUI ONT RENONCÉ AUX SOINS

L'une des façons de maintenir les femmes et les nourrissons dans les soins est de les "tracer" s'ils manquent des rendez-vous, par des appels téléphoniques, des lettres, des visites à domicile, etc. Il est très important de disposer d'un système permettant d'identifier et de suivre les mères et les nourrissons qui ne se sont pas présentés à leurs visites, par exemple en utilisant un agenda de rendez-vous ou une identification électronique des personnes manquant leur rendez-vous. Suivre les mères qui se sont désengagées des soins par des SMS, des appels téléphoniques et/ou des visites à domicile par un agent de santé Communautaire (ASC). Organiser des réunions mensuelles entre le personnel de la clinique et les "traqueurs" (ASC, mères mentors, etc., qui font des visites à domicile) pour discuter des progrès réalisés dans le retour aux soins d'une personne qui s'est désengagée.

4.3 MODÈLES DE SOINS DIFFÉRENCIÉS

Les modèles de soins différenciés (tels que les clubs d'observance de la TARV) ont pour objectifs d'améliorer l'efficacité du système de santé et de mettre en œuvre une approche plus conviviale et centrée sur le patient. Ils offrent de nombreux avantages, tels que la décongestion des établissements de santé, des intervalles entre les renouvellements plus longs pour les patients et une meilleure rétention des patients dans les soins³⁷. Jusqu'à récemment, ces services excluaient les femmes enceintes et allaitantes mais cela a récemment changé avec les recommandations suivantes:

- + **Les femmes enceintes et allaitantes qui sont stables sous TARV** devraient avoir le choix de continuer dans leurs clubs d'observance de la TARV ou de voir leurs soins TARV intégrés aux soins de santé maternelle, néonatale et infantile.
- + **Les femmes enceintes qui viennent d'être mises sous TARV pendant leur grossesse** devraient avoir le choix d'adhérer à des clubs et de bénéficier d'intervalles plus longs entre les renouvellements de la TARV, une fois qu'elles sont stables sous TARV, que la CV<1 000 (par exemple pendant la période d'allaitement) et que le premier test PCR du nourrisson est négatif. L'idéal serait qu'elles rejoignent un club qui offre des soins intégrés pour les mères et leurs nourrissons, s'ils sont disponibles.

³⁷ UNICEF, "Evidence-based practices for retention in care of mother-infant pairs in the context of eliminating mother-to-child transmission of HIV in Eastern and Southern Africa" 2019 <https://www.unicef.org/esa/reports/evidence-based-practices-retention-care-mother-infant-pairs>

- + Une troisième option consiste à proposer des **modèles de soins différenciés aux femmes récemment mises sous TARV et à celles qui sont stables sous TARV**. Ce modèle pourrait être mis en place en période prénatale et/ou postnatale. En Afrique du Sud, le modèle des **clubs postnatals**, qui offrent des soins intégrés aux mères et aux bébés, a montré une amélioration de la rétention dans les soins pour les mères et les bébés, ainsi qu'un bon taux de réalisation et de suppression de la CV³⁸. Ce modèle a été adapté à d'autres contextes, comme en Eswatini. Il a également été adapté pour fonctionner en périnatal au Mozambique. Pour plus d'informations sur les clubs postnatals (PNC en anglais), consulter le site <https://www.msf.org.za/access-medicines/post-natal-clubs-toolkit>

4.4 IMPLICATION DES HOMMES

La non-divulgateion à leur partenaire et la stigmatisation sont reconnues comme les principales raisons pour lesquelles les femmes arrêtent leur TARV. L'implication des hommes dans les services de PTME et de SMNI permet d'augmenter la rétention dans les soins et l'adhésion de la mère et de l'enfant. Il est essentiel d'**encourager les hommes à se faire dépister** et cela peut se faire au niveau de la communauté et de l'établissement.

- + Au **niveau de la communauté**, le contact peut se faire de plusieurs manières: par le dialogue et l'éducation sanitaire avec les chefs traditionnels et religieux, la formation des ASC, le travail avec des leaders masculins, etc.³⁹.
- + Au **niveau de l'établissement**, les hommes peuvent être encouragés à être impliqués dans le dépistage (par le biais du dépistage du couple/de la famille, des services de notification assistée des partenaires, de l'auto-test oral) et à participer à **des modèles de soins différenciés** (par exemple, en tant que soignant du nourrisson dans le cadre de la CPN ou par le biais de groupes de soutien familial).

D'autres mesures incitatives existent dans les établissements, comme la mise en place de services de CPN et de soins postnatals "**conviviaux pour les hommes**" (files d'attente plus courtes pour les hommes, personnel formé à l'accueil des hommes, horaires flexibles, etc.)⁴⁰. Nous recommandons qu'avant de s'engager dans les mesures décrites ci-dessus, une analyse approfondie du contexte et des valeurs des normes de genre soit établie, afin de prévenir une augmentation potentielle de la violence basée sur le genre.

³⁸ <http://programme.aids2020.org/Abstract/Abstract/7275>

³⁹ WHO policy brief: Improving men's uptake of HIV testing and linkage to services, Feb 2021
<https://www.who.int/publications/item/9789240018938>

⁴⁰ <https://www.unicef.org/esa/reports/evidence-based-practices-retention-care-mother-infant-pairs>

4.5 ENGAGEMENT DE LA COMMUNAUTÉ

L'engagement de la communauté est recommandé pour toute intervention de santé publique, mais il est particulièrement important pour le succès des interventions en matière de VIH et de PTME, car il peut avoir une incidence importante et positive sur la stigmatisation et la discrimination⁴¹.

L'engagement communautaire peut prendre de nombreuses formes, notamment:

- + **Des conseils consultatifs communautaires** ainsi que l'émancipation et la formation des jeunes filles et des populations clés;
- + **Des agents de santé communautaires** ou des agents non professionnels qui aident à l'ES, à la localisation et au suivi des mères et des nourrissons, et qui offrent counseling et soutien en matière d'observance de la TARV;
- + **Soins décentralisés vers la communauté:** par ex. modèles de soins différenciés selon les communautés; et
- + **Programmes scolaires:** Éducation sur le VIH, dépistage des IST, tests de grossesse et orientation vers les services prénatals.

4.6 UTILISATION DES TÉLÉPHONES PORTABLES DANS LES SOINS DE SANTÉ

Étant donné que de plus en plus de personnes possèdent des téléphones portables et que la couverture réseau a augmenté en Afrique orientale et australe, l'utilisation des téléphones portables comme stratégie pour améliorer la rétention dans les soins se développe. Par ex., le portable peut être utilisé pour **l'éducation sanitaire** sur la PTME par le biais de SMS, d'appels téléphoniques et d'applications. La possibilité accrue de dialogue avec les femmes conduit à une diminution de la stigmatisation. Les téléphones portables peuvent également être utilisés pour **rappeler les rendez-vous** et pour **retrouver** les femmes/nourrissons qui ont manqué des visites. Bien que certaines études aient des résultats mitigés concernant l'utilisation de mSanté (mHealth)⁴², d'autres études ont montré que son utilisation conduit à une meilleure rétention dans les soins des nourrissons et des mères⁴³.

⁴¹ <http://rstes.unaids.org/publications/global-publications/2019/item/209-global-aids-update-2019-communities-at-the-centre>

⁴² mSanté(mHealth) est définie par l'OMS comme "l'utilisation de technologies mobiles et sans fil pour favoriser la réalisation d'objectifs de santé".

⁴³ <https://www.unicef.org/esa/reports/evidence-based-practices-retention-care-mother-infant-pairs>

Lorsqu'on envisage de mettre en œuvre des interventions de santé mobile, il est important d'évaluer d'abord le taux d'utilisation et de couverture des téléphones mobiles dans la région où l'on travaille, d'obtenir le consentement des femmes qui participeront à ce programme, de planifier et de budgétiser les coûts liés à la data / forfait mobile, et de s'assurer que le contenu des messages est conforme à la culture et aux pratiques locales.

CONCLUSION

Par ce manuel de mise en œuvre des directives cliniques de la PTME, nous voulons souligner l'importance de l'intégration de la PTME aux autres services, en particulier pour le couple mère-enfant. Ce document donne un cadre et des outils pour construire cette intégration des soins selon une approche progressive à adapter aux différents contextes. Il fournit une description complète des aspects du programme de la PTME, qui peuvent être utilisés indépendamment dans le cadre des soins prénatals, de l'accouchement ou des soins postnatals. Il a également pour but de fournir un modèle permettant de replacer dans leur contexte les différentes interventions de la PTME. Enfin, il décrit la mise en application de stratégies plus larges visant à améliorer la rétention dans les soins.

ANNEXES

ANNEXE 1: OUTIL D'ÉVALUATION

Lorsque vous remplissez l'outil d'évaluation et que vous vous concentrez sur l'aspect postnatal, voici quelques questions auxquelles vous devez réfléchir:

- ✓ Quels sont les services pédiatriques disponibles (clinique pour les moins de 5 ans, vaccination, service de consultation externe, service d'hospitalisation, nutrition, suivi des prématurés, etc.)?
- ✓ Qui est responsable des services pédiatriques (ministère de la Santé, MSF, autres parties prenantes)?
- ✓ Où se déroule la prise en charge pédiatrique du VIH?
- ✓ Les mères bénéficient-elles d'un suivi postnatal, et pendant combien de temps?
- ✓ Où les mères séropositives sont-elles suivies?
- ✓ Qui gère les services de suivi pour les mères séropositives (MSF, MoH ou autres acteurs)?
- ✓ Quelle est la qualité des services de suivi des mères séropositives?
- ✓ Quelle formation et combien de personnel faut-il pour chaque service?

Double cliquer sur l'icône pour télécharger l'Annexe 1



ANNEXE 2: LISTE DES FORMATIONS DISPONIBLES

Veuillez consulter le site Internet suivant pour obtenir des instructions détaillées sur la manière de postuler et de s'inscrire à la formation suivante: <https://msfintl.sharepoint.com/:u:/s/jnb/samu/EdgidqstELtMmgCaPwIBIZYBJtqlzBHfsT6bJ3oLYzYvQQ?e=GjNINg>

- + **Formation en ligne VIH/TB** accessible en ligne (avec un module sur la PTME)
- + **Formation clinique VIH/TB** dispensée sur place (sur demande) et cours de perfectionnement à Cape Town.
- + **Formation aux programmes VIH/TB** pour les responsables de projets, incluant des programmes pour l'intégration.

Veuillez consulter le catalogue des unités d'apprentissage et de développement de votre centre professionnel pour les formations suivantes:

- + **Formation de santé sexuelle et reproductive** sur la contraception
- + **Formation sur le soutien, l'éducation et le counseling des patients au sujet du VIH**

Une aide supplémentaire pour la mise en œuvre sur le terrain peut être assurée par un agent d'exécution mobile (MIO).

Programmes de formation au niveau national: Il existe des programmes de formation au niveau national organisés par MSF, le MoH et/ou d'autres parties prenantes. Ils comprennent des formations sur les directives nationales, les outils de suivi et d'évaluation (collecte de données) relatifs au VIH/TB, TB, etc.

Double cliquer sur l'icône pour télécharger l'Annexe 2



ANNEXE 3: OUTIL D'ÉVALUATION DES RÉFÉRENCES

Double cliquer sur l'icône pour télécharger l'Annexe 3



ANNEXE 4: COMMANDE DE MÉDICAMENTS ANTI-VIH

L'outil de calcul des commandes de médicaments anti-VIH est accessible via le lien Sharepoint pour les membres du personnel disposant d'un nom d'utilisateur et d'un mot de passe MSF. Si vous ne disposez pas de ces identifiants, veuillez prendre contact avec votre coordinateur ou votre référent VIH/TB.

[Consulter le lien Sharepoint ici](#)

ANNEXE 5: OUTIL DE PLANIFICATION DE L'INTERVENTION

Voici un exemple d'outil de planification qui peut être utilisé et adapté à votre situation.

Double cliquer sur l'icône pour télécharger l'Annexe 5



ANNEXE 6: EXEMPLES DE COMMUNICATION PAPIERS

- + registres intégrés (CPN, accouchement)
- + cartes patients (carnet de santé de la mère, de l'enfant, carnet postnatal intégré pour la mère séropositive et le nourrisson exposé au VIH)

Ces outils peuvent être utilisés et adaptés selon votre situation.

Registre intégré de la CPN



Carnet de soins VIH



Registre des accouchements



Carnet de santé de l'enfant



Carnet de santé de la mère



Communication papiers du CCT pédiatrique actualisée



Cliquer pour retourner à la page 34



ANNEXE 7: LISTE D'INDICATEURS

Voici quelques indicateurs généraux, développés par le groupe de travail VIH:

Nombre (%) de femmes enceintes séropositives mises sous TARV dans les projets MSF
Nombre de femmes dans les projets MSF disposant de différentes options de contraception
Taux de transmission mère-enfant dans les projets MSF avec PTME

Pour un suivi plus détaillé de votre projet, nous vous suggérons de vous référer à votre centre professionnel et de contacter votre responsable du suivi et de l'évaluation.

Double cliquer sur l'icône pour télécharger l'Annexe 7



ANNEXE 8: DIAGRAMME DES SOINS PRÉNATALS

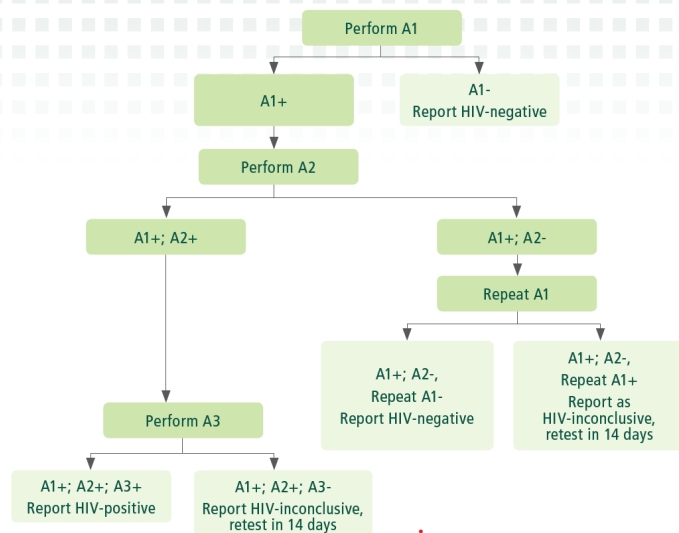
Double cliquer sur l'icône pour télécharger l'Annexe 8



ANNEXE 9: DIAGRAMME DU DÉPISTAGE DU VIH ⁴⁴



Double cliquer sur l'icône pour télécharger l'Annexe 9



A1: Assay 1 (first test); A2: Assay 2 (second test); A3: Assay 3 (third test). Assay (tests) are HIV rapid diagnostic tests (RDTs) or enzyme immunoassays (EIAs).

ANNEXE 10: RÉSUMÉ DU COUNSELING SUR LA PTME ⁴⁵



Double cliquer sur l'icône pour télécharger l'Annexe 10

PMTCT services		
Step in the cascade	Session	Topics
HIV Testing Services	Pre-test information	Benefits of HIV testing Meaning of HIV test result Follow-up services in case of a positive result
	Post-test counselling	Emotional support Meaning of result Linkage to PMTCT services
ART initiation and early follow-up during antenatal care	ART initiation session at ANC 1	ART/PMTCT education in nutshell How to take medication as prescribed
	PMTCT/ART education session at ANC 2	Basic facts on ART and PMTCT
	Planning for birth session at ANC3	Evaluate and support adherence Plan for delivery, feeding of the baby and medication for the baby
	<i>Review of adherence at ANC 4</i>	<i>Evaluate and support adherence</i>
Follow-up during postnatal care	Feeding and treatment follow-up session	Evaluate and support adherence to medication of mother and baby, feeding Explain need for PCR testing
	PCR session	Evaluate and support adherence Explain family planning Explain switch to Cotrim syrup for the baby
	PCR result session	Give PCR result and support accordingly
	Complementary feeding session	Evaluate and support adherence How to introduce other foods
	Weaning session	Evaluate and support adherence How to stop breastfeeding
	Rapid HIV test session	Explain the result of the rapid HIV test for the baby at 18 months of age
ART initiation for HIV-infected infant	ART initiation sessions	Why and how to take medication

⁴⁴ Consolidated guidelines on HIV testing service for a changing epidemic, WHO, Nov 2019 Policy Brief

⁴⁵ "PATIENT SUPPORT, EDUCATION AND COUNSELLING Guideline for Adults Living with HIV and/or TB MSF," 2017

ANNEXE 11: DIRECTIVES POUR LE COUNSELING SUR LE DÉPISTAGE DES COUPLES⁴⁶

4.2.3 Couple HIV testing and counselling

Specific considerations need to be taken into account when testing couples.

HIV pre-test information for couples

Couples should be seen together for the pre-test information. The wish to receive the results as a couple or individually needs to be discussed during the pre-test phase, at which point we may promote that the partners receive their results simultaneously in order to facilitate disclosure and mutual support. The possibility of sero-discordancy needs to be explained.

HIV post-test counselling for sero-discordant results

When sero-discordant results are delivered to a couple, it often raises a lot of questions on the future of the relationship.

- It is important to reduce tension and blame in the couple. The counsellor needs to listen to the couple and encourage them to find a solution together. It is important not to choose sides with any of the partners.
- Sero-discordant couples need to be counselled on risk reduction strategies. It is recommended that the HIV positive partner in a discordant couple is started on treatment regardless of CD4, to reduce the risk of infecting the HIV-negative partner. The couple needs to know that chances of infection are very low when the partner on ART is adherent and maintains an undetectable viral load. Secondly, protective strategies such as condom use need to be discussed.
- Reproductive options and choices need to be discussed (see chapter 3.10.2).

[Visit the Sharepoint link here](#)

ANNEXE 12: EXEMPLES D'OUTILS PÉDAGOGIQUES SUR LE DÉPISTAGE DU VIH PENDANT LA GROSSESSE

Double cliquer sur l'icône pour télécharger l'Annexe 12



ANNEXE 13: CONTRACEPTION POST-PARTUM: DIRECTIVES MSF SUR LES CONTRACEPTIFS- À VENIR, CONTACTER VOTRE RÉFÉRENT SSR

À venir, contacter votre référent SSR

Double cliquer sur l'icône pour télécharger l'Annexe 13















⁴⁶ "PATIENT SUPPORT, EDUCATION AND COUNSELLING Guideline for Adults Living with HIV and/or TB MSF," 2017




Double click the icon to download Annexe 11

ANNEXE 14: OUTILS DE MISE EN ŒUVRE DE LA PREP UTILISÉS EN ESWATINI


Nous avons inclus ici quelques exemples utilisés dans le cadre du projet en Eswatini. Ces outils et directives ont été développés pour un contexte spécifique (Eswatini) et vous devrez les adapter à votre contexte et à votre projet. Les outils comprennent un outil de dépistage, un outil de suivi des patients sous PrEP, un exemple de dossier de patient, un exemple de carte de rendez-vous pour la PrEP, un exemple de déroulement de la PrEP, des outils pour le counseling (développés par le MOH d'Eswatini à partir des outils de counseling de l'étude sur la PrEP menée à Khayelitsha), des exemples de suivi et d'évaluation et des exemples de registre PrEP.

Dépistage de l'éligibilité à la PrEP avec évaluation des risques 	Suivi du traitement PrEP 
Dossier patient PrEP 	Carte de rendez-vous PrEP 
Conseils pour les projets de démonstration de la PrEP 	Directives pour l'éducation et le counseling sur la PrEP KHA 
Résumé mensuel 	Registre PrEP 
Directives pour le counseling sur la PrEP 	Outils et counseling relatifs à la PrEP 
Cliquez pour retourner au paragraphe 2.2.3 et au texte principal de la page 20 	Cliquez pour retourner à la page 34 

ANNEXE 15: EXEMPLE DE PLAN DE NAISSANCE

[Double cliquer sur l'icône pour télécharger l'Annexe 15](#) 

ANNEXE 16: DÉPISTAGE ET ORIENTATION EN MATIÈRE DE TB⁴⁷

[Double cliquer sur l'icône pour télécharger l'Annexe 16](#) 

⁴⁷ MSF HIV/TB Guide for Primary Care (2018)

ANNEXE 17: DIAGRAMME DE L'ACCOUCHEMENT

Double cliquer sur l'icône pour télécharger l'Annexe 17



ANNEXE 18: CHECKLIST DE LA CLASSIFICATION DU RISQUE

Double cliquer sur l'icône pour télécharger l'Annexe 18



ANNEXE 19: EXEMPLE DE COUNSELING POUR L'ADMINISTRATION DE LA PPN⁴⁸

Procédure d'administration du médicament PPN après l'accouchement:

- + Utiliser les plus petites seringues pour administrer le médicament (2ml/5ml) (2ml/5ml)
- + Marquer le dosage sur les seringues avec un autocollant uni ou avec un marqueur
- + Mettre un autocollant de la même couleur sur le flacon et la seringue d'un même médicament (par ex. vert pour l'AZT) pour éviter de mélanger les seringues et les médicaments.
- + Expliquer la fréquence à laquelle les médicaments doivent être administrés et laisser la mère/le soignant décider des horaires qui lui conviennent le mieux.
- + Si le nourrisson vomit dans les 30 minutes suivant l'administration du médicament, le lui redonner.
- + Faire une démonstration à la mère de la façon dont les sirops doivent être administrés (insérer la seringue au coin de la bouche du nourrisson vers la joue et appuyer lentement sur le piston pour délivrer le médicament) et laisser la mère s'exercer devant vous.
- + Insister auprès de la mère sur le fait que le médicament doit être administré tous les jours, comme prescrit, pendant la durée spécifiée. S'assurer que cela est également écrit sur les flacons.
- + Délivrer la PPN pour les 6 premières semaines et conseiller à la mère de retourner à la clinique locale pour davantage de PPN lors de sa prochaine visite.

Encourager la mère à revenir au dispensaire si le nourrisson semble présenter des effets secondaires ou si elle a des difficultés à administrer le médicament.

Documentation:

- + Consigner sur le carnet de santé du nourrisson quelle PPN il reçoit et s'il est à haut risque.
- + Remplir le registre de PTME de la salle de travail.

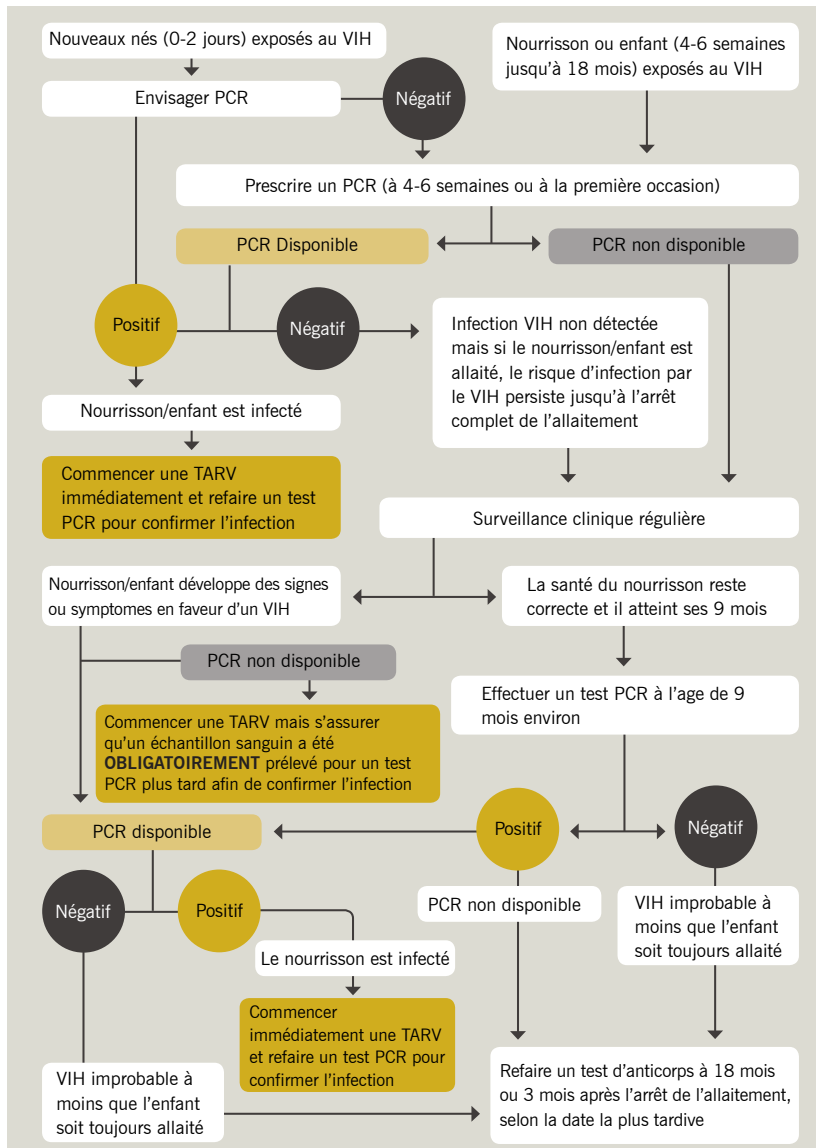
Double cliquer sur l'icône pour télécharger l'Annexe 19



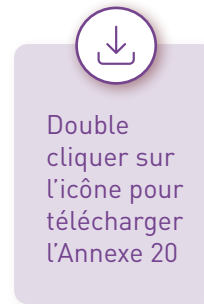
⁴⁸ Patient and Education and Counselling Guide for PMTCT B+, MSF OCB 2013. Annex 21

ANNEXE 20: DIAGRAMME DU DIAGNOSTIC PRÉCOCE DU NOURRISSON⁴⁹

Algorithme 9.3 Algorithme du diagnostic précoce du nourrisson



Source: Lignes directrices consolidées sur l'utilisation des médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection par le VIH (OMS, 2016: 380)



ANNEXE 21: EXEMPLES DE SOINS INTÉGRÉS POUR LA MÈRE ET LE NOURRISSON

Il s'agit de trois études de cas:

- Castor, Bangui, RCA (OCB)
- Conakry, Guinée (OCB)
- Clubs postnatals, Khayelitsha, Afrique du Sud (OCB)

⁴⁹ MSF TB/HIV clinical guide for primary care

RCA: Intégration de la PTME au suivi postnatal à court terme à la maternité MSF de Castor (Bangui, RCA) (Bangui, CAR)

Description: À Bangui, MSF soutient un projet vertical axé sur des programmes obstétricaux et de SSR. Les interventions comprennent les soins obstétricaux, les interruptions de grossesse, le traitement des victimes de violences sexuelles et sexistes et le planning familial. Le dépistage du VIH est intégré dans tous les services mais il n'y a pas d'autres dispositions relatives aux soins VIH ou à la TARV à la clinique de Castor.

En cas d'infection à VIH, les femmes reçoivent un mois d'ARV et les bébés exposés au VIH un mois de prophylaxie ARV, puis ils sont orientés vers des centres de santé sans autre forme de suivi. Les équipes sont préoccupées par le manque de suivi des bébés exposés au VIH.

Épidémiologie: La prévalence du VIH à Bangui est de 7%, cependant l'accès à la TARV est très faible et de nombreuses femmes enceintes n'ont jamais bénéficié d'un dépistage du VIH ou d'un accès aux services de PTME. La prévalence de l'infection à VIH parmi les femmes enceintes qui viennent accoucher à la maternité est de 6%.

Contexte: Urbain. Certains centres de santé sont épaulés par des partenaires mettant en œuvre la PTME. Les taux de suivi des bébés après la naissance sont faibles, mais le programme national vise à intégrer la PTME dans toutes les CPN.

Projet d'intégration VIH/TB: Le projet a décidé d'améliorer l'intégration du suivi postnatal selon une approche progressive. Il n'y avait pas la possibilité d'intégrer immédiatement le suivi des bébés jusqu'à 18 mois, car il n'y avait pas de CE de routine. Par contre, les nourrissons ayant besoin de soins spéciaux à la maternité, comme la méthode kangourou étaient déjà suivis systématiquement pendant 6 semaines après la naissance. Le suivi des bébés exposés au VIH a donc été intégré à la consultation des bébés kangourous et un test PCR à 6 semaines a été programmé. Le GeneXpert PCR a été intégré dans les services du laboratoire. Un système d'orientation vers l'hôpital pédiatrique a été mis en place, pour une initiation rapide de la TARV des nourrissons dont le diagnostic a été établi sans délai.

Guinée: Intégration des soins postnatals dans les centres de santé primaire du MoH à Conakry

Description et contexte: A Conakry, en Guinée, MSF soutient les centres de soins de santé primaires de la ville pour intégrer toutes les composantes de la prise en charge du VIH. Le MoH a convenu que le modèle de décentralisation serait basé sur l'intégration des soins VIH au sein du reste des activités dans six centres de santé. Tous les centres ont intégré la PTME dans les soins prénatals de routine dispensés par le personnel des centres. Certains centres disposent de maternités. Les nouveau-nés sont orientés vers une consultation pédiatrique après la naissance et les mères sont suivies en consultation externe pour adultes.

Epidémiologie: A Conakry, la prévalence du VIH est de 2,3% dans un contexte d'épidémie généralisée.

Intégration de la PTME: Une équipe MSF composée d'un clinicien (infirmier, médecin ou sage-femme), d'un responsable du counselling et d'un responsable du suivi et de l'évaluation a été constituée pour apporter un soutien continu au personnel du MoH des établissements. Les objectifs étant de s'assurer que tous les nouveaux-nés exposés au VIH soient bien identifiés à la maternité et qu'une prophylaxie leur soit proposée. Une consultation de suivi doit être prévue à 6 semaines en consultation pédiatrique, où une PCR doit être réalisée. Le personnel médical (médecins ou infirmières) du service de CE pédiatrique a été formé au suivi postnatal des bébés exposés au VIH et les procédures ont été renforcées par une approche de mentorat. Progressivement, les mères et les bébés seront suivis ensemble dans le service de CE pédiatrique durant la période de suivi du nourrisson. L'approche de mentorat comporte un programme défini de PTME.

Afrique du Sud: Intégration de la prise en charge du couple mère-bébé dans un modèle de soins différenciés (club postnatal) à Khayelitsha

Description and contexte: MSF est impliqué dans la PTME à Khayelitsha depuis 2001, initialement en assurant la gestion des services de PTME. Aujourd'hui, les services de TARV sont dirigés par le MoH et MSF joue davantage un rôle de catalyseur, pilotant des interventions pour améliorer le système de santé. Dans l'ensemble, la TME s'est beaucoup améliorée en Afrique du Sud, en particulier pendant la période prénatale et l'accouchement. La TME postnatale reste toutefois un problème, avec un taux élevé de perte de suivi de la mère et du nourrisson.

Épidémiologie: La prévalence prénatale à Khayelitsha était de 31% en 2016.

Club postnatal: En 2016, MSF a créé le club postnatal en partenariat avec "mothers to mothers" (m2m) et la ville de Cape Town. Sur la base du modèle des clubs d'observance de la TARV, les couples mère-enfant sont enrôlés dans les clubs postnatals après la naissance. Ils sont vus initialement tous les mois, puis tous les trois mois. À chaque visite, les mères mentors leur apportent un soutien psychosocial et leur proposent des activités de développement de la petite enfance. Le couple mère-enfant voit ensuite une infirmière selon un système à "guichet unique". Le modèle s'est révélé très satisfaisant pour les patients et a permis d'améliorer les connaissances et les attitudes, il a également permis d'améliorer la rétention dans les soins, ainsi que le taux de réalisation de CV et le taux de suppression de CV chez la mère, et enfin de réduire le taux de TME en comparaison avec les soins standard. Pour plus d'informations, consulter le site <https://www.msf.org.za/access-medicines/post-natal-clubs-toolkit>

Double cliquer sur l'icône pour télécharger l'Annexe 21



ANNEXE 22: DIAGRAMME POSTNATAL

Double cliquer sur l'icône pour télécharger l'Annexe 22



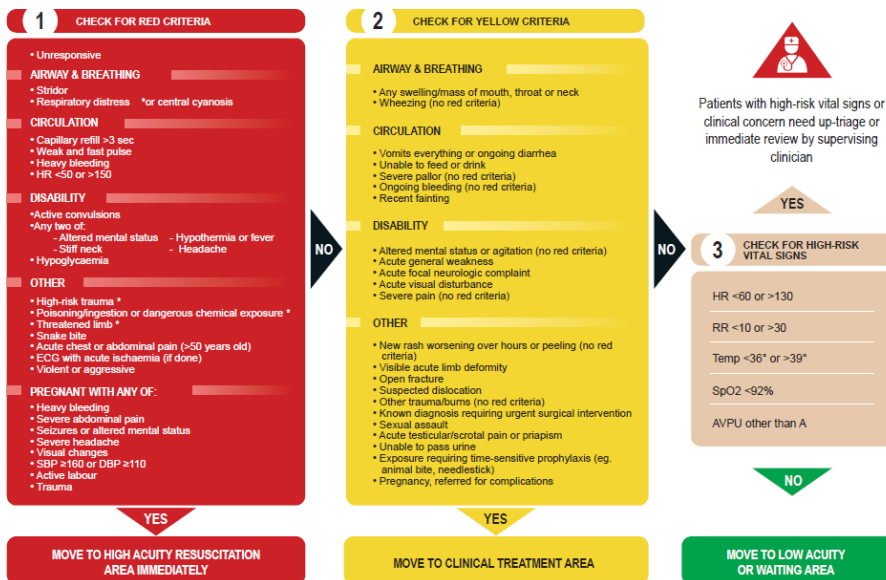
ANNEXE 23: SYSTÈME DE TRIAGE

Chaque enfant doit être trié à son entrée dans la clinique. Utiliser un outil de triage comme TETU (Triage, Évaluation et Traitement d'Urgence), SATS « South African Triage Scale » (Échelle de Triage Sud-Africaine) ou le nouvel outil inter-agences conçu par MSF, illustré ci-dessous:

Double cliquer sur l'icône pour télécharger l'Annexe 23



INTERAGENCY INTEGRATED TRIAGE TOOL: Age ≥ 12



*See Reference Card

ANNEXE 24: LIVRET DE PRISE EN CHARGE INTÉGRÉE DES MALADIES DE L'ENFANT

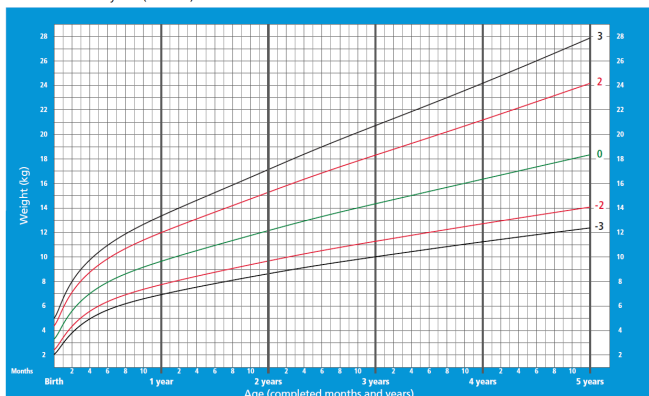
Double cliquer sur l'icône pour télécharger l'Annexe 24



ANNEXE 25: COURBE DE CROISSANCE DES ENFANTS⁵⁰

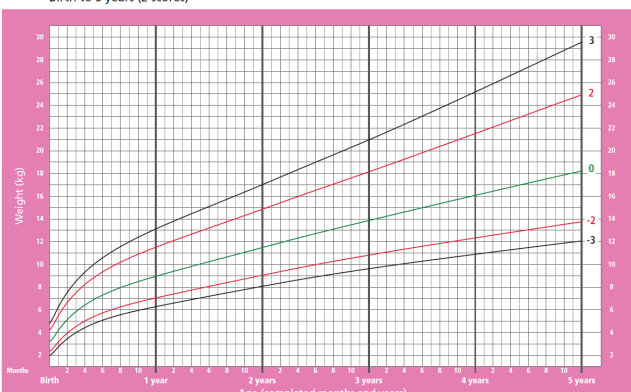
Weight-for-age BOYS

Birth to 5 years (z-scores)



Weight-for-age GIRLS

Birth to 5 years (z-scores)



Double cliquer sur l'icône pour télécharger l'Annexe 25



ANNEXE 26: ÉTAPES DU DÉVELOPPEMENT⁵¹

Age	Milestone	Normal age variations
1 month	Looks at faces Brings head up at 45° when pulled seated	0 to 2 months
2 months	Social smile in response Sits head steady	2 to 4 months
4 months	Roll over Grabs and holds objects	4 to 6 months
6 months	Sits by itself	6 to 9 months
9 months	Pulls itself standing up with support	9 to 12 months
12 months	Walks Plays with examiner Puts objects in a cup First words	10 to 18 months
2 years	Speech understandable Scribbles	2 to 4 years
3 years	Hops, plays ball Dresses alone Draws a three part man	3 to 4 years
5 years	Social games Invents stories Copies (letters, drawings)	5 to 6 years

Pour plus d'informations, consulter: <https://sites.unicef.org/ffl/resources/factsforlife-en-full.pdf>

Double cliquer sur l'icône pour télécharger l'Annexe 26



⁵⁰ [MSF Paediatric HIV handbook, 2015, Annexe F.1](#)

⁵¹ [MSF Paediatric HIV handbook, 2015, Annexe F.1](#)

ANNEXE 27: MANUEL DE L'ALLAITEMENT DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

Veillez suivre le lien hypertexte: <https://sites.unicef.org/ffl/resources/factsforlife-en-full.pdf>

ANNEXE 28: EXEMPLE DE MESSAGES D'ÉDUCATION SANITAIRE POUR L'ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DE L'ENFANT

Double cliquer sur l'icône pour télécharger l'Annexe 28



ANNEXE 29: COUNSELING SUR LES SIGNES D'ALERTE CHEZ LES NOUVEAUX-NÉS

Double cliquer sur l'icône pour télécharger l'Annexe 29



ANNEXE 30: COUNSELING SUR LES SIGNES D'ALERTE CHEZ LES ENFANTS DE 1 MOIS À 5 ANS

Double cliquer sur l'icône pour télécharger l'Annexe 30



