

Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant



Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

Document interne
Édition 2020

Groupe de travail international VIH MSF

Éditeur

Elisabeth Le Saout

Traduction

Agnès Debarge, Carolyne López Vásquez

Conception et mise en page

Evelyne Laissu

Publié par

Médecins Sans Frontières

© Médecins Sans Frontières, 2020

Tous droits réservés pour tous pays. Aucune reproduction, traduction ni adaptation ne peuvent être effectuées sans l'autorisation préalable du propriétaire des droits d'auteur.

Médecins Sans Frontières. Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant - Protocole - Édition 2020.

Réf. L007AIDM10EFP

Introduction

A l'échelle mondiale, les nouvelles infections pédiatriques par le VIH sont passées de 270 000 (230 000 - 330 000) cas en 2009 à 160 000 (110 000 - 260 000) cas en 2018, avec une baisse de 8% seulement au cours des deux dernières années. Plus de 90% de ces enfants ont été infectés par le biais de la transmission mère-enfant (TME). En l'absence de toute intervention et sans allaitement maternel, le risque de TME est de 15-30%. L'allaitement par une mère infectée augmente le risque de 5 à 20% pour atteindre un taux de transmission global de 20 à 45%. Dans un contexte à ressources limitées, sans traitement antirétroviral (TAR), 50% des enfants infectés par le VIH meurent avant l'âge de deux ans.

Grâce à l'efficacité de la prévention de la transmission mère-enfant (PTME), la transmission du VIH a été ramenée à < 1%. Par la mise en œuvre systématique de ces protocoles, on a observé une raréfaction des infections pédiatriques dans des contextes où des soins de santé adéquats sont accessibles. Ces protocoles ont eu un effet significatif dans les contextes à ressources limitées ces dernières années. Dans les 21 pays africains prioritaires du Plan Mondial, qui représentent plus de 90% de l'ensemble des femmes enceintes infectées par le VIH et des nouvelles infections chez les enfants au niveau mondial, la couverture de TAR chez les femmes enceintes infectées par le VIH a augmenté jusqu'à 82% (62-95%) en 2018.

A l'échelle mondiale, les taux de TME à l'âge de 6 semaines ont diminué, passant d'un taux de 26% (24-30%) environ en 2009 à 6,8% (5,4-9,5%) en 2018, avec un taux de transmission de fin d'allaitement de 12,75% (10,6-16%). Malgré l'intensification de l'offre des services PTME, il reste encore beaucoup à faire. Dans les pays de l'Afrique de l'Ouest ou de l'Afrique centrale, seulement 59% des femmes enceintes infectées par le VIH étaient sous antirétroviraux (ARV) en 2018¹ (estimations ONUSIDA de 2019).

Dans les contextes à ressources limitées, les directives actuelles de l'OMS de 2016² recommandent de commencer un TAR à vie pour toutes les femmes enceintes infectées par le VIH, quel que soit leur taux de CD4 (anciennement appelée option B+). Ces recommandations permettent de réduire la TME du VIH à moins de 5%.

Cette approche constitue une base pour :

- L'instauration précoce d'un TAR pour toutes les femmes enceintes infectées par le VIH, qui profite à la santé de la mère et réduit le risque de transmission à son enfant pendant la grossesse et lors de futures grossesses ;
- L'administration d'ARV à la mère, afin de réduire le risque de transmission au cours de l'allaitement ;
- La réduction potentielle de transmission sexuelle si le partenaire est séronégatif au VIH.

Cependant, il y a plusieurs difficultés à mettre en œuvre ces recommandations :

- De nombreuses femmes n'ont pas accès aux services de consultations prénatales (CPN) en raison de différentes barrières socio-économiques, et elles sont encore moins nombreuses à bénéficier de soins postnatals ;
- La plupart des femmes bénéficiant de services de CPN ignorent leur statut sérologique pour le VIH ;

- Quand les tests de dépistage sont disponibles, de nombreuses femmes infectées ont des difficultés à divulguer leur séropositivité à leur partenaire ou à leurs proches, ce qui rend encore plus difficile l’observance aux ARV ;
- De nombreuses femmes ne bénéficient de soins prénatals qu'une à deux fois au cours de leur grossesse et/ou n'accouchent pas dans un établissement de santé, ce qui complique la mise en œuvre du protocole de prévention de la TME dans sa totalité ;
- Malgré la relative simplicité des nouvelles directives de prévention de la TME, leur mise en œuvre reste difficile dans les services de santé existants peu performants. Les services de santé maternelle et infantile (SMI) qui font face à un manque de ressources humaines ou d'infrastructures adéquates, et qui offrent des conditions de travail insatisfaisantes aux personnels concernés, ont le plus grand mal à les mettre en œuvre à large échelle ;
- Dans les pays à forte prévalence, le risque de transmission est plus élevé en fin de grossesse et pendant l’allaitement en raison de la non-détection de la séroconversion (faible taux de renouvellement du test des femmes séronégatives au VIH pendant le troisième trimestre et pendant l’allaitement).

Le présent document est une mise à jour du protocole de prévention de la TME de MSF d'avril 2017. Il traite des interventions actuellement recommandées et visant à réduire la transmission du VIH entre les mères infectées et leurs enfants, ainsi que de la prise en charge clinique des nourrissons exposés au VIH, et notamment de leur diagnostic précoce. La prévention d'une infection par le VIH, le planning familial et la prise en charge des grossesses non désirées pour les femmes séropositives au VIH font également partie de la stratégie de la prévention de la TME, mais ne sont pas des thèmes abordés dans le présent document.

Le présent document constitue un guide pratique pour les équipes sur le terrain et doit être utilisé en complément des directives nationales existantes, le cas échéant. À ce titre, il ne présente pas tous les choix possibles. En revanche, il présente les options à privilégier, en tenant compte des points suivants :

- Les contextes dans lesquels MSF intervient généralement,
- La nécessité d’éviter des protocoles complexes.

Pour de plus amples informations, veuillez consulter le document de l'OMS intitulé « *WHO's Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach* », 2016² mis à jour en 2018³ et 2019⁴.

Table des matières

Introduction	3
Abréviations et acronymes	6
1. Test de dépistage du VIH, détermination du stade clinique et préparation au TAR	7
1.1 Test de dépistage du VIH pour les femmes enceintes	7
1.2 Détermination du stade clinique et mesure du taux de CD4 (si disponible).....	8
1.3 Préparation au TAR et séances de counseling	9
2. Protocoles ARV pour la PTME : VIH-1	10
2.1 TAR pour les femmes enceintes nouvellement diagnostiquées infectées par le VIH ..	10
2.2 Femmes enceintes ou allaitantes sous TAR depuis plus de 6 mois	10
2.3 Surveillance de la toxicité	11
2.4 Prophylaxie pour les enfants exposés au VIH dont les mères sont identifiées infectées par le VIH pendant leur grossesse, leur accouchement ou l'allaitement	11
2.4.1 <i>Résumé de la prophylaxie chez l'enfant</i>	12
2.4.2 <i>Nourrissons exposés au VIH et à faible risque d'infection</i>	13
2.4.3 <i>Nourrissons exposés au VIH et à haut risque d'infection</i>	13
2.4.4 <i>Prophylaxie pour les nourrissons allaités dont les mères sont identifiées séropositives au VIH en post-partum</i>	14
2.5 Prophylaxie par le CTX pour les nourrissons exposés au VIH	16
3. Cas spécifiques	17
3.1 Précautions particulières pendant le travail et l'accouchement.....	17
3.2 Protocole ARV de la PTME : VIH-2 ou coinfection VIH -1 & 2	17
4. Prévention de l'hépatite	18
4.1 Prévention de la transmission de l'hépatite B (VHB) chez les femmes enceintes coinfectées avec le VIH	18
4.2 Prévention de la transmission de l'hépatite C (VHC) chez les femmes enceintes coinfectées avec le VIH	18
5. Suivi des nourrissons exposés au VIH	19
5.1 Diagnostic précoce de l'infection par le VIH chez les nourrissons < 18 mois.....	19
5.2 Algorithme pour le diagnostic précoce du nourrisson (DPN)	21
5.3 Suivi clinique	22
Annexes	
1. Test de dépistage du VIH chez la femme enceinte.....	27
2. Test de dépistage à la naissance	30
3. Tableau récapitulatif : utilisation du TDR pour la sérologie du VIH et la virologie TAAN en fonction de l'âge.....	31
4. Arbre décisionnel pour les projets où les résultats du TAAN VIH sont retardés (méthode GSS).....	32
5. Mise en place du diagnostic précoce de l'infection à VIH chez le nourrisson dans les pays à couverture élevée aux ARV	34
6. Procédures d'utilisation normalisées pour le prélèvement, le stockage et le transport des échantillons GSS	36
7. Soutien, éducation et conseils aux patientes dans les services de PTME.....	38
Références	42

Abréviations et acronymes

3TC	Lamivudine
ABC	Abacavir
ADF	Association à doses fixes
ADN	Acide désoxyribonucléique
ARV	Antirétroviral
ATV/r	Atazanavir/ritonavir
AZT	Zidovudine
CPN	Consultation prénatale
CV	Charge virale
CTX	Cotrimoxazole
DTG	Dolutégravir
EFV	Éfavirenz
EID	Early infant diagnosis (ou diagnostic précoce chez le nourrisson)
FTC	Emtricitabine
GSS	Goutte de sang séchée
INNTI	Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse
IP	Inhibiteur de la protéase
LVP/r	Lopinavir/ritonavir
NVP	Névirapine
PEV	Programme élargi de vaccination
PCR	Polymerase chain reaction (réaction en chaîne à la polymérase)
POC	Point of care (test effectué sur le lieu des soins)
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant
SMI	Santé maternelle et infantile
SP	Sulfadoxine-pyriméthamine
TAAN	Test d'amplification des acides nucléiques
TAR	Traitement antirétroviral
TB	Tuberculose
TDF	Ténofovir
TDR	Test de diagnostic rapide
TME	Transmission mère-enfant (du VIH)
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C

1. Test de dépistage du VIH, détermination du stade clinique et préparation au TAR

1.1 Test de dépistage du VIH pour les femmes enceintes

Voir [Annexe 1](#) pour une description des procédures de test.

Toutes les femmes enceintes dont l'état sérologique est inconnu devraient bénéficier d'un test de dépistage du VIH lors de leur première consultation prénatale (CPN). Les femmes dont le test initial était négatif et qui font une séroconversion lors de la grossesse ou de l'allaitement présentent un risque particulièrement élevé de transmettre le virus à leur nouveau-né (voir [Section 3.1](#)). Les femmes dont le test s'avère négatif en début de grossesse doivent être testées à nouveau au cours du troisième trimestre, lors de leur accouchement et de manière régulière tout au long de la période d'allaitement (p. ex. tous les 6 mois) principalement dans les contextes à haute prévalence. A chaque fois qu'une mère se présente au programme élargi de vaccination (PEV), à une consultation des moins de 5 ans, à un service de consultation externe ou lors d'un séjour dans un service d'hospitalisation, un test de dépistage doit être proposé si elle n'a pas bénéficié de soins prénatals et si le test antérieur était négatif.

Les femmes enceintes accèdent généralement à des services de PTME soit par un programme de lutte contre le VIH, soit par un service de CPN. En règle générale, les femmes qui viennent pour une visite prénatale sont informées qu'elles peuvent passer un test de dépistage du VIH pendant qu'elles attendent leur consultation. Bien souvent, c'est la première fois qu'elles entendent parler du VIH. Les activités d'information et de counseling sont essentielles pour encourager les femmes à passer un test de dépistage, à suivre un programme de PTME et à adhérer à un traitement.

Informations avant le test de dépistage : stratégie de dépistage systématique^a

Cette séance d'information peut être réalisée individuellement ou en groupe (pas plus de 12 à 15 personnes à la fois) dans une salle d'attente. Elle ne doit pas durer plus de 20 minutes. S'il s'agit d'un groupe, il faut veiller à ce que tout le monde entende bien.

- Donner des informations sur le VIH/le SIDA, sur les modes de transmission et sur la prévention ;
- Expliquer le risque de transmission du VIH à l'enfant si la mère enceinte est infectée par le VIH (30 à 40% sans PTME, moins de 5% avec PTME) ;
- Expliquer les moyens possibles de prévention de la TME du VIH ;
- Expliquer la procédure de dépistage ;
- Expliquer que le résultat du test de dépistage restera confidentiel ;
- Préciser que la patiente peut refuser le test de dépistage à ce stade, mais qu'elle sera libre de le faire lors d'une consultation ultérieure.

Procédure d'un test de dépistage individuel

- Expliquer qu'elle a la possibilité de refuser le test de dépistage (sinon dépistage systématique) ;
- Répondre à toutes les craintes relatives au test de dépistage. Insister sur les bénéfices pour sa propre santé et pour prévenir l'infection chez son enfant.

a « Dépistage systématique » signifie que le test sera effectué à moins que la mère ne le refuse expressément. Ces informations sont données pendant l'entretien.

Séance individuelle post-test

La séance post-test est cruciale. Elle a pour but d'aider une femme infectée par le VIH à accepter son statut et à l'encourager à suivre un protocole PTME bénéfique pour sa propre santé et pour celle de son futur enfant.

Si le test de dépistage est négatif :

- Expliquer ce qu'implique un test de dépistage du VIH négatif et l'importance de rester séronégative au VIH ;
- Aborder de nouveau les méthodes de prévention (déjà expliquées lors de la séance d'information avant le test de dépistage) ;
- Aborder les comportements à risque et le besoin de se protéger, en particulier au cours de la grossesse et du post-partum^b ;
- Encourager la femme à passer un nouveau test dans 3 mois ou avant l'accouchement ;
- L'encourager à revenir avec son partenaire afin que celui-ci passe aussi un test de dépistage ;
- Donner des préservatifs puis à chaque visite prénatale.

Si le test de dépistage est positif :

- Expliquer le résultat positif et apporter un soutien psychologique ;
- Lui expliquer qu'elle a de bonnes chances de rester en bonne santé pendant longtemps et que son enfant a de bonnes chances de rester séronégatif au VIH si elle continue de venir à la clinique et de suivre les conseils qui lui sont donnés ;
- Expliquer le risque de transmission du VIH à l'enfant en l'absence de toute intervention ;
- Expliquer le protocole PTME en mettant l'accent sur le bénéfice du TAR pour sa propre santé, la prophylaxie pour son enfant et un accouchement dans un environnement médicalisé (hôpital ou centre de soins) ;
- Souligner l'importance d'un suivi régulier, avant et après la naissance ;
- Si elle a déjà des enfants, aborder les questions liées à leur santé et évoquer la possibilité de leur faire passer un test de dépistage ;
- L'encourager à revenir avec son partenaire afin que celui-ci passe aussi un test de dépistage.

1.2 Détermination du stade clinique et mesure du taux de CD4 (si disponible)

- Pour les femmes enceintes infectées par le VIH, procéder à un examen clinique, y compris le dépistage de la tuberculose (TB), le plus tôt possible après le diagnostic positif au VIH, ou bien lors de la première prise de contact avec les services de CPN pour les femmes qui connaissent déjà leur état sérologique.
- L'objectif principal est de commencer le TAR le plus rapidement possible, généralement lors de la première visite.
- La prophylaxie au cotrimoxazole (CTX) doit être commencée le jour même, quel que soit le stade clinique selon la classification de l'OMS ou le taux de CD4. Une femme enceinte sous CTX n'a pas besoin d'un traitement préventif intermittent contre le paludisme (sulfadoxine/pyriméthamine), car le CTX protège aussi contre le paludisme.
- S'il est disponible, le taux de CD4 de référence reste utile pour fournir des soins urgents et spécifiques aux femmes présentant une immunodépression avancée.

Démarrage précoce du TAR

- Permet à la mère d'atteindre une charge virale (CV) indétectable avant la période de risque élevé de TME (fin de la grossesse, travail, accouchement et post-partum immédiat), ce qui réduit considérablement le risque de transmission ;

^b Les taux de TME du VIH sont très élevés si l'infection au VIH survient pendant la grossesse ou après l'accouchement.

- Réduit également la mortalité des enfants exposés au VIH mais non infectés du fait de son impact sur la survie de la mère.

1.3 Préparation au TAR et séances de counseling

La femme enceinte devrait être testée de nouveau avant le démarrage du traitement (voir [Annexe 1](#)). Ce nouveau test doit être effectué sur un autre échantillon et, idéalement, par un autre technicien. Cependant, si aucun autre technicien n'est disponible, cela ne devrait pas retarder le début du TAR³. La femme enceinte doit recevoir un counseling (voir [Annexe 7](#)). Pour plus d'informations, se référer au document [Guide pour l'Éducation thérapeutique et le Counseling des adultes vivant avec le VIH et/ou la TB](#), MSF 2018.

Ce processus doit commencer dès que le statut VIH de la mère est connu, et doit être prioritaire, dans le but de débiter le traitement le même jour que le diagnostic. Commencer une intervention chez les femmes enceintes infectées par le VIH doit être considéré comme une « urgence », en particulier pour celles qui se présentent au cours du 3^e trimestre.

En fonction du contexte, des séances d'éducation/counseling sont données par des infirmières/sages-femmes des CPN ou par des « conseillers ». Même si les femmes consultent généralement tard pendant la grossesse, il est toujours recommandé d'essayer d'avoir au moins 2-3 séances avec les femmes infectées par le VIH avant l'accouchement. Après l'accouchement, les séances devraient avoir lieu au moins à 1 mois, 3 mois, 6 mois, 12 mois, ou plus souvent si nécessaire.

2. Protocoles ARV pour la PTME : VIH-1

2.1 TAR pour les femmes enceintes nouvellement diagnostiquées infectées par le VIH

Le TAR devrait être commencé chez toute femme enceinte et allaitante infectée par le VIH, quel que soit le stade clinique selon la classification de l'OMS ou le taux de CD4, et continué à vie. Le choix du schéma thérapeutique du TAR doit tenir compte des protocoles nationaux thérapeutiques de première intention pour les adultes et les adolescents.

- Le schéma thérapeutique de choix chez toute femme enceinte ou allaitante est le même que pour tout adulte : une association à dose fixe (ADF) de ténofovir/lamivudine/dolutégravir (TDF/3TC/DTG), un comprimé une fois par jour. C'est également la posologie de choix pour les femmes enceintes/allaitantes atteintes de TB (avec une dose additionnelle de DTG 50 mg 12 heures après la prise d'ADF).
- Idéalement, la clairance de la créatinine devrait être mesurée avant l'instauration du TDF. Si elle est inférieure à 50 mL/min, il faut utiliser la zidovudine/lamivudine (AZT/3TC) (si l'Hb \geq 8 g/dL), ou l'abacavir/lamivudine (ABC/3TC) (si l'Hb < 8 g/dL). L'accès à la surveillance de la créatinine n'est toutefois pas essentiel et ne devrait pas retarder le début du TAR.
- Dans le cas d'effets indésirables liés à la prise du DTG, il peut être remplacé par de l'efavirenz (EFV) – contre-indiqué en cas d'antécédents psychiatriques – ou par un inhibiteur de la protéase (IP), de préférence le darunavir/ritonavir ou l'atazanavir/ritonavir (ATV/r) ou le lopinavir/ritonavir (LPV/r).

Tableau 1 - Traitements de première intention recommandés pour les adultes y compris les femmes enceintes et allaitantes⁴

TAR de première ligne	Schéma thérapeutique de première intention de choix	Schéma thérapeutique alternatif de première intention
Adultes et femmes enceintes ou allaitantes	TDF/3TC/DTG	TDF/3TC (or FTC) + EFV 400 ou 600 mg
Circonstances particulières	Schémas contenant de l'AZT, ABC ou des IP boostés	

2.2 Femmes enceintes ou allaitantes sous TAR depuis plus de 6 mois

Si possible, utiliser une méthode « point of care » (POC)^a pour mesurer la CV pour un résultat rapide.

Si la CV est disponible :

- Pour les patientes sous TAR depuis plus de 6 mois, mesurer la CV dès confirmation de la grossesse et indépendamment de la date de mesure antérieure, puis tous les 6 mois jusqu'à la fin de l'allaitement.
- Si cette CV est > 1000 copies/mL, l'enfant sera à haut risque d'être infecté par le VIH :
 - Investiguer et corriger, si possible, les raisons de l'échec thérapeutique ;
 - Donner les conseils pour l'amélioration de l'observance au traitement ;

^a « point of care » test (POC), test diagnostique à effectuer sur le lieu des soins afin de disposer du résultat dans un bref délai.

- Passer au TAR de 2^e intention^b si le traitement de première intention ne contenait pas de DTG (voir encadré ci-dessous) ;
- Poursuivre le « counselling » après le changement de traitement ;
- Prescrire une prophylaxie renforcée pour l'enfant ;
- Assurer un suivi rapproché de la mère et de l'enfant.

Remarque concernant le passage au TAR de 2^e intention : le schéma de 2^e intention dépend du protocole national et de la disponibilité des médicaments. Le DTG entraîne une suppression virale plus rapide, est très performant, a peu d'effets indésirables et existe en ADF. Le TAR de 2^e intention devrait contenir du DTG s'il est disponible et si la femme n'est pas sous un régime de 1^{re} intention contenant du DTG. Les IPs, particulièrement le LPV/r ont plus d'effets indésirables et un nombre de comprimés plus important doit être pris. Pour les patientes qui sont passées à un schéma de 2^e intention contenant des IPs, particulièrement le LPV/r, remplacer les IPs par le DTG dès que celui-ci est disponible et après avoir vérifié que la CV est < 1000 copies/mL. A l'heure actuelle, MSF ne recommande pas que les patientes qui sont sous un régime de 1^{re} intention contenant du DTG passent à un régime de 2^e intention. Les protocoles concernant les échecs au traitement de 1^{re} intention contenant du DTG sont en cours d'élaboration.

– Si la CV est < 1000 copies/mL, le même schéma thérapeutique sera poursuivi.

Si la CV n'est pas disponible :

- Évaluer et investiguer l'observance au traitement ;
- Chercher des signes cliniques ou immunologiques d'échec thérapeutique (nouvelle infection opportuniste, stade clinique 3 ou 4 après 6 mois de TAR efficace, taux de CD4 < 250 cellules/mm³ suivant l'échec thérapeutique ou niveau de CD4 < 100 cellules/mm³ persistant) ;
- En cas d'échec thérapeutique :
 - Investiguer et corriger, si possible, les raisons de l'échec thérapeutique ;
 - Donner des conseils pour l'amélioration de l'observance au traitement ;
 - Passer au TAR de 2^e intention si le traitement de première intention ne contenait pas de DTG ;
 - Continuer le counseling après le passage au 2^e schéma ;
 - Prescrire une prophylaxie renforcée pour l'enfant ;
 - Assurer un suivi rapproché de la mère et de l'enfant.

2.3 Surveillance de la toxicité

L'absence de surveillance biologique ne doit pas constituer un obstacle au traitement.

Tableau 2 - Toxicités des médicaments

Schéma thérapeutique de la mère	Surveiller la toxicité
Contenant TDF	Clairance de la créatinine si disponible ^c
Contenant AZT	Hémoglobine si disponible
Contenant EFV ou ATV/r ou DTG	Pas de surveillance biologique

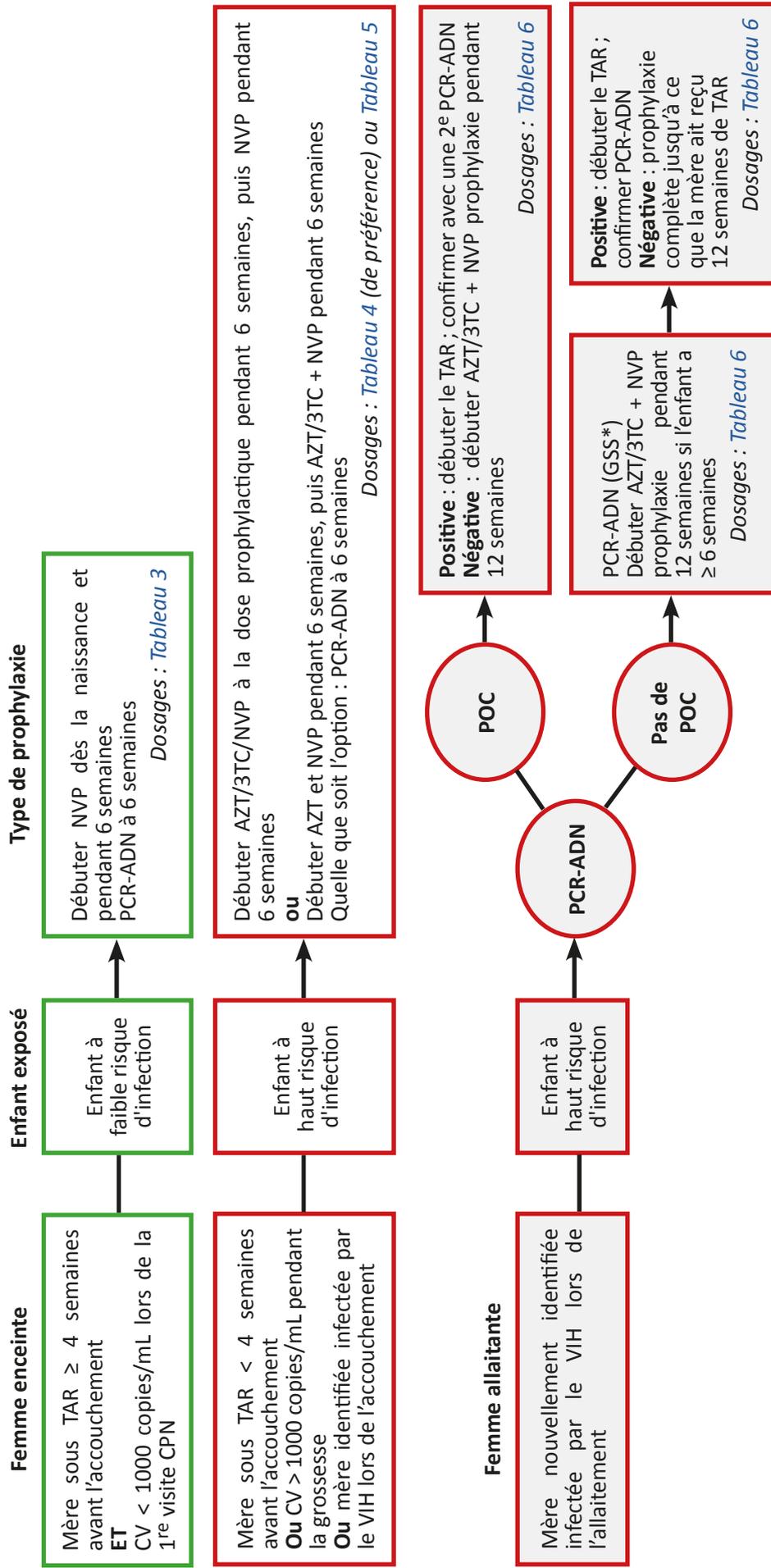
Pour plus de détails sur les effets indésirables, consulter le [Manuel clinique MSF VIH/TB pour les soins de santé primaires, 2018.](#)⁵

b L'OMS recommande un changement de schéma thérapeutique après 2 mesures de CV > 1000 copies/mL à 2 à 3 mois d'intervalle. Cependant l'OMS reconnaît que ces recommandations ne concernent pas les femmes enceintes et allaitantes. Plusieurs protocoles nationaux ont adopté diverses recommandations. MSF privilégie une approche qui préconise une suppression rapide de la charge virale chez le plus grand nombre de femmes enceintes pour contenir la TME. Cette approche peut nécessiter d'être adaptée en fonction des protocoles nationaux et de la disponibilité des médicaments.

c Si ClCr < 50 mL/min, choisissez de préférence un autre ARV.

2.4 Prophylaxie pour les enfants exposés au VIH dont les mères sont identifiées infectées par le VIH pendant leur grossesse, leur accouchement ou l’allaitement

2.4.1 Résumé de la prophylaxie chez l’enfant



* GSS (méthode) = goutte de sang séché

Commencer la prophylaxie ARV le plus tôt possible après la naissance.

2.4.2 Nourrissons exposés au VIH et à faible risque d'infection

- La mère a été sous un TAR efficace pendant plus de 4 semaines avant l'accouchement.
- Un traitement réussi est le mieux défini par une CV < 1000 copies/mL pendant les 6 derniers mois de grossesse, à l'accouchement et pendant l'allaitement.

Commencer le sirop de **NVP** une fois par jour le plus tôt possible après l'accouchement et continuer pendant 6 semaines.

Tableau 3 - Doses journalières de prophylaxie pour les nourrissons à faible risque

Poids à la naissance	NVP (10 mg/mL)
< 2 kg et ≥ 35 semaines de gestation	2 mg/kg x 1
2 à < 2,5 kg	10 mg x 1
≥ 2,5 kg	15 mg x 1

2.4.3. Nourrissons exposés au VIH et à haut risque d'infection

Les nourrissons à haut risque d'infection sont ceux dont les mères :

- Ont reçu moins de 4 semaines de TAR au moment de l'accouchement, ou
- Sont sous TAR mais ont une CV > 1000 copies/mL documentée au moment de l'accouchement, ou
- Avaient un test initial négatif et qui font une séroconversion pendant la grossesse ou l'allaitement, ou
- Ont été identifiées comme séropositives au VIH pendant l'accouchement, ou
- Ont été identifiées comme séropositives au VIH pendant l'allaitement avec ou sans test négatif pendant la grossesse (voir [Tableau 6](#)).

Prophylaxie ARV simplifiée pour les nourrissons à haut risque

De la naissance à 6 semaines, donner ¼ de comprimé dispersible d'**AZT/3TC/NVP** ADF deux fois par jour. Former les parents ou l'accompagnant à l'utilisation d'un cutter pour obtenir 4 parts égales.

À 6 semaines, passer à l'**AZT 60 mg/3TC 30 mg** comprimé dispersible : 1 comprimé deux fois par jour **plus** **NVP 50 mg** en comprimé dispersible : ½ comprimé une fois par jour pendant 6 semaines, **ou** **NVP** seule.

Tableau 4 - Prophylaxie ARV simplifiée pour les nouveau-nés et nourrissons à haut risque^d

Âge	Prophylaxie ARV simplifiée pour les enfants à haut risque : doses journalières	
Naissance à 6 semaines	AZT 60 mg/3TC 30 mg/NVP 50 mg : ¼ cp x 2	–
> 6 à 12 semaines	AZT 60 mg/3TC 30 mg : 1 cp x 2	Plus NVP 50 mg : ½ cp x 1
	Ou NVP seule	

^d Cette prophylaxie simplifiée n'a pas encore fait l'objet d'une évaluation officielle mais les experts de l'OMS reconnaissent que la simplicité est importante pour réussir.

Prophylaxie ARV standard recommandée par l'OMS (2016) pour les nourrissons à haut risque^e

Lorsqu'ils sont disponibles, donner un schéma thérapeutique d'une combinaison NVP et AZT de la naissance à 12 semaines. Ajuster les doses en fonction du poids à la naissance pour les nouveau-nés de petit poids de naissance devant recevoir une prophylaxie ARV à la naissance ou autour de la naissance.

Tableau 5 - Prophylaxie ARV standard recommandée par l'OMS pour les nouveau-nés et les nourrissons à haut risque

Poids de naissance ou âge	NVP sirop à 10 mg/mL ou cp à 50 mg	AZT sirop à 10 mg/mL ou cp à 60 mg
< 2 kg et ≥ 35 semaines de gestation ^f	2 mg/kg* x 1	4 mg/kg* x 2
≥ 2 à < 2,5 kg	1 mL sirop x 1	1 mL sirop x 2
≥ 2,5 kg De la naissance à 6 semaines	1,5 mL sirop x 1	1,5 mL sirop x 2
> 6 à 12 semaines	½ cp ou 2 mL sirop x 1	1 cp x 2
Ou NVP seule		

* Pour les petits poids de naissance, la dose est exprimée en mg/kg pour être très précis (dose inférieure à 1 mL).

- Si ce protocole est trop compliqué pour la mère, choisir l'option simplifiée (voir [Tableau 4](#)).
- Si aucune des formulations appropriées ne sont disponibles, donner NVP seule de la naissance à 12 semaines.

Pour la mère : commencer le TAR le plus tôt possible. Si l'infection à VIH est confirmée pendant le travail, donner la première dose d'ARV et continuer le traitement à vie. Lui donner les conseils appropriés après l'accouchement.

Pour le nourrisson : commencer une prophylaxie au CTX chez tous les nourrissons exposés au VIH âgés d'au moins 4 semaines jusqu'à l'exclusion de l'infection (voir [Tableau 7](#)).

2.4.4 Prophylaxie pour les nourrissons allaités dont les mères sont identifiées séropositives au VIH en post-partum

Des femmes infectées par le VIH peuvent se présenter pour la première fois avec un nourrisson allaité, sans avoir bénéficié de PTME. Ces nourrissons sont à haut risque d'être infectés. Le nourrisson doit être testé avec un test VIH approprié en fonction de son âge (test virologique^g si < 18 mois ; arbre décisionnel des tests rapides si ≥ 18 mois) et considéré comme un « nourrisson à haut risque ».

- **La mère** doit commencer le TAR sans délai et bénéficier d'un counseling.

^e A utiliser si inclus dans les protocoles nationaux.

^f *Remarque* : pour les nouveau-nés grands prématurés, les doses doivent être encore plus réduites.

^g Test de détection des acides nucléiques (TAAN) le jour même (POC) ou PCR-ADN sur goutte de sang séché.

– **Le nourrisson :**

- Si le test virologique pour nourrisson est disponible le jour même (POC) :
 - Si le résultat est positif, commencer un TAR sans délai en fonction du poids avec ABC (ou AZT)/3TC + LPV/r^h. Prélever immédiatement un deuxième échantillon pour confirmation.
 - Si le résultat est négatif, commencer la prophylaxie renforcée **en fonction de l'âge (NVP) et du poids (AZT)** (voir [Tableau 6](#)) jusqu'à ce que la mère ait reçu 12 semaines de TAR. Faire un test PCR-ADN à la fin de la prophylaxie.
- Si le résultat du test virologique du nourrisson est différé, par exemple, en utilisant la méthode sur GSS commencer une prophylaxie renforcée avec AZT/3TC + NVP en attendant le résultat de la PCR-ADN (voir [Tableau 6](#)).
 - Si le résultat de la PCR-ADN est négatif, continuer la prophylaxie renforcée en fonction de l'âge (NVP) et du poids (AZT) (voir [Tableau 6](#)) jusqu'à ce que la mère ait reçu 12 semaines de TAR. Faire un nouveau test PCR-ADN à la fin de la prophylaxie.
 - Si le résultat du test PCR-ADN est positif, arrêter la prophylaxie. Commencer le TAR avec ABC (ou AZT) /3TC + LPV/r. Confirmer le test PCR positif par une autre PCR-ADN avec GSS.

Tableau 6 - Traitement prophylactique pour le nourrisson ≥ 12 semaines

Utilisation prophylactique de l'AZT		
Poids	Comprimé dispersible AZT 60 mg/3TC 30 mg	Sirop AZT à 10 mg/mL
6 - 9,9 kg	1,5 cp x 2	9 mL x 2
10 - 13,9 kg	2 cp x 2	12 mL x 2
14 - 19,9 kg	2,5 cp x 2	15 mL x 2

PLUS

Utilisation prophylactique de NVP	
Âge	Comprimés dispersibles de NVP 50 mg (ou sirop à 10mg/mL)
12 semaines à 6 mois	20 mg x 1 (½ cp x 1 ou 2 mL de sirop x 1)
> 6 à 9 mois	30 mg x 1 (½ cp x 1 ou 3 mL de sirop x 1)
> 9 mois jusqu'à la fin de l'allaitement	40 mg x 1 (1 cp x 1 ou 4 mL de sirop x 1)

Remarque : pour simplifier, le dosage des comprimés est arrondi.

À tout moment, si l'enfant est malade et qu'une infection au VIH est suspectée, un TAR présomptif doit être commencé. Voir [Section 5.3](#).

Si les présentations indiquées ne sont pas disponibles, donner la NVP seule pendant 12 semaines.

^h Ne pas administrer le sirop LPV/r chez le nouveau-né âgé de < 2 semaines ou après que le nourrisson a atteint de 42 semaines de gestation virtuelle. Le LPV/r sous forme de micro-granules (en gélule) est préférable pour les nourrissons > 3 kg et âgés de 3 mois. Les granulés (en sachet) de LVP/r peuvent être administrés à partir de 2 semaines.

2.5 Prophylaxie par le CTX pour les nourrissons exposés au VIH

Une prophylaxie par le CTX doit être prescrite pour tous les nourrissons d'au moins 4 semaines et exposés au VIH jusqu'à l'exclusion de l'infection.

Tableau 7 - Prophylaxie par le CTX : doses et présentations

Prophylaxie simplifiée par le CTX			
Poids	Suspension par voie orale 200/40 mg par 5 mL x 1	Comprimés dispersibles 100/20 mg x 1	Comprimés sécables 400/80 mg x 1
3 - 5,9 kg	2,5 mL	1	–
6 - 9,9 kg	5 mL	2	½ (écrasé)
10 - 13,9 kg	5 mL	2	½ (écrasé)
14 - 19,9 kg	10 mL	4	1

3. Cas spécifiques

3.1 Précautions particulières pendant le travail et l'accouchement

Les précautions universelles (manipulation sécuritaire des seringues/aiguilles, vêtements de protection etc.) doivent toujours s'appliquer dans toutes les maternités, pour toutes les patientes, indépendamment de leur statut sérologique.

Pendant le travail

- Utiliser le partogramme pour contrôler les progrès du travail pour tous les accouchements. Le travail prolongé doit être particulièrement évité pour les femmes infectées par le VIH car le risque de transmission augmente avec la durée ;
- Limiter le nombre d'examens vaginaux car les lésions et infections de la filière génitale augmentent le risque de transmission ;
- Limiter le délai entre la rupture des membranes et l'accouchement. Chaque heure supplémentaire après la rupture des membranes augmente le risque de transmission du VIH au nourrisson de 2% ;
- Éviter la rupture artificielle des membranes ;
- Déclencher l'accouchement selon le protocole habituel après la rupture spontanée des membranes pour assurer une progression rapide du travail. Si le déclenchement ne fonctionne pas, effectuer une césarienne.⁶

Pendant l'accouchement

- Éviter les actes invasifs durant l'accouchement (ventouses, forceps et épisiotomie) pour limiter le risque de transmission du VIH. Cependant, si ces mesures sont nécessaires pour sauver la vie de la mère ou du nouveau-né, elles doivent être réalisées.

Soins au nouveau-né

- Les précautions standards s'appliquent à tous les nouveau-nés à la maternité. Il n'existe donc pas de mesures spéciales pour les nourrissons exposés au VIH.

3.2 Protocole ARV de la PTME : VIH-2 ou coinfection VIH -1 & 2^a

Le risque de TME du VIH-2 (1-3%) est bien moins important que pour le VIH-1.

Le VIH-2 est naturellement résistant à la classe des INNTI. Utiliser un traitement à base de DTG ou d'IP (ATV/r ou LVP/r).

Ne pas utiliser un traitement à base d'INNTI pour le nourrisson, même comme prophylaxie. Utiliser l'AZT en sirop (poids à la naissance < 2,5 kg, 10 mg 2 fois par jour ; poids à la naissance ≥ 2,5 kg, 15 mg 2 fois par jour).

a GeneXpert ne peut pas être utilisé pour le diagnostic précoce chez le nourrisson dans le cas d'infection VIH-2.

4. Prévention de l'hépatite

4.1 Prévention de la transmission de l'hépatite B (VHB) chez les femmes enceintes coinfectées avec le VIH

Une virémie maternelle élevée du VHB et un résultat positif de l'Ag HBe^a sont corrélés à un plus grand risque de transmission du VHB. Chez les patientes coinfectées VIH-VHB, le TAR de première intention actuellement recommandé (TDF/3TC/DTG) est actif dans le traitement et la prévention des deux maladies^b.

Recommandations de dépistage

Toutes les femmes enceintes qui se présentent aux programmes de PTME devraient recevoir un test de dépistage de l'Ag HBs dès la première consultation.

PTME chez les femmes avec un résultat Ag HBs positif

1. *Traitement de la mère*

- Il a été démontré que le traitement associé du VHB et du VIH avec un TAR contenant TDF/3TC est très efficace pour la prévention de la transmission des deux virus au nourrisson. Choisir un TAR contenant TDF/3TC (ou FTC).⁷
- Dans le cas d'un changement d'une 2^e ou 3^e intention, maintenir au moins TDF (+/-3TC [ou FTC]) en plus du nouveau traitement TAR sans tenir compte de l'exposition antérieure et de la résistance du VIH au TDF^c.

2. *Vaccination VHB pour les nouveau-nés*

- La première dose de vaccin (monovalent) contre l'hépatite B est administrée aux nouveau-nés à la naissance, ou dans les 24 premières heures. Utiliser une demi-dose (0,5 mL, 5-10 microgrammes) de vaccin monovalent pour adulte ou un vaccin pédiatrique hépatite B.
- S'assurer que le nourrisson reçoit les autres doses dans le cadre du PEV (vaccin DTC-Hib-HepB pentavalent).

3. *Prévention de l'infection VHB chez les femmes Ag HBs négatives* (si statut connu)

- Les femmes ayant un résultat négatif à l'Ag HBs et qui n'ont pas été vaccinées auparavant (voir carte de vaccination) devraient être vaccinées à J0, puis à 1 et 6 mois.

4.2 Prévention de la transmission de l'hépatite C (VHC) chez les femmes enceintes coinfectées avec le VIH

Les femmes enceintes coinfectées VIH-VHC ont un risque de 5 à 20% de transmettre le virus VHC à leur nourrisson. Actuellement il n'y a aucune donnée sur l'utilisation de médicaments contre le VHC pendant la grossesse et l'allaitement. Il n'y a pas encore de recommandation disponible. Lorsque l'accès au diagnostic (TDR VHC et CV VHC) est disponible, le traitement utilisant les nouveaux médicaments antiviraux à action directe peut être proposé après l'allaitement pour éviter la transmission pendant les grossesses futures.

a Sans traitement ni vaccination, le risque de transmission du VHB est estimé entre 70 et 90% chez les mères Ag HBe positives et entre 10 et 40% chez les mères Ag HBe négatives.

b Les médicaments contre le VHB sont le TDF et 3TC.

c Arrêter les molécules actives sur le VHB peut entraîner une poussée grave de l'hépatite.

5. Suivi des nourrissons exposés au VIH

Les principes essentiels pour déterminer si les nouveau-nés et/ou nourrissons de moins de 18 mois sont infectés par le VIH reposent sur les recommandations de l’OMS^{3,8}:

- Évaluer l’exposition au VIH en testant la mère quand cela est possible ;
- Réaliser un TAAN (PCR) pour tout enfant exposé au VIH en suivant l’arbre décisionnel des tests chez le nourrisson (Voir [Section 5.2](#)) et/ou chez les nourrissons présentant des signes cliniques de l’infection au VIH, quel que soit le résultat d’un TAAN antérieur ;
- A 9 mois, réaliser un TAAN chez tous les nourrissons exposés au VIH ;
- Dans le cas d’un TAAN positif, s’assurer qu’un 2^e test de confirmation est effectué sur un 2^e échantillon de sang ;
- Dans le cas où les tests donnent un résultat indéterminé, s’assurer qu’un test est refait immédiatement et qu’il est priorisé dans le but de trouver une conclusion rapide ;
- Veiller à effectuer un suivi clinique de tous les nourrissons exposés au VIH jusqu’au diagnostic final.

5.1 Diagnostic précoce de l'infection par le VIH chez les nourrissons < 18 mois

Les nouveau-nés et nourrissons peuvent être infectés par le VIH pendant la grossesse, l’accouchement et le post-partum par l’allaitement. Les nourrissons infectés *in utero* ont habituellement une charge virale détectable s’ils sont testés à la naissance. A l’opposé, les nourrissons infectés pendant ou autour de la date de l’accouchement ont habituellement une charge virale indétectable lors du test à la naissance car il faut environ 1-2 semaines après l’infection pour que le virus devienne détectable.

Pour les nourrissons de moins de 18 mois, les tests de détection des anticorps (sérologie) ne sont pas optimaux car le transfert passif des anticorps maternels peut conduire à un résultat positif erroné. Aussi le test virologique comme le TAAN ou l’ADN-VIH (PCR-ADN) sont recommandés pour le diagnostic précoce chez les nourrissons de moins de 18 mois. Pour les nourrissons de 18 mois et plus, un test de détection d’anticorps peut être utilisé car les anticorps maternels ont été éliminés du sang du nourrisson. Utiliser l’algorithme de l’adulte.

Le TAAN ou test d’amplification des acides nucléiques est une technique moléculaire qui permet de détecter un pathogène particulier (virus ou bactérie) dans un échantillon de sang ou de tissu ou de fluide corporel. Le TAAN est le test recommandé pour diagnostiquer le VIH chez les nouveaux nés et les enfants de moins de 18 mois. La **PCR-ADN est un TAAN**. Voir [Annexe 5](#).

Si le TAAN n’est pas disponible (ex : en utilisant la méthode GSS), le test sérologique utilisant un TDR peut être envisagé pour les nourrissons de 9-18 mois seulement pour exclure provisoirement l’infection. Voir [Annexe 3](#) et [Annexe 4](#). Un suivi clinique doit être fait et le statut sérologique final sera évalué soit à 18 mois soit 12 semaines après l’arrêt de l’allaitement, selon la date la plus tardive.

Des dispositifs POC pour un diagnostic précoce chez le nourrisson, sont maintenant disponibles et sont une solution très pratique et les résultats sont disponibles en 2 heures.

Si on ne peut pas effectuer de TAAN VIH dans le projet, les échantillons doivent être envoyés à un laboratoire externe en utilisant la méthode GSS, voir [Annexe 6](#).

Selon les lignes directrices OMS, MSF recommande :

Le diagnostic virologique du VIH chez le nourrisson par le TAAN
en utilisant la méthode GSS ou un POC

Un test précoce est recommandé pour diagnostiquer les nourrissons infectés par VIH le plus tôt possible afin de commencer un TAR et de réduire la mortalité précoce.

Un test initial (TAAN1) est habituellement recommandé lors de la première consultation pour vaccination (normalement à 4-6 semaines) où dès que possible par la suite.

- Le délai de 4 à 6 semaines est indicatif. La semaine 6 est pratique car il s'agit également de la date des premiers vaccins combinés DPT-Hib-HepB1. **Cependant, ne jamais refuser le test à une mère qui viendrait pour faire tester son nourrisson plus tôt ou plus tard**

Interprétation des résultats (voir [Tableau 8](#))

- Si le **TAAN1** est **NÉGATIF** : notifier le résultat comme négatif. Il n'est pas nécessaire de confirmer un résultat négatif avec un deuxième TAAN, à moins que le premier test ait été effectué à la naissance ou autour de celle-ci.
- Si le premier résultat (**TAAN1**) est **POSITIF** : **commencer le TAR dès que possible** et prélever immédiatement un deuxième échantillon pour confirmation (TAAN2).

Un résultat positif au VIH obtenu à partir de tests virologiques chez un nouveau-né ou un enfant de moins de 18 mois doit toujours être confirmé par un deuxième test virologique prélevé au moment où le premier résultat est transmis.

- La confirmation du résultat positif initial est recommandée 1) en raison de faux positifs dus à une erreur d'étiquetage des prélèvements, à une contamination au laboratoire ou à une contamination croisée 2) en raison d'une exposition accrue au traitement ARV de la mère et de la prophylaxie renforcée pour les nourrissons. Le test de confirmation doit être réalisé dans le même laboratoire que le premier test. Cela permet de vérifier la cohérence des résultats et d'enquêter sur les résultats discordants.
- Les données doivent être collectées, notamment au minimum : âge de l'enfant, résultats du TAAN1 et du TAAN2, et les dates des prélèvements sanguins.
- Si le deuxième résultat (**TAAN2**) est également **POSITIF** : notifier le résultat final comme positif.
- Si le deuxième résultat (**TAAN2**) est **NEGATIF** : il s'agit d'un résultat discordant. Prélever un 3^e échantillon de sang pour un autre test avant d'arrêter le TAR et consulter le référent VIH ou le référent de laboratoire.

Tableau 8 - Interprétation des résultats

Résultat du TAAN1	Résultat du TAAN2	Résultat final
Négatif	Non applicable	NÉGATIF
Positif	Positif	POSITIF
Positif	Négatif	Effectuer un 3 ^e test avant d'arrêter le TAR. Consulter le référent VIH ou le référent laboratoire.

Certains pays commencent à utiliser la méthode de GSS à la naissance (pour la détection plus précoce de l'infection périnatale et pour réduire si possible les perdus de vue le plus tôt possible). Se référer au protocole national et à l'[Annexe 2](#).

Quand il n'est pas possible de tester à la naissance tous les enfants exposés au VIH ainsi qu'assurer les tests de confirmation de résultats, la priorité est donnée aux enfants classés à haut risque où lorsque la mère n'a pas reçu de PTME.

ATTENTION :

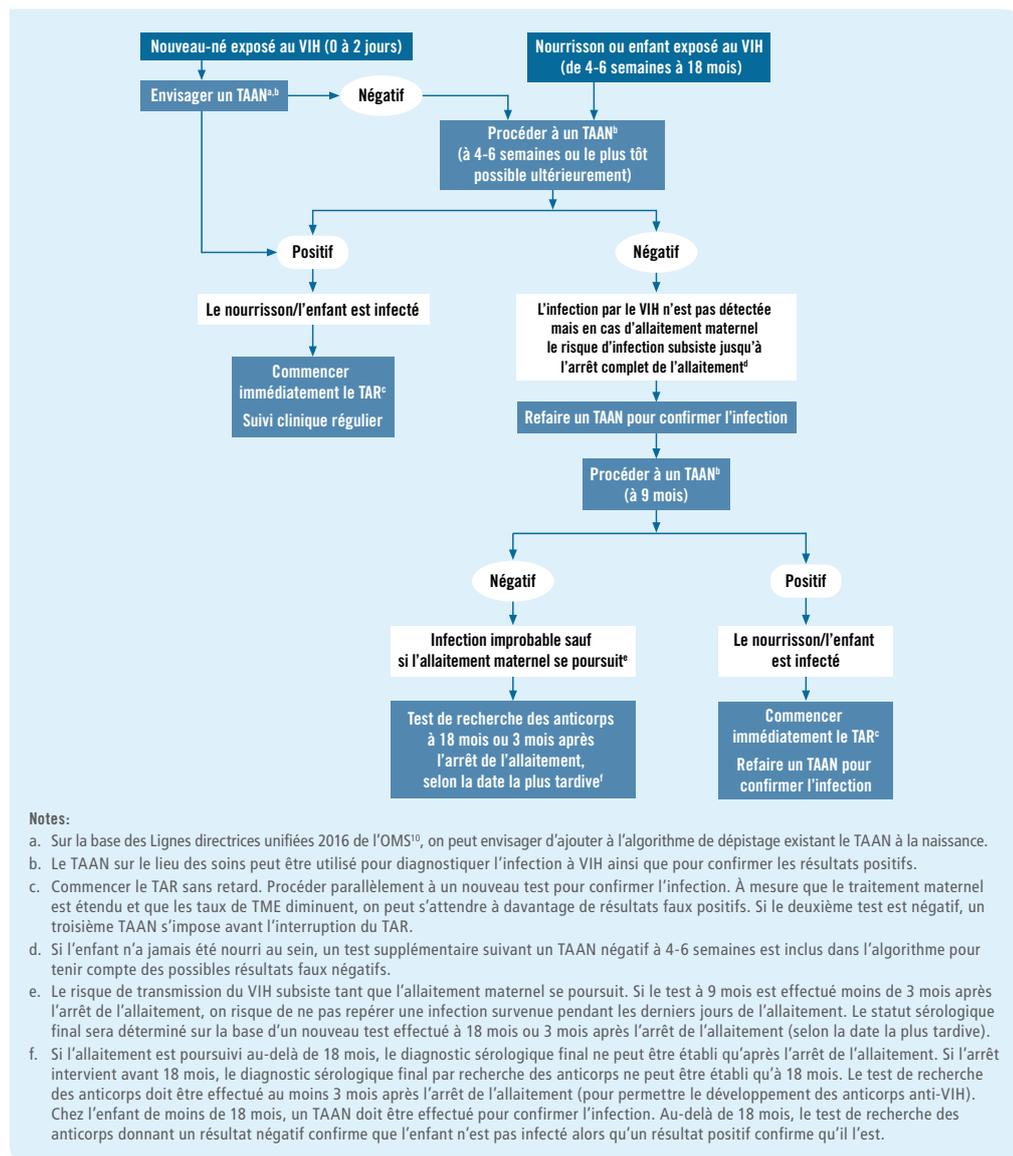
Si le premier test a été réalisé à la naissance ou autour de celle-ci et qu'il est négatif, un deuxième test doit être réalisé à 4-6 semaines pour détecter une transmission intra-partum ou immédiatement post-partum.

5.2 Algorithme pour le diagnostic précoce du nourrisson (DPN)⁹

Annexe 3: Algorithme simplifié pour le DPN

Les principes essentiels pour déterminer si le nourrisson et l'enfant exposés au VIH avant l'âge de 18 mois ont été infectés avec le VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire sont les suivants:

- Évaluer l'exposition au VIH par la recherche d'anticorps chez la mère.
- Procéder à un TAAAN chez tout enfant exposé au VIH présentant des symptômes cliniques en dehors de l'algorithme national de dépistage, indépendamment des résultats de TAAAN antérieurs.
- À 9 mois, procéder à un TAAAN chez les nourrissons exposés au VIH, symptomatiques ou asymptomatiques, même si les résultats de TAAAN antérieurs ont été négatifs.
- Veiller à répéter immédiatement le test en cas de résultats indéterminés en considérant ces cas comme prioritaires.
- Veiller à effectuer un test de confirmation en cas de résultat positif.
- Veiller à un suivi régulier de tous les nourrissons exposés au VIH jusqu'au diagnostic final, notamment en fournissant une prophylaxie au cotrimoxazole ainsi qu'une évaluation clinique et nutritionnelle.



Remarque :

Pour plus d'information sur la mise en place du DPN dans les pays à forte exposition aux ARV, voir [Annexe 5](#).

5.3 Suivi clinique

Les nourrissons exposés au VIH doivent être suivis jusqu'à ce que l'infection par le VIH puisse être exclue ou confirmée, généralement jusqu'à leur 18-24 mois. Au cours de la première année, les consultations doivent concorder avec celles du PEV. De 6 semaines à 6 mois, une consultation par mois est nécessaire. Par la suite, un programme trimestriel peut être proposé. À chaque visite, s'assurer de la mise à jour des paramètres de santé, y compris des vaccinations, dans le carnet de santé de l'enfant (généralement fourni par le ministère de la santé). Toujours assurer les consultations de la mère et de son enfant ensemble en tant que famille. Encourager le test du partenaire et de la fratrie.

À chaque consultation

- Vérifier l'âge et le poids. Mettre à jour la courbe de croissance de l'OMS. Si la mesure se trouve en dehors des percentiles normaux, mesurer la taille et calculer l'IMC. Si la courbe de croissance est plate ou traverse des percentiles inférieurs, des investigations supplémentaires sont nécessaires ;
- Vérifier l'état clinique, le développement neurologique et le périmètre crânien ;
- Chercher des signes de TB et des contacts potentiels avec des personnes atteintes de cette maladie. Prescrire la prophylaxie isoniazide si la mère est sous traitement antituberculeux ;
- Donner des conseils sur la nutrition (l'allaitement au sein est exclusif jusqu'à 6 mois, l'alimentation complémentaire sera introduite par la suite). L'allaitement au sein peut se poursuivre jusqu'à 24 mois. Dans certains projets, des compléments alimentaires peuvent être donnés^a ;
- Prévenir et traiter les problèmes mammaires de la mère (mastite, crevasses du mamelon, abcès, herpès) et le muguet chez le nourrisson, ainsi que les maladies connues pour augmenter la transmission du VIH ;
- Vérifier le respect du calendrier vaccinal et que le nourrisson a reçu une moustiquaire.

Spécificités pour les nourrissons exposés au VIH

- Prescrire une prophylaxie ARV adaptée à l'évaluation du risque de transmission ;
- Adapter la dose d'ARV en fonction de l'âge du nourrisson et en fonction de son poids pour le CTX (voir [Tableau 7](#)) ;
- Commencer le CTX à partir de 4 semaines et continuer jusqu'à la confirmation de la séronégativité ;
- Effectuer les tests dépistage du VIH selon le schéma décisionnel du DPN ;
- Obtenir les antécédents médicaux et rechercher des signes suggérant une infection par le VIH. S'il y en a, tester l'enfant et discuter la mise en place d'un traitement présomptif.

Pour la mère et l'enfant

- Évaluer les problèmes d'observance au traitement et à la prophylaxie à chaque consultation (vérifier le respect des rendez-vous). En cas de problème, consulter le [Guide pour l'Éducation thérapeutique et le Counseling des adultes vivant avec le VIH et/ou la TB](#), MSF 2018.

a Tels que Plumpy Doz/BP 100.

Informations supplémentaires

- Quel que soit l'âge, si le nourrisson/l'enfant a un TDR positif et des signes cliniques d'infection au VIH, commencer le TAR. Prélever une GSS pour le TAAN avant de commencer le TAR pour pouvoir confirmer le diagnostic VIH. Dans tous les cas, le premier test positif doit être confirmé par un 2^e TAAN avant l'âge de 18 mois ;
- Un TAAN négatif chez l'enfant de < 18 mois nécessite de faire un TDR à ≥ 18 mois ou 12 semaines après la fin de l'allaitement, selon la date la plus tardive (pour confirmer l'absence d'infection et pour l'évaluation finale du statut sérologique de l'enfant) ;
- Les enfants > 9 mois qui vont bien mais avec un TDR positif nécessitent rapidement un TAAN pour confirmer le diagnostic ;
- Les enfants > 9 mois qui vont bien et avec un TDR négatif, l'infection à VIH est peu probable à moins qu'il y ait encore un allaitement. Il faut continuer à surveiller l'état clinique. Le statut sérologique final sera donné par un TDR quand l'enfant ≥ 18 mois ou à 12 semaines après la fin de l'allaitement, selon la date la plus tardive.

Remarque : La prise en charge doit être prudente pour les nourrissons qui commencent un TAR précoce sans résultat de TAAN et qui nécessitent un TDR à 18 mois pour confirmer leur statut sérologique :

- Si la sérologie est négative, penser à une séro-réversion et réaliser un TAAN.
- Si la PCR-ADN est négative, contacter le référent VIH car le résultat du TAAN peut être un faux négatif chez certains enfants qui ont commencé tôt le TAR. Les directives de l'OMS relatives au moment et au mode d'interruption du TAR dans ces cas de figure sont disponibles.³

Un diagnostic présomptif de maladie grave du VIH se fait si :

L'enfant < 18 mois est confirmé séropositif pour le VIH (TDR)^b

Et

L'enfant présente 2 ou plusieurs signes suivants :

- Mycose buccale
- Pneumonie sévère
- Sepsis grave

Ou

Autres facteurs à envisager :

- Mortalité maternelle récente liée au VIH ou maladie avancée du VIH chez la mère
- Taux de CD4 de l'enfant < 20%

Le diagnostic d'une infection opportuniste peut être posé.

Ne pas retarder la mise en route du TAR chez les nourrissons/enfants avec des signes cliniques VIH, même dans les cas où les tests virologiques rapides ne sont pas disponibles.

^b Seul un test virologique permet de confirmer l'infection à VIH des nourrissons < 18 mois.

Annexes

1. Test de dépistage du VIH chez la femme enceinte.....	27
2. Test de dépistage à la naissance	30
3. Tableau récapitulatif : utilisation du TDR pour la sérologie du VIH et la virologie TAAN en fonction de l'âge	31
4. Arbre décisionnel pour les projets où les résultats du TAAN VIH sont retardés (méthode GSS).....	32
5. Mise en place du diagnostic précoce de l'infection à VIH chez le nourrisson dans les pays à couverture élevée aux ARV	34
6. Procédures d'utilisation normalisées pour le prélèvement, le stockage et le transport des échantillons GSS	36
7. Soutien, éducation et conseils aux patientes dans les services de PTME.....	38

Annexe 1. Test de dépistage du VIH chez la femme enceinte^a

MSF recommande de suivre les recommandations de l'OMS sur le dépistage du VIH figurant dans le document [Lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH](#), OMS, 2015.⁸ Cette stratégie de diagnostic dépend de la prévalence VIH du contexte où les tests sont utilisés. Trois TDR positifs sont nécessaires pour confirmer un statut VIH positif dans les contextes à faible prévalence (< 5%), tandis que 2 TDR positifs sont nécessaires dans les contextes à forte prévalence (≥ 5%). Cela signifie que différentes stratégies de dépistage peuvent être utilisées au sein d'un même pays ou au sein d'un centre de dépistage (par exemple, la prévalence du dépistage peut être de 2% dans une clinique CPN. Par conséquent, on utilisera la stratégie de dépistage pour les contextes à faible prévalence. Cependant, la prévalence attendue dans une consultation antituberculeuse pourrait être de 10% et il faudrait donc utiliser la stratégie de dépistage pour les contextes à forte prévalence). Si la prévalence est inconnue ou si cela s'avère trop complexe d'avoir deux arbres décisionnels différents au sein d'un même centre de dépistage, il est recommandé d'utiliser la stratégie de test pour de faibles prévalences.

Autant dans les contextes à prévalence faible qu'à prévalence forte, trois tests sérologiques différents (A1, A2, A3) peuvent être nécessaires pour établir le diagnostic d'infection par le VIH. A1 doit être le test le plus sensible et A2 (et A3) avoir la spécificité la plus élevée.

MSF recommande d'utiliser Determine[®] pour le test A1, STAT-PAK[®] pour le test A2 et SD Bioline[®] ou Uni-Gold[®] pour le test A3.¹⁰

L'OMS recommande que toute personne diagnostiquée séropositive soit à nouveau testée avant de commencer le traitement antirétroviral afin de vérifier son statut sérologique positif. Lorsque le début du traitement se fait le même jour que le dépistage, la confirmation doit être effectuée par un technicien différent utilisant un échantillon différent. Suivre les recommandations nationales^b. Dans tous les cas, s'assurer qu'il y a des procédures de contrôles de qualité fréquentes surtout lorsque les tests sont effectués par des techniciens non professionnels^c. Contacter les référents laboratoire au siège en cas de besoin de conseils sur les procédures de contrôle qualité.

Stratégie de dépistage sérologique pour le diagnostic du VIH dans les contextes à forte prévalence (≥ 5%)

Selon les directives de l'OMS, dans les contextes à forte prévalence (≥ 5%), MSF recommande de réaliser deux tests réactifs et séquentiels pour confirmer un diagnostic positif au VIH.

- Pour les personnes dont les résultats des tests sont divergents, A1 étant réactif, A2 non réactif et A3 réactif, les résultats seront considérés comme non concluants et la personne invitée à revenir 14 jours plus tard pour un nouveau dépistage.
- Pour les personnes présentant des résultats de test divergents où A1 est réactif, A2 non réactif et A3 non réactif, le résultat final sera considéré comme négatif pour le VIH.

a Voir [Manuel de Laboratoire](#), MSF 2018

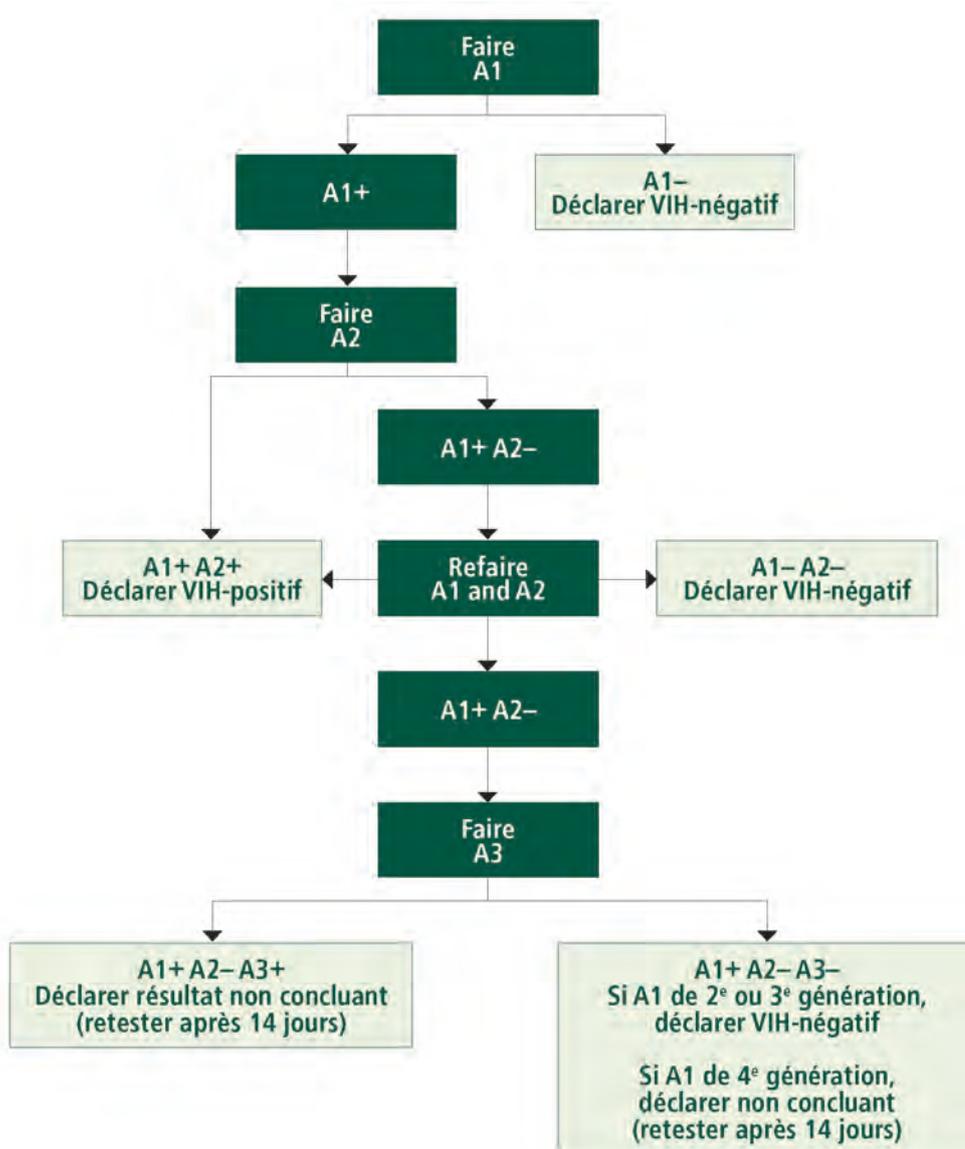
b Plusieurs pays n'utilisent pas encore cette recommandation.

c Beaucoup d'erreurs peuvent être faites : volume sanguin incorrect, temps de lecture incorrect, mauvaise solution tampon, etc.

La stratégie de dépistage pour les sites à forte prévalence est décrite à la **Figure 1**.

Important : pour les individus avec A1+, puis A2-, puis A3+, il est déconseillé d'utiliser le résultat du troisième test pour décider de l'infection au VIH et donner un diagnostic positif ; en effet, cela favorise les résultats faussement positifs et, par conséquent, mène à un risque accru d'erreur de diagnostic de l'infection à VIH.

Figure 1 - Stratégie de tests sérologiques pour le diagnostic du VIH dans les contextes à forte prévalence ($\geq 5\%$)⁸



Stratégie de dépistage sérologique pour le diagnostic du VIH dans les contextes à faible prévalence (< 5%)

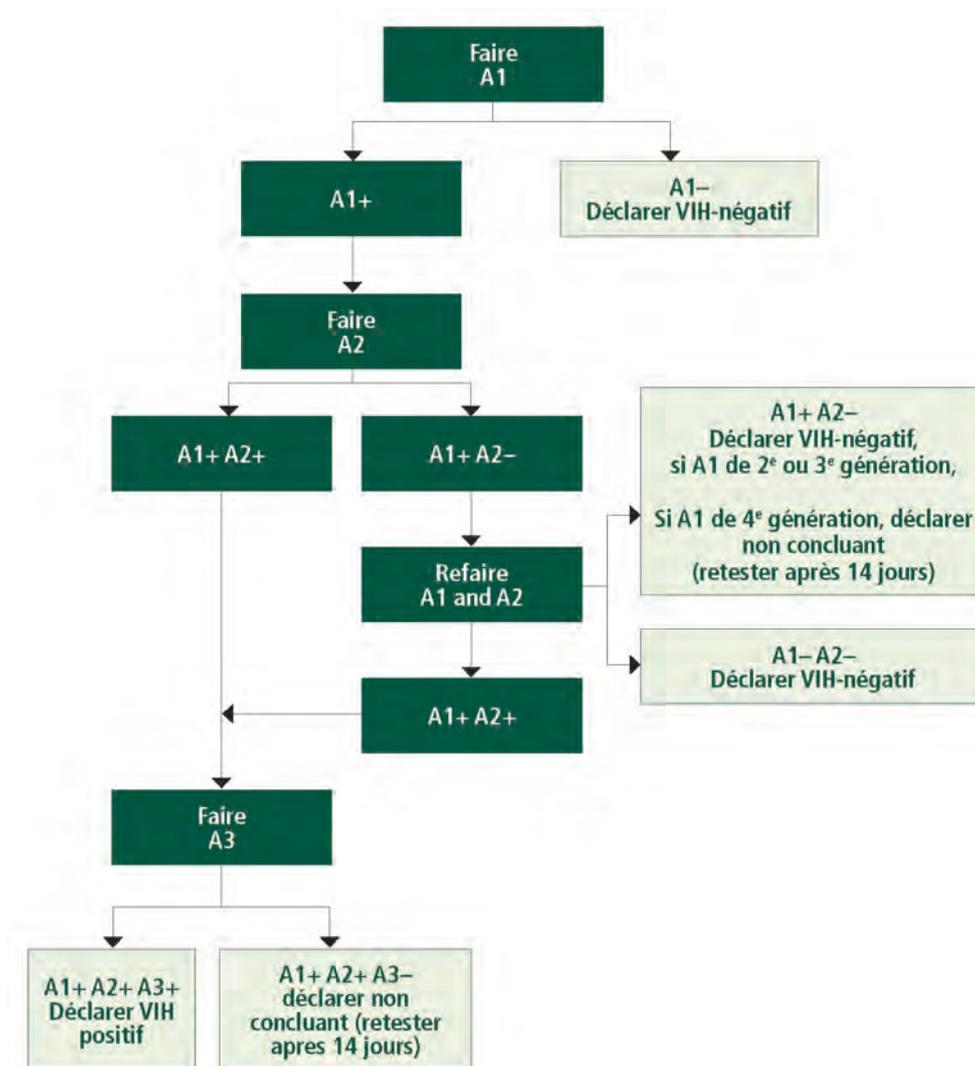
Selon les directives de l'OMS, dans les contextes à faible prévalence (< 5%) MSF recommande que trois tests réactifs et séquentiels soient nécessaires pour confirmer le diagnostic positif au VIH.

- Pour les personnes avec A1+, A2-, le résultat final sera considéré comme négatif pour le VIH.
- Pour les personnes avec A1+, A2+ et A3-, le résultat sera considéré comme non concluant et la personne invitée à revenir dans les 14 jours pour un nouveau dépistage.

La stratégie de dépistage pour les contextes à faible prévalence est décrite à la **Figure 2**.

Important : dans une population à faible prévalence, la valeur prédictive positive basée sur les résultats de deux tests est trop faible pour permettre un diagnostic du VIH. Par conséquent, pour les échantillons qui réagissent aux premier et deuxième tests (A1+ ; A2+), un troisième test séparé et distinct des deux premiers (A3) doit être utilisé pour confirmer les résultats et poser un diagnostic positif pour le VIH.

Figure 2 - Stratégie de tests sérologiques pour le diagnostic du VIH dans les contextes à faible prévalence (< 5%)⁸



Annexe 2. Test de dépistage à la naissance

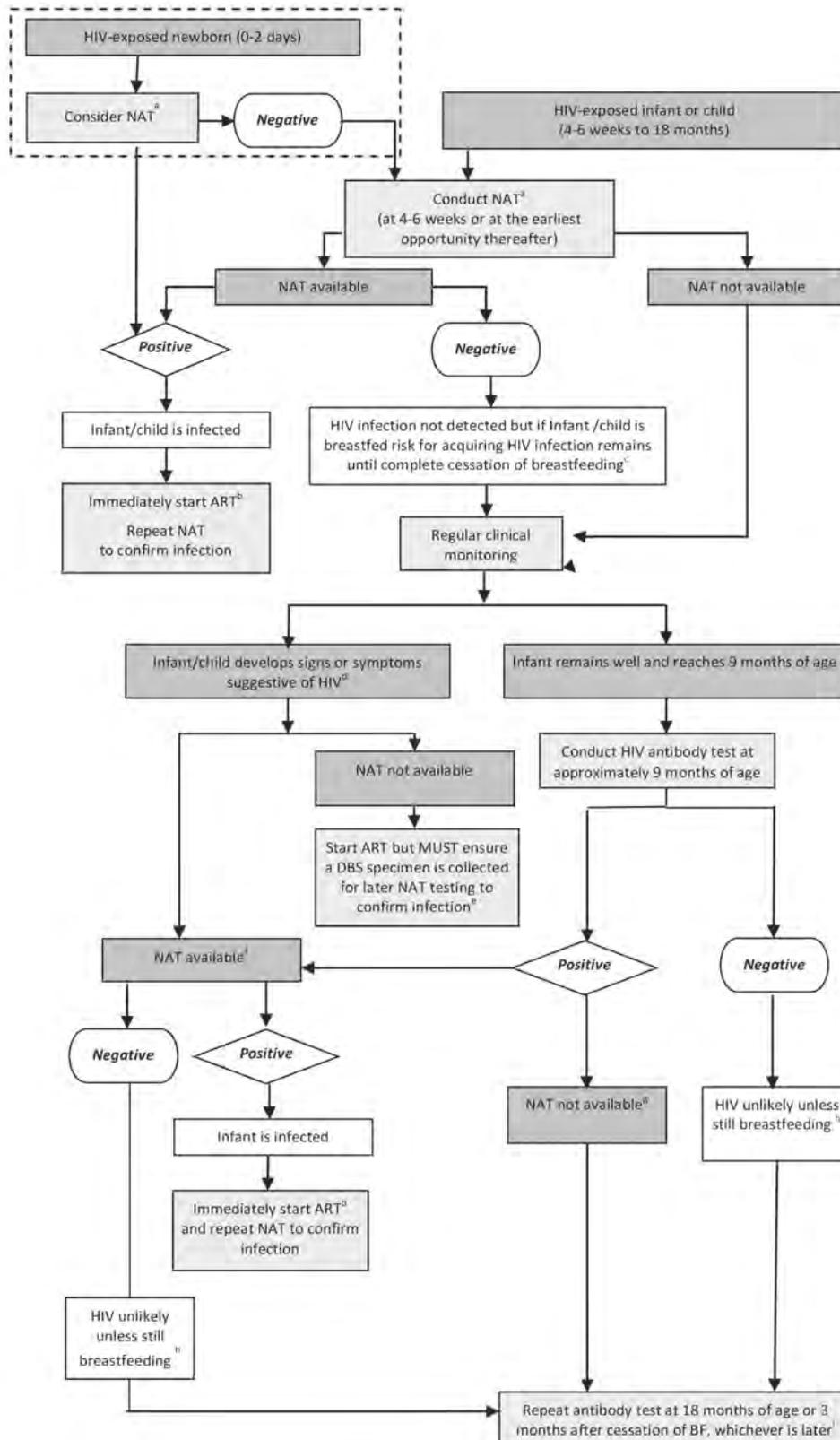
Dans les contextes où le risque de transmission est faible (< 5% à 6 semaines) grâce à une bonne couverture de PTME, on peut envisager d'ajouter des tests à la naissance puisque jusqu'à 70% des transmissions périnatales résiduelles (intra-utérine et intra-partum) devraient se produire in utero. **Lorsque les ressources sont limitées, la priorité doit être donnée aux nourrissons jugés à haut risque.** Cependant, comme la valeur prédictive positive de tout test est plus faible dans les contextes où la prévalence du VIH dans la population testée est faible, la proportion de résultats faussement positifs sera relativement élevée. Conformément aux recommandations pour tous les cas positifs, il est primordial de confirmer tout résultat positif par un TAAN. Le TAR sera commencé sans attendre le résultat du 2^e test en raison du risque élevé de mortalité quand l'infection a débuté in utero ; si le 2^e test est négatif, un 3^e TAAN sera effectué avant d'arrêter le TAR.

Dans les contextes où le risque de transmission est élevé (\geq 5% à 6 semaines) en raison d'une faible couverture du programme PTME, la proportion d'enfants présentant une infection in utero est plus faible. La valeur prédictive négative du test est faible. Il est donc essentiel d'assurer le maintien de toute la séquence de tests et de suivre activement les nourrissons dont le TAAN est négatif à la naissance.

Annexe 3. Tableau récapitulatif : utilisation du TDR pour la sérologie du VIH et la virologie TAAN en fonction de l'âge

Groupe d'âge	Nourrissons exposés au VIH
0 - 9 mois	<p>Le TDR ne peut pas déterminer véritablement l'infection par le VIH. Utiliser le TAAN.</p> <p>Si le TAAN n'est pas disponible, traiter sur la base des symptômes du VIH les nourrissons avec un TDR VIH positif, jusqu'à l'obtention d'un diagnostic fiable en fonction de l'âge de l'enfant.</p>
> 9 - 18 mois	<p>Le test recommandé = TAAN</p> <p>Le TDR est utile pour exclure l'infection au VIH.</p> <p>Les nourrissons à TDR positif doivent effectuer un TAAN pour confirmer l'infection.</p> <p>Les nourrissons à TDR négatif et encore allaités sont toujours à risque d'être infectés par le VIH ; ils doivent donc effectuer un TAAN à la fin de l'allaitement.</p> <p>Si un TAAN n'est pas disponible, traiter sur la base des symptômes du VIH chez les nourrissons dont le TDR VIH est positif, jusqu'à l'obtention d'un diagnostic final qui variera selon l'âge.</p>
> 18 mois	<p>TDR après 18 mois ou 12 semaines après la fin de l'allaitement, selon la date la plus tardive, pour confirmer le statut final.</p>

Annexe 4. Arbre décisionnel pour les projets où les résultats du TAAN VIH sont retardés (méthode GSS)²



Important notes

- ^a Based on these revised Guidelines addition of NAT at birth to the existing testing algorithm can be considered. POC NAT can be used to diagnose HIV infection at birth, but positive results should be confirmed using laboratory-based NAT assays, because of limited experience with POC assays close to birth.
- ^b Start ART, without delay. At the same time, retest to confirm infection. As maternal treatment is scaled up and MTCT transmission rates decrease, false-positive results are expected to increase and re-testing after a first positive NAT is important to avoid unnecessarily treatment, particularly in settings with lower transmission rates. If the second test is negative, a third NAT should be done before interrupting ART.
- ^c For children who were never breastfed additional testing following a negative NAT at 4-6 weeks is included in this algorithm to account for potential false-negative NAT results.
- ^d Signs and symptoms suggestive of HIV (oral thrush, recurrent or severe bacterial infections such as pneumonia or sepsis, FTT/wasting or AIDS indicator condition <http://www.who.int/hiv/pub/paediatric/infants2010/en/>).
- ^e If infant presents with signs and symptoms of HIV disease (see footnote d above) but NAT is unavailable, consider starting ART, especially if an antibody test is conducted and result positive at 9 months or later. A DBS specimen must be collected prior to starting treatment for later NAT testing to confirm HIV diagnosis, because subsequent diagnostic testing while already on ART might be difficult to interpret.
- ^f If infant presents with signs and symptoms of HIV disease (see footnote d above) consider starting ART while waiting for NAT result. However, another DBS specimen should be collected prior to starting treatment for later NAT testing to confirm HIV diagnosis.
- ^g Regular and periodic monitoring should be ensured while waiting for NAT to be available or for antibody testing to be conducted at 18 months. If infant presents with signs and symptoms of HIV disease should be managed as described previously (see footnote e).
- ^h The risk of HIV transmission remains as long as breastfeeding continues. If the 9 months antibody testing is conducted earlier than 3 months after cessation of breastfeeding, infections acquired in the last days of breastfeeding may be missed so retesting at 18 months should be ensured for final assessment of HIV status.
- ⁱ If breastfeeding beyond 18 months, final diagnosis of HIV status can only be assessed at the end of breastfeeding. If breastfeeding ends before 18 months, final diagnosis of HIV status with antibody testing can only be assessed at 18 months. Antibody testing should be undertaken at least 3 months after cessation of breastfeeding (to allow for development of HIV antibodies). For infants < 18 months of age positive antibody testing requires NAT to confirm infection. If infant is > 18 months, negative antibody testing confirms infant is uninfected; positive antibody testing confirms infant is infected

Informations complémentaires

- Les enfants restent à risque d’infection à VIH pendant toute la durée de l’allaitement. Tous les enfants VIH TAAN négatif doivent être retestés par TDR pour confirmer le statut sérologique après l’âge de 18 mois ou 12 semaines après la fin de l’allaitement, à moins que l’enfant n’ait jamais eu d’allaitement.
- Dans les projets qui n’ont pas la capacité de le faire, un arrêt du suivi de l’enfant entre 12 et 15 mois peut être envisagé si le résultat du TDR est négatif et/ou que l’enfant n’a pas été allaité pendant 12 semaines.

RAPPEL

- La probabilité d’un résultat faux positif diminue en présence de signes cliniques d’infection à VIH évidents.
- La probabilité d’un résultat faux négatif augmente en présence de signes cliniques d’infection à VIH évidents.
- Si un enfant est testé négatif une fois mais qu’il a des signes compatibles avec une infection à VIH, recommencer les tests de dépistage (et commencer le traitement conformément au guide MSF du SAMU).
- La probabilité d’un résultat faussement positif augmente dans le contexte d’un programme de PTME bien conduit (à mesure que la prévalence du VIH diminue chez les enfants, la valeur positive prédictive du test diminue aussi et les résultats faussement positifs augmentent), voir [Annexe 5](#).

Contactez le référent VIH ou le référent du laboratoire en cas de résultats discordants et enregistrez les données.

Annexe 5. Mise en place du diagnostic précoce de l'infection à VIH chez le nourrisson dans les pays à couverture élevée aux ARV

Utilisation du TAAN pour le diagnostic

Les changements dans les dynamiques de transmission dans les pays ayant une couverture élevée aux ARV, y compris pour les femmes enceintes et allaitantes, ont compliqué l'utilisation des TDR pour déterminer le statut de l'infection chez les enfants. Une exposition importante des nourrissons aux médicaments, la mise en œuvre d'une politique de traitement de toutes les mères et une prophylaxie postnatale renforcée pour les nourrissons exposés au VIH ont entraîné une réduction de la charge virale et retardé le développement d'anticorps chez les nourrissons infectés par le VIH. L'apparition d'une infection maternelle à la fin de la grossesse ou pendant la période d'allaitement peut être responsable d'un manque de transfert passif d'anticorps du VIH au nourrisson exposé au VIH. Par conséquent, un taux accru de TDR faux négatif a été observé.

Tous ces faits plaident en faveur de l'utilisation du TAAN, au lieu des TDR, pour le diagnostic des nourrissons < 18 mois.

Les TAAN de confirmation sont également essentiels en raison de faux positifs dus à une erreur d'étiquetage des prélèvements ou à un mélange de ceux-ci, à une contamination au laboratoire ou à une contamination croisée et en raison de l'observation d'une tendance de faible taux de détection du VIH des mères et des nourrissons parce que la couverture thérapeutique des mères est accrue et que la prophylaxie infantile est améliorée. Ces phénomènes entraînent une augmentation des résultats faussement positifs avec le TAAN, en particulier dans les contextes où le taux de PTME est inférieur à 5%.

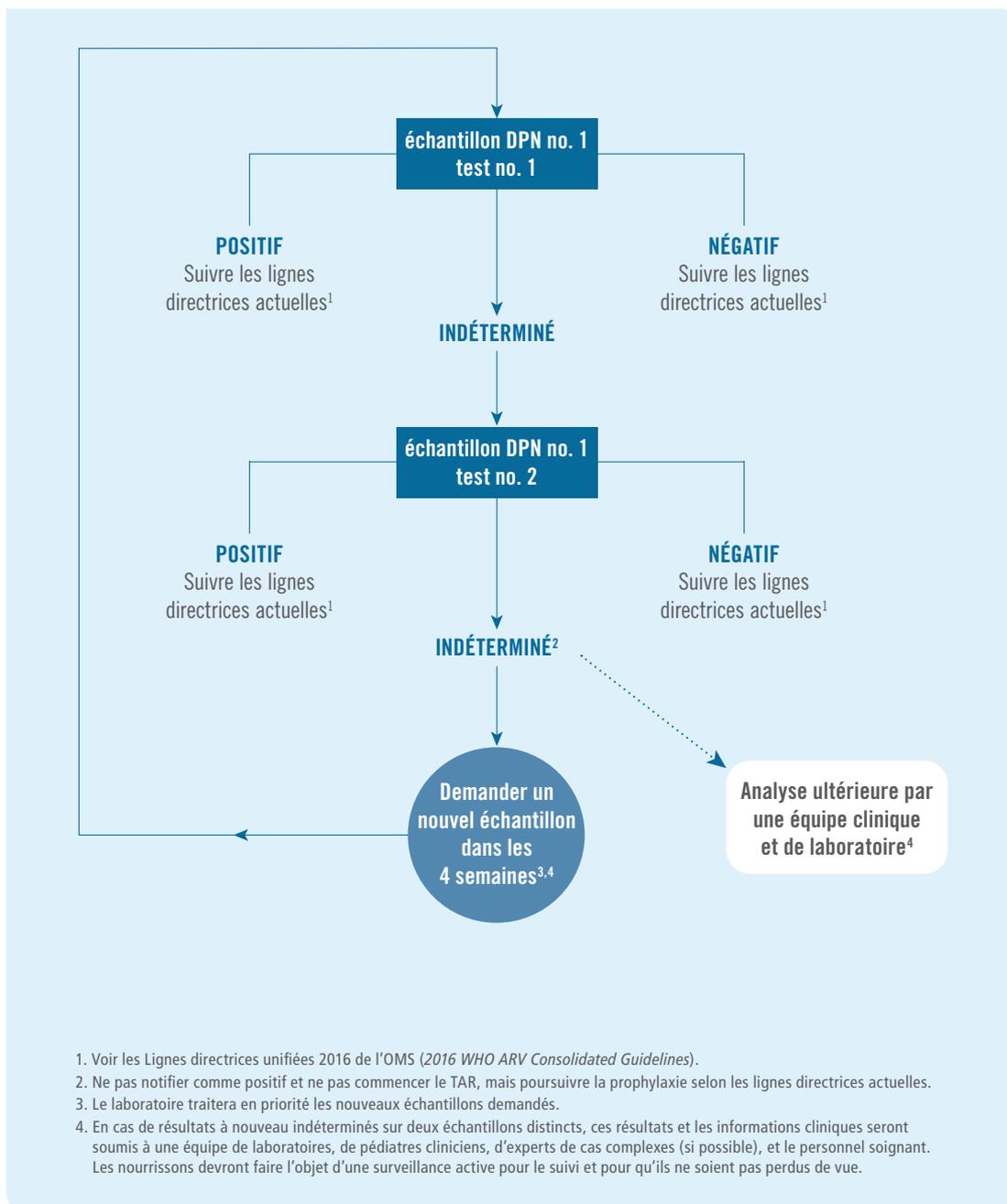
Par conséquent, l'OMS recommande l'utilisation d'une plage de valeurs indéterminées pour le TAAN.

Pour réduire le risque de résultats faux positifs lorsqu'il y a une faible virémie dans l'échantillon des nourrissons, l'OMS recommande que les laboratoires nationaux/régionaux utilisant les diagnostics précoces chez l'enfant avec recherche d'ADN sur GSS définissent leurs valeurs indéterminées en fonction des équipements utilisés. Aucun niveau de seuil d'ARN pour un vrai positif n'a été encore établi. Contacter les autorités nationales.

Tous les résultats indéterminés (non concluants) contenus dans ces limites devront être testés à nouveau sur les mêmes échantillons s'ils sont disponibles. Si le même échantillon ne peut pas être testé à nouveau, un nouvel échantillon doit être demandé et testé aussi vite que possible.

Dans le cas où 2 résultats sont indéterminés, un nouvel échantillon doit être demandé. S'il est encore indéterminé, contacter votre référent du laboratoire.

Figure 3 - Mise en place du diagnostic précoce de l'infection à VIH chez le nourrisson dans les pays à couverture élevée aux ARV⁹



Lorsque la fourchette d'indétermination n'est pas encore en place :

- Assurer un suivi clinique régulier de tous les enfants exposés au VIH jusqu'au diagnostic final.
- Accorder une attention particulière à la confirmation du VIH grâce au dépistage sérologique à 18 mois ou 12 semaines après la fin de l'allaitement, selon la date la plus tardive, pour permettre le développement des anticorps anti-VIH. Si le nourrisson a plus de 18 mois, un test négatif des anticorps confirme que le nourrisson n'est pas infecté ; un test positif des anticorps confirme que le nourrisson est infecté.

Quand un dispositif POC est utilisé pour le diagnostic précoce des nourrissons :

- Le test de confirmation peut être fait avec un dispositif POC. Un nouvel échantillon sera prélevé immédiatement, surtout pour prévenir les contaminations croisées.

Annexe 6. Procédures d'utilisation normalisées pour le prélèvement, le stockage et le transport des échantillons GSS

Les échantillons GSS sont prélevés en appliquant quelques gouttes de sang sur un papier filtre absorbant. Lorsque le papier a complètement absorbé le sang, on le laisse sécher à l'air libre. Les cartes de GSS (par exemple les cartes Whatman 903 protein saver card, ref. Code : 10531018 (MSF code : ELABPAPF903]) peuvent être envoyées aux laboratoires où les échantillons sont analysés. Une fois arrivée au laboratoire, un cercle de papier imprégné de gouttes de sang de la carte GSS est découpé et élué afin d'analyser le sang/plasma absorbé par le papier filtre.

Attention : il existe un risque élevé de contamination croisée entre le moment du prélèvement sanguin capillaire jusqu'aux analyses au laboratoire si les procédures appropriées ne sont pas suivies.

1. Équipement requis

- Le matériel requis pour le prélèvement de sang y compris des gants non poudrés
- Carte de prélèvement d'échantillon : p. ex. Protein Saver™ 903® Whatman ou Munktell®
- Portoir
- Sac à fermeture à glissière, faiblement perméable au gaz
- Sachets déshydratants
- Carte d'humidité : indicateur Tropack B/1
- Enveloppe résistante aux déchirures

Important : pour le prélèvement des GSS chez le nourrisson, la LANCETTE POUR TALON pour nourrissons (MSF code : ELABLANC2H) doit être utilisée car cette lancette crée un débit sanguin plus élevé que les lancettes ordinaires.

2. Méthode GSS : prélèvement et stockage des GSS

- a. Porter des gants non poudrés et non stériles.
- b. Étiqueter la carte avec l'identification appropriée et la date du prélèvement. Prendre soin de ne pas toucher les cercles.
- c. Nettoyer et désinfecter soigneusement les points de ponction (par ex. le talon).
- d. Piquer le point de ponction avec une lancette et laisser le sang couler (idéalement goutter librement), et remplir au moins 3 cercles de la carte GSS. Laisser le sang saturer le papier. On peut également appliquer 50 microlitres de sang total sur chaque cercle en utilisant une pipette.
- e. Placer le papier filtre en position horizontale sur le portoir pour laisser les taches de sang sécher à l'air libre pendant plusieurs heures (minimum 3 heures, une nuit maximum). Ne pas laisser les différentes cartes entrer en contact les unes avec les autres, surtout lorsqu'elles sont mouillées. Placer les cartes GSS à l'abri de la lumière directe du soleil et les protéger de la poussière et des insectes.

- f. Compléter les informations du patient dans le registre de laboratoire approprié (numéro d'identification, âge, date du prélèvement sanguin).
- g. Lorsque la carte est sèche, la mettre dans un sac plastique à fermeture à glissière faiblement perméable au gaz, ainsi que le sachet déshydratant et la carte indicatrice d'humidité. Les cartes peuvent être conservées à température ambiante, même sous les climats tropicaux.
- h. Contrôler régulièrement l'indicateur d'humidité des cartes (par ex. une fois par semaine) et si l'indicateur atteint 30%, retirer la carte indicatrice d'humidité et le sachet déshydratant, et les remplacer.

3. Transport

Les cartes GSS ne sont pas considérées comme des matières infectieuses selon la réglementation internationale (exemption de l'application des règlements relatifs au transport de l'ONU 3373 et l'ONU 2814). Il est possible de les expédier par courrier postal standard à température ambiante.

Placer les sacs à fermeture à glissière contenant les échantillons GSS dans une enveloppe résistante aux déchirures, accompagnée des documents requis.

Annexe 7. Soutien, éducation et conseils aux patientes dans les services de PTME

Pour consulter des recommandations complètes et accéder aux arbres décisionnels pour le counseling, se reporter au document de MSF.¹¹

Counseling lors de l'instauration du TAR chez les femmes enceintes et allaitantes

Les femmes enceintes et allaitantes doivent toutes commencer le TAR (TDF/3TC/DTG) le jour où elles sont diagnostiquées positives pour le VIH. Par conséquent le contenu de la première session de counseling doit aller à l'essentiel. Évaluer :

- La motivation relative à la prise des médicaments : pour que son enfant reste séronégatif et qu'elle-même reste en bonne santé à long terme et puisse prendre soin de son enfant.
- La manière de prendre les médicaments : une fois par jour, à la même heure, quelles mesures à utiliser pour s'en rappeler.

Lors des sessions suivantes, il convient de développer davantage le counseling et d'évaluer ses connaissances sur le VIH. De plus il faut conseiller la femme sur la possibilité d'organiser un accouchement en toute sécurité, sur la prophylaxie dont le nourrisson a besoin, ainsi que sur le test de dépistage de l'enfant et sur la façon de le nourrir^a.

Si elle s'inquiète de la durée du traitement à vie, il faut en reparler au cours d'autres sessions de suivi. Dans l'immédiat, il faut l'encourager sur le fait que le but est de maintenir un statut négatif pour l'enfant. De plus, le taux initial de CD4 sera mesuré (utile en cas de retard à la mise sous traitement et pour surveiller la réponse au traitement si la charge virale n'est pas disponible). Cela permettra aussi d'orienter les discussions futures. Dans les sessions suivantes, il sera aussi possible d'expliquer que la poursuite du TAR préservera non seulement sa santé mais **protégera aussi plus précocement ses éventuelles futures grossesses**.

Le manque de divulgation du statut pousse très souvent la femme enceinte et allaitante à ne pas prendre ses médicaments. Discuter avec elle de la façon dont elle pourra annoncer la nouvelle à son partenaire, mais ne pas insister là-dessus pendant la première session. Ce sujet délicat fera l'objet de discussions plus approfondies au cours d'autres séances.

Session de counseling rapide lors de l'initiation

1. Apporter un soutien émotionnel durant le counseling post-test.
 - Demander ce qu'elle pense de son résultat positif.
2. Expliquer le mode de transmission du VIH.
 - Expliquer les 3 modes de transmission du VIH à l'enfant : au cours de la grossesse 17%, pendant l'accouchement 50%, et pendant l'allaitement 33%.
 - Expliquer les possibilités de limiter cette transmission de la mère à l'enfant par un bon suivi du TAR qui donnera à l'enfant de fortes chances de ne pas être infecté.
3. Informer brièvement sur le TAR / la PTME.

Nous savons qu'il est très difficile aujourd'hui pour vous de faire face à l'annonce d'un diagnostic positif au VIH, mais il est important que nous parlions un moment de la santé de votre enfant. Si vous suivez ces recommandations, les chances d'avoir un enfant séronégatif seront plus élevées :

^a Allaitement exclusif les 6 premiers mois puis alimentation complémentaire.

- Commencer le TAR dès que possible.
Le VIH ne peut pas être éradiqué à l'heure actuelle mais il existe un traitement pour contrôler le VIH dans votre organisme. Toutes les femmes enceintes doivent commencer le TAR dès que possible, car cela vous donne de bonnes chances d'empêcher la transmission du virus à votre enfant. Nous vous invitons à commencer le traitement dès aujourd'hui, mais c'est à vous de décider quand vous serez prête.
- Accoucher dans un établissement de soins.
Il est plus prudent d'accoucher dans un établissement de soins et d'informer le personnel de votre séropositivité ; le personnel saura alors prendre toutes les précautions pour protéger l'enfant pendant l'accouchement.
- Bien alimenter l'enfant.
Après l'accouchement, il est important de ne donner que du lait maternel à l'enfant pendant les 6 premiers mois. Au bout de six mois, vous pouvez lui donner d'autres aliments tout en continuant à allaiter jusqu'à au moins 12 mois.
- Un traitement médical correct pour l'enfant.
L'enfant recevra différents comprimés solubles ou sirops pour sa protection juste après la naissance et jusqu'à la fin de l'allaitement.

Ces 4 actions vous permettront de protéger votre enfant et de réduire les risques de l'infecter. Aujourd'hui nous allons discuter de la façon de bien prendre le traitement pour vous et votre enfant et nous couvrirons les autres sujets au cours d'autres sessions. Nous établirons ensemble un plan pour vous permettre de prendre les médicaments de la bonne façon, pour vous et pour votre enfant.

4. Élaborer un plan avec le patient sur la façon de prendre les ARV. Couvrir les aspects suivants :
 - Vérifier et examiner les motivations liées à la prise du TAR.
 - Étant donné vos habitudes quotidiennes, quel serait le meilleur moment pour prendre vos médicaments ?
 - Quelles mesures vous permettront de vous rappeler de prendre vos médicaments (réveil, école, etc.) ?
 - Où rangerez-vous vos médicaments ?
 - Où rangerez-vous les doses supplémentaires si vous n'êtes pas chez vous ?
 - Comment réagirez-vous si vous oubliez les doses ?
 - Que ferez-vous en cas d'effets secondaires (ex. : DTG : insomnie, EFV : confusion et vertiges) ?
 - Prévoyez-vous de voyager dans les mois à venir ?
5. Établir un plan pour l'annonce au partenaire et son dépistage.
Discuter des stratégies pour inciter le partenaire à venir se faire dépister (lettre d'invitation de la clinique, communication avec le partenaire, dépistage des deux partenaires ensemble), et sur la manière de lui annoncer la nouvelle.
6. Demander à la mère si elle a des questions et lui expliquer qu'elles seront traitées pendant le deuxième rendez-vous lors de la 2^e semaine sous TAR.
7. Si possible, chercher à mettre la mère en relation avec un agent de santé communautaire ou une patiente experte de la PTME, qui pourra la soutenir dans la communauté.
8. Demander son accord pour pouvoir l'appeler ou la rechercher si elle manque un rendez-vous.

Conseils pour le suivi du TAR des femmes enceintes et allaitantes

Les sessions de conseils en vue du suivi doivent se tenir aux mois 1, 3, 6 et 12, comme pour un suivi normal du TAR. Outre l'évaluation de l'observance, il faut ajouter au contenu des sessions des sujets propres à leur stade de PTME : **prévoir un accouchement en établissement de soins, comment donner la prophylaxie ARV à son enfant, l'utilisation du CTX, conseils relatifs à l'alimentation du nourrisson**. Il existe des « **points de transition** » clés dans le parcours PTME où certains messages clés doivent être accentués.

- Prévoir le lieu où la femme doit accoucher, notamment si elle voyage loin de la structure où elle a commencé son TAR. Aborder les pratiques culturelles et, si nécessaire, donner des médicaments supplémentaires ou transférer la patiente vers un autre site TAR.
- Il est recommandé d'allaiter le nourrisson exclusivement au sein pendant les 6 premiers mois. Quand la femme consulte après l'accouchement, il est très important de lui expliquer que les médicaments qu'elle prend font que **son lait est sans danger**. Le risque de transmettre le VIH à son enfant est vraiment très faible si elle prend bien ses médicaments tous les jours. Le fait de garder son enfant séronégatif et de rester en bonne santé devrait donc la motiver à prendre ses médicaments.
- Discuter des options de planning familial.¹²
- La rassurer sur le fait que **les médicaments qu'elle prend sont sans danger** pour son enfant.
- Au cours des sessions suivantes, il est possible de lui parler du traitement à vie. L'arrêt de l'allaitement est une étape importante car auparavant elle était d'autant plus motivée à prendre ses médicaments qu'elle devait protéger son enfant. Maintenant, elle doit prendre le traitement pour sa propre santé. Elle doit aussi comprendre que si elle continue le TAR, cela **protégera ses éventuelles futures grossesses**.

Exemple de contenu de sessions de suivi

- Évaluer l'**observance au traitement** :
 - Comment vous sentez-vous depuis le début du traitement ?
 - Qu'est-ce qui a changé dans votre vie quotidienne depuis que vous avez commencé le TAR ?
 - Quels problèmes avez-vous rencontrés (doses omises, effets secondaires, soucis concernant la divulgation du statut) ? *Élaborer un plan individuel avec la patiente sur la façon dont elle peut surmonter ces problèmes.*
 - Ressentez-vous des effets secondaires ? *(Expliquer que la plupart d'entre eux se dissipent avec le temps. Souligner qu'il est important de **ne pas** arrêter le traitement en cas d'effets secondaires, mais de demander conseil à un médecin.)*
 - À quelle heure prenez-vous les ARV ? Pourquoi doivent-ils être pris toutes les 24 heures ?
 - Quelles mesures vous aident à y penser ?
- Expliquer les bases du VIH et du TAR, et vérifier ce que la mère retient. Répéter au besoin.
- Expliquer en détails la PTME.
- Établir un **plan pour l'accouchement** :

L'accouchement est un moment où le risque de transmission du virus est le plus important. C'est pour cela qu'il vaut mieux aller dans un établissement de soins. Si vous informez les membres du personnel médical de votre état de santé, ces derniers sauront que faire pendant l'accouchement pour réduire les risques de transmission au minimum. Bien préparer votre accouchement signifie :

 - Savoir dans quel hôpital ou centre de santé aller ;

- Savoir comment annoncer au personnel médical que vous êtes positive au VIH ;
- Avoir désigné la personne qui pourra vous amener à l'hôpital ;
- Savoir comment vous irez à l'hôpital (moyen de transport) ;
- Avoir préparé une quantité suffisante de médicaments à emporter avec vous ;
- Avoir pris les mesures nécessaires pendant votre absence de la maison (p. ex., qui s'occupera des autres enfants pendant que vous serez à la maternité).

Si vous ne pouvez pas accoucher dans votre établissement de soins habituel :

- Si vous allez voyager et séjourner dans une autre maison, vous devez emporter assez de médicaments pour vous et votre enfant : parlez-en avec les membres du personnel médical afin qu'ils rédigent une lettre de transfert et vous donnent assez de médicaments.
 - Trouver un établissement de traitement près de l'endroit où vous serez pour l'accouchement, pour le renouvellement des ARV ainsi que pour le suivi et les médicaments de votre enfant.
- Expliquer qu'il faut un allaitement exclusif au sein pendant les 6 premiers mois, puis intégrer d'autres aliments plus tard.
- Expliquer le **traitement de l'enfant** :
- Juste après la naissance, et pendant 6 (ou 12) semaines, le nouveau-né devra prendre un sirop de protection appelé Névirapine – NVP (+/- zidovudine - AZT) et/ou des comprimés dispersibles. Ce traitement associé aux médicaments que vous prenez, empêchera l'enfant de devenir positif au VIH.
 - Au bout de 4 ou 6 semaines, il faudra donner un autre sirop à l'enfant jusqu'à ce que l'infection à VIH soit contenue. Ce sirop, le CTX, le protégera contre d'autres infections.
 - Nous vous montrerons comment donner le sirop à l'enfant. Comme pour votre propre traitement, il est important que l'enfant prenne son sirop tous les jours sans exception.
 - Montrer comment donner du sirop avec la seringue.
- **Dépistage chez le nourrisson** :
- Si vous suivez ces recommandations, il y a très peu de chances que votre enfant soit infecté, mais cela reste possible. Il est important de savoir le plus tôt possible si l'enfant est positif au VIH, afin qu'il puisse commencer à prendre le traitement. Le traitement lui permettra de rester en forme.
 - Nous vous proposerons de dépister votre enfant plusieurs fois pendant la période d'allaitement. Le premier test doit être effectué 6 semaines après la naissance, mais il peut être réalisé plus tôt (en fonction des protocoles locaux). Nous enverrons du sang à des fins d'analyse et vous recevrez les résultats soit le même jour (POC), soit au bout de quelques semaines (GSS). Comme l'enfant peut aussi être infecté pendant l'allaitement, ce n'est qu'après la fin de l'allaitement que nous pourrons réaliser un test définitif et concluant.
- **Évaluer l'annonce au partenaire et son dépistage** :
- Demander à la mère si elle a pu annoncer son statut sérologique à son partenaire et l'inciter à se faire dépister (lettre d'invitation de la clinique, communication avec le partenaire, dépistage des deux partenaires ensemble).

Demander à la mère si elle a des questions et lui expliquer que ce sera discuté lors d'une autre session pendant le deuxième mois.

Références

1. UNAIDS report 2019, Start Free, Stay free, AIDS free.
https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20190722_UNAIDS_SFSFAF_2019_en.pdf
2. WHO. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection, recommendations for a public health approach, June 2016.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/208825>
3. WHO. Updated recommendations on first line and second line antiretroviral regimens and post-exposure prophylaxis and recommendations on early infant diagnosis of HIV. Interim Guidance, December 2018.
<https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/ARV2018update/en/>
4. WHO. Update of recommendations on first- and second-line ARV regimens, July 2019.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325892/WHO-CDS-HIV-19.15-eng.pdf?ua=1>
5. SAMU. Manuel clinique MSF VIH/TB pour les soins de santé primaires, 2018.
<https://samumsf.org/fr/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2018#>
6. MSF. Soins obstétricaux et néonataux essentiels, 2019.
<https://medicalguidelines.msf.org/viewport/ONC/francais/soins-obstetricaux-et-neonataux-essentiels-51415836.html>
7. Tran T. Tran. Hepatitis B in pregnancy. *Clinical Infectious Diseases*, 2016;62 (suppl 4).
8. OMS. Lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH, juillet 2015.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275413/9789242508925-fre.pdf?ua=1>
9. OMS. Le diagnostic du VIH et l'utilisation des ARV chez le nourrisson exposé au virus : mise à jour programmatique, juillet 2018.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329296/WHO-CDS-HIV-18.17-fre.pdf?ua=1>
10. MSF policy on HIV testing and monitoring; Laboratory working group, July 2017.
11. MSF. Guide pour l'Education thérapeutique et le Counseling des adultes vivant avec le VIH et/ou la TB, 2018.
<https://msfintl.sharepoint.com/sites/msfintlcommunities/IGP/International%20internal%20guidelines/Forms/AllItems.aspx>
12. WHO. Providing contraceptive services in the context of HIV treatment programmes, July 2019.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325859/WHO-CDS-HIV-19.19-eng.pdf?ua=1>

Belgique

Médecins Sans Frontières/Artsen Zonder Grenzen
46 Rue de l'Arbre Bénit, 1050 Bruxelles
Tél. : +32 (0)2 474 74 74
Fax : +32 (0)2 474 75 75
E-mail : info@msf.be

Espagne

Medicos Sin Fronteras
Nou de la Rambla 26, 08001 Barcelona
Tél. : +34 933 046 100
Fax : +34 933 046 102
E-mail : oficina@barcelona.msf.org

France

Médecins Sans Frontières
8 rue Saint-Sabin, 75544 Paris cedex 11
Tél. : +33 (0)1 40 21 29 29
Fax : +33 (0)1 48 06 68 68
E-mail : office@paris.msf.org

Pays-Bas

Artsen Zonder Grenzen
Plantage Middenlaan 14, 1018 DD Amsterdam
Tél. : +31 (0)20 52 08 700
Fax : +31 (0)20 62 05 170
E-mail : office@amsterdam.msf.org

Suisse

Médecins Sans Frontières
78 rue de Lausanne - Case postale 116 - 1211 Genève 27
Tél. : +41 (0)22 849 84 84
Fax : +41 (0)22 849 84 88
E-mail : office-gva@geneva.msf.org

