

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

MINISTERE DE LA SANTE

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA ET
LES IST

« PNLIS »



**GUIDE DE PRISE EN CHARGE INTEGREE DU VIH EN
REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO**

Version Révisée SEPTEMBRE 2016

Table de Matière

LISTE DES ABREVIATIONS	4
AVANT PROPOS	6
REMERCIEMENTS	8
PRESENTATION DU GUIDE.....	9
INTRODUCTION	11
CONTEXTE.....	11
CIBLES DU GUIDE.....	12
OBJECTIFS	12
METHODOLOGIE.....	13
SECTION I : PREVENTION DU VIH	14
Chapitre I PREVENTION COMBINEE	14
I.1. DEFINITION	14
Chapitre II. LA Prophylaxie Pré-Exposition (PrEP)	15
II.1. DEFINITION	15
II.3. PRESCRIPTION	15
II.4. PREALABLES	16
Chapitre III. LA PEP (Prophylaxie post-exposition).....	18
III.1. INTRODUCTION	18
Chapitre IV. LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH ET DE LA SYPHILIS DE LA MERE A L'ENFANT	24
IV.1. PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH de la Mère à l'Enfant	24
IV.2. PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DE LA SYPHILIS	31
IV.2.2. INTERVENTIONS POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA SYPHILIS.....	32
Chapitre V. VIH, SECURITE TRANSFUSIONNELLE ET DONS DE TISSUS ET D'ORGANES	35
SECTION III. DIAGNOSTIC DE L'INFECTION A VIH	37
III.1. CONSEILS ET DEPISTAGE.....	37
III.2. ALGORITHMES DU DIAGNOSTIC DE L'INFECTION A VIH.....	39
SECTION IV. THERAPIE ANTI-RETROVIRALE.....	44
IV.1. PRINCIPES GENERAUX.....	44
IV.2. COMMENT PREPARER LA PVVIH AU TRAITEMENT ?	44
IV.3. QUAND COMMENCER LES ARV ?	45

IV.4. LES PROTOCOLES THERAPEUTIQUES	46
IV.4.1. SCHEMAS THERAPEUTIQUES RECOMMANDES EN PREMIERE LIGNE	46
IV.4.2. SCHEMAS THERAPEUTIQUES RECOMMANDES EN DEUXIEME LIGNE.....	48
IV.4.3. SCHEMAS THERAPEUTIQUES RECOMMANDES EN TROISIEME LIGNE	48
IV.5. CAS SPECIFIQUES.....	49
IV.6. SUIVI ET SURVEILLANCE DU TRAITEMENT	52
IV.7. Interactions médicamenteuses.....	56
IV.8.Toxicité et pharmacovigilance	56
IV.10. GESTION DE L'ECHEC DU TRAITEMENT.....	60
SECTION V. GESTION DE CO-INFECTIONS ET CO-MORBIDITES	62
V.2. PREVENTION, DEPISTAGE ET PRISE EN CHARGE DES CO-INFECTIONS COMMUNES	62
V.2.1. PROPHYLAXIE AU COTRIMOXAZOLE	62
V.2.2. VACCINATION.....	64
V.2.3. CO-INFECTION VIH/TB.....	64
V.3. PREVENTION ET PRISE EN CHARGE D'AUTRES CO-MORBIDITES ET SOINS CHRONIQUES CHEZ LES PVVIH	76
SECTION VI. OFFRE DES SERVICES	81
VI.I. PAQUETS D'INTERVENTIONS VIH PAR NIVEAU DES SOINS	81
VI.II DECENTRALISATION DES SERVICES ET DELEGATION DE TACHES.....	85
VI.III. SERVICES AUX POPULATIONS-CLES.....	87
VI. IV SERVICES COMMUNAUTAIRES.....	88
VI.V : SYSTEME DE REFERENCE ET CONTRE REFERENCE	89
VI. VI. ADHERENCE ET OBSERVANCE AU TAR.....	90
VI.VII. AMELIORATION DE LA QUALITE DES SERVICES	92
VI. VIII. SOINS EN SITUATIONS D'URGENCE.....	93
VI. IX. ORGANISATION DE SERVICES EN MILIEU CARCERAL ET FERME	98
SECTION VII. SUIVI ET EVALUATION	99
VII.1.RENFORCEMENT DES INFORMATIONS STRATEGIQUES.....	99
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	103
ANNEXES.....	104
ANNEXES N° 1 LISTE DES EXPERTS AYANT PARTICIPES A L'ATELIER DE REDACTION A KISANTU	104
ANNEXES N° 2 : LISTE DES EXPERTS AYANT PARTICIPES A L'ATELIER DE VALIDATION A KINSHASA	105

TABLEAUX

Tableau 1 : Liste des interventions et méthodes	14
Tableau 2 : Niveau de risque	21
Tableau 3 : Liste des investigations généralement utilisées pour le suivi aux cours du TAR	54
Tableau 4 : Les examens biologique requis en fonction de la classe d'ARV utilisée	55
Tableau 5 : Suivi clinique et biologique (Efficacité et effets indésirables)	55
Tableau 6 : Suivi biologique des effets indésirables sous traitement ARV	57
Tableau 7 : Indicateur biologique pour le changement d'ARV pour cause de toxicité	58
Tableau 8 : Indication clinique (Recommandations)	58
Tableau 9 : Posologie générale du cotrimoxazole	63
Tableau 10 : Posologie du cotrimoxazole chez l'enfant (à partir de 6 semaines)	64
Tableau 11 : Régime de traitement recommandé	67
Tableau 12 : Choix de régime de TTT anti TB	68
Tableau 13 : Traitement Hépatite	74
Tableau 14 : Tâches à déléguer par les prestataires et par niveau de prestation	85
Tableau 15 : Besoins en soins différenciés des patients sous ARV	91
Tableau 16 : Directives concernant les interventions relatives au VIH/SIDA dans les situations d'urgences	94
Tableau 17 : Outils de collecte des données par niveau	99

FIGURES

Figure 1 : Algorithmes diagnostic et dépistage	32
Figure 2 : Algorithme de dépistage	36
Figure 3 : Algorithme pour les tests de diagnostic du VIH pour les populations à faible prévalence... ..	41
Figure 4 : Algorithme pour les tests de diagnostic du VIH pour les populations à forte prévalence.... ..	42
Figure 5 : Algorithme Diagnostique précoce chez enfants en dessous de 18 mois	43
Figure 6 : Algorithme de dépistage de la tuberculose chez les enfants, adultes et les adolescents vivant avec le VIH	66

LISTE DES ABREVIATIONS

Ac	Anticorps
Ag	Antigène
AME	Allaitement maternel exclusif
ARV	Antirétroviral (raux)
ASE	Alimentation de substitution exclusive
CCS	Communication pour le changement Social
CDV	Conseil et Dépistage Volontaire
CMV	Cytomégalovirus
CPN	Consultation prénatale
CPoN	Consultation post natale
CPS	Consultation pré scolaire
CTM/CTX	Cotrimoxazole
CS	Centre de Santé
DCIP	Dépistage Conseil Initié par les Prestataires
ELISA	Enzyme-linked immuno sorbent assay
EAQ	Equipe chargée de l'Assurance Qualité des services/soins
IEC	Information Education Communication
HGR	Hôpital General de Reference
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes
HP	Hôpital Provincial
IST	Infection sexuellement transmissible
LNRS	Laboratoire national du PNLS
LCS	Lutte contre le sida
MAC	<i>Mycobacterium avium complex</i>
MAMA	Méthode d'allaitement maternel et d'aménorrhée
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida
PCP	Pneumonie à <i>Pneumocystis carinii</i>
PCR	Polymérase Chain Réactive
PCIMAA	Prise en charge intégrée des maladies des adultes et adolescents
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PF	Planification familiale
PNLS	Programme National de Lutte contre le VIH/Sida & IST
PNMLS	Programme National Multisectoriel de Lutte contre le VIH/Sida & IST
PNSR	Programme National de la Santé de Reproduction
PPE	Prophylaxie post-ex positionnelle
PTME	Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
PF	Planning Familial
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
PS	Professionnelles de sexe
RDC	République Démocratique du Congo

Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
SMNI	Santé maternelle, néonatale et infantile
SR	Santé de la Reproduction
SRI	Syndrome de reconstitution immunitaire
SVS	Survivant des Violences Sexuelles
TARV	Traitement Antirétroviral
TBC (ou TB)	Tuberculose
TME	Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
UDI	Usagers des drogues intraveineuses
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

AVANT PROPOS

La lutte contre le sida demeure encore un problème mondiale de santé publique, en effet Le rapport 2015 de l'ONUSIDA déclare que 36,9 millions des personnes vivent avec le VIH/SIDA à travers le monde parmi lesquelles 17 millions sont sous traitement ARV. La République Démocratique du Congo est compté parmi les 22 pays au monde qui ont la lourde charge du VIH/sida. Avec une épidémie VIH de type généralisé, la RD Congo connaît une prévalence VIH de 1,8 % (passage de surveillance sentinelle de 2013) chez les femmes enceintes et de 1,2 % (Enquête démographique et de santé 2013/2014) auprès de la population générale. Les estimations du PNLIS disent que près de 420 312 personnes sont porteuses du VIH en RD Congo (SPP spectrum 2015) parmi lesquelles 121 676 étaient sous traitement antirétroviral au 31 décembre 2015.

La nouvelle approche de lutte contre le VIH/sida se fonde sur l'objectif triple zéro de l'ONUSIDA, à savoir zéro nouvelle infection, zéro décès lié au VIH et zéro discrimination et stigmatisation liées au VIH, appelant l'ensemble des pays à conjuguer les efforts pour notamment (i) faire accéder à une grande majorité des personnes le traitement antirétroviral, (ii) faire usage de protocole approprié pour l'élimination de la transmission mère et enfant avec l'accélération vers l'utilisation de l'option B+, (iii) la création d'un environnement propice à la réduction du risque de transmission du VIH, à la lutte contre la discrimination et la stigmatisation liées au VIH et sida,...

Par le biais du Ministère de la Santé publique, la RD Congo ne ménage aucun effort pour que les PVVIH aient accès à des services de prise en charge performants afin d'améliorer la qualité de leur vie. Une prise en charge de qualité passe par des gestes et actes précis posés par des prestataires bien formés au bénéfice des malades dans le besoin. Ainsi pour parfaire et standardiser les gestes et actes à poser par les prestataires dans la pratique de la prise en charge des PVVIH sur terrain, le PNLIS, branche technique du Ministère de la Santé a élaboré ce guide de prise en charge intégrée du VIH/sida comme document de travail standard pour instruire et orienter les prestataires des soins chargés d'offrir la prise en charge intégrée du VIH/sida.

Il présente les directives et conduites à tenir devant des situations concrètes inhérentes à la prise en charge du VIH/sida et a été conçu pour des prestataires préalablement formés devant en faire un document de consultation ou d'utilisation régulière.

Il doit être utilisé en complément avec le module intégré de formation des prestataires en paquet VIH/sida qui contient des informations beaucoup plus détaillées.

Nous remercions tous les experts nationaux et internationaux qui ont mis leur expérience et savoir, le temps et les efforts pour l'élaboration de ce guide et aux partenaires financiers qui ont rendu possible ce travail

Dr MUKENGESHAYI KUPA
SECRETAIRE GENERAL A LA SANTE PUBLIQUE

REMERCIEMENTS

La production de ce guide de prise en charge intégrée du VIH/sida est le résultat d'un travail d'équipe qui a impliqué les experts du PNLs, des autres programmes spécialisés, des Directions du Ministère de la Santé Publique et les partenaires actifs dans la lutte contre le VIH/sida en République Démocratique du Congo.

C'est donc en reconnaissant les apports des uns et des autres que le Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS) présente ses sincères remerciements à (aux) :

- Partenaires techniques et financiers notamment : OMS, CISSIDA/ESP, EGPAF, ICAP
- L'équipe des consultants ; Dr MBULA Marcel et Dr KAPEPELA Marie, pour avoir contribué à l'écriture du document et apporté leurs expériences cliniques relatives à la prise en charge thérapeutique des enfants, adolescents et adultes
- Tous les experts du Ministère de la santé et partenaires au développement qui ont participé aux travaux de production de ce guide.
- L'équipe technique pour la coordination du processus et la finalisation du document

Enfin le PNLs présente sa gratitude à l'endroit de ceux qui ont consacré leur temps à la lecture et à l'enrichissement de ce guide. Il s'agit singulièrement de :

- Equipe OMS
- Equipe USAID
- Equipe PEPFAR
- Equipe CDC
- Equipe FM
- Equipe ASSYT
- Professeur KAPEND
- Professeur Christian Couportin

Dr FWAMBA N'KULU Franck

Médecin Directeur du PNLs

PRESENTATION DU GUIDE

Le guide présente 6 sections, chaque section comprend des chaînes de services ou actions réparties en chapitre.

Chaque chapitre contient :

- **Texte d'introduction** (*Expliquer le sujet et les principaux problèmes qui s'y rapportent*)
- **Expliquer le but de l'activité** (*traduit le bénéfice globale visé par l'intervention*)
- **Instructions** décrivent *la marche à suivre pour mener l'activité à son terme, les principales questions à examiner ou les étapes importantes aboutissant à la prise de décision.*

Ces instructions sont présentés souvent sous forme des algorithmes et ou des tableaux)

Hormis l'introduction, le guide comprend six sections qui sont :

L'Introduction : celle-ci traite du contexte, des objectifs, des cibles du guide et de la méthodologie utilisée pour produire ce guide

Section I. concerne la Prévention du VIH et comporte cinq chapitres dont Prévention Combinée, la Prophylaxie PréExpositionnelle (PrEP). La Prophylaxie Post-Expositionnelle (PEP) : en cas de viol, en cas d'accident d'exposition au sang et autres humeurs biologiques), la Prévention de la transmission mère-enfant du VIH et le VIH et sécurité transfusionnelle et dons d'organes.

Section II. Diagnostic de l'infection à VIH avec sept chapitres à l'occurrence les généralités sur le conseil dépistage volontaire et le dépistage initié par les prestataires, le diagnostic chez l'adulte, le diagnostic chez l'enfant et l'adolescent, le diagnostic chez la femme enceinte, les cas particuliers, les tests directs et indirects, l'auto test et le Retesting

Section III: décrit la thérapie antirétrovirale en dix chapitres qui sont les principes généraux, comment préparer le PVVIH au traitement, quand commencer les ARV, les protocoles thérapeutiques, les cas spécifiques : (PTME, enfant, pop clé), le suivi et surveillance du traitement, les interactions médicamenteuses, la toxicité et pharmacovigilance, la pharmaco résistance et la gestion de l'échec du traitement

Section IV: traite de la gestion de coïnfections et comorbidités en cinq chapitres qui sont la prophylaxie et prise en charge des infections opportunistes, la coïnfection VIH/TB, la prise en charge des IST, la prise en charge des hépatites chez les PVVIH, les autres Comorbidités

Section V : développe l' offre des services en neuf chapitres dont le paquet d'intervention VIH par niveaux, la délégation de tâches et décentralisation des services, la référence et contre référence, l'adhérence et rétention y compris la prise

en charge différenciée, les soins en situations d'urgence', l'organisation de services en milieu carcéral et fermé, les services aux populations clés ,les services communautaires et l' amélioration de la qualité de service,

Section VI : dans cette dernière section du suivi et évaluation est développé un seul chapitre sur le renforcement de l'information stratégique

INTRODUCTION

CONTEXTE

Selon l'ONUSIDA (2015), on compte environ 36,9[34.0 million–39.8 million] .Au total jusqu'à 17 millions des personnes vivant avec le VIH(PVVIH) sous traitement antirétroviral (TAR). Pour la même période, l'Afrique Sub-Saharienne a compté jusqu'à 12,1 millions des PVVIH sous ARV sur un total d'environ 25,5 millions (23,0 million-28,3 million) des PVVIH.

En République Démocratique du Congo(RDC), la prévalence moyenne est estimée à 1,2% (EDS 2013-2014). Selon les calibrations faites sur base du Spectrum 5.41, le nombre des PVVIH est estimé à 41 2312. En fin 2015 dont 12 1762 PVVIH étaient encore sous traitement ARV (Rapport PNLs 2015).

Fort des efforts accomplis quant à l'ODD 6 qui visait d'infléchir la tendance de l'évolution de l'infection à VIH et de mettre sous traitement ARV 15 millions en fin 2015, la Communauté internationale s'est fixée l'objectif ambitieux d'éliminer l'infection à VIH à l'horizon 2030 dans le cadre des objectifs de développement durable (ODD). Pour y parvenir, des objectifs intermédiaires ont été fixés. Il est ainsi prévu d'étendre intensivement l'offre des services de lutte contre le VIH/Sida de manière à dépister 90% des PVVIH, à mettre sous traitement aux ARV 90% d'entre elles et d'amener à la suppression de la charge virale 90% de ces dernières d'ici 2020.

C'est dans cette perspective que l'OMS a lancé les nouvelles directives dont la principale nouveauté est de mettre sous traitement aux ARV toute personne dépistée séropositive « TREAT ALL » ou « TEST AND START » ou encore « TEST AND TREAT ». Ce changement est dicté par des évidences scientifiques basées sur l'efficacité, la tolérance et le confort du patient, et les efforts de réduction des prix des médicaments et en particulier du Tenofovir.

Par ailleurs, il a été enregistré d'innombrables problèmes dans la gestion des approvisionnements de bout en bout dus notamment à une liste longue des schémas alternatifs de traitement et des molécules séparées.

Aussi en décembre 2015, la RDC a lancé officiellement l'objectif 90-90-90 dans le pays avec pour corollaire la recommandation d'adapter les directives à cette nouvelle vision.

Fort de tout ce qui précède, capitalisant l'expérience acquise avec la mise en œuvre de l'option B+ et saisissant l'opportunité de ces nouvelles directives de l'OMS, le PNLs a initié de revisiter son guide de prise en charge édité en 2013 afin de répondre efficacement à la vision actuelle du pays et d'améliorer la gestion du programme.

Ce document prend son fondement sur les anciennes versions des guides de prise en charge et les recommandations de l'OMS de la seconde édition de 2016. Il comprend des directives nationales en rapport avec la prévention du VIH, le

diagnostic, la prise en charge de l'infection à VIH y compris le traitement antirétroviral, la prise en charge des comorbidités, l'offre des services et le suivi et évaluation.

Le Guide a pour but de fournir un recueil utile d'informations et des orientations de référence en faveur des acteurs engagés dans la lutte en RDC.

CIBLES DU GUIDE

Ce guide s'adresse aux :

- Prestataires des soins : médecins, infirmiers et autres paramédicaux du niveau des centres de santé et des hôpitaux du pays ;
- Equipes cadres des zones de santé qui ont la charge d'accompagner les formations sanitaires dans l'offre des services de qualité ;
- Divisions provinciales de la santé et aux bureaux provinciaux de coordination du PNLS qui ont la charge d'apporter un appui technique aux zones de santé
- Partenaires techniques et financiers du ministère de la santé publique
- Etudiants en médecine et instituts supérieurs des techniques médicales, élèves d'écoles d'infirmiers et leurs encadreurs.

OBJECTIFS

Objectif général

Contribuer à l'amélioration de la qualité de vie par une prise en charge globale des PVVIH

Objectifs spécifiques

Ce guide poursuit quatre objectifs particuliers :

1. Rendre les interventions plus efficaces et de qualité pour prévenir les nouvelles infections au VIH ;
2. Améliorer l'accessibilité aux soins, soutien et traitement des toutes les personnes infectées au VIH du diagnostic à la prise en charge ;
3. Assurer la satisfaction des acteurs et des bénéficiaires par une meilleure organisation et interaction entre l'offre et la demande ;
4. Partager les éléments essentiels des interventions de la lutte contre le VIH/Sida à collecter, surveiller et traduire en informations évidentes nécessaire à la prise des décisions des acteurs engagés dans cette lutte.

METHODOLOGIE

La méthodologie a été participative et inclusive avec les différents acteurs travaillant dans le domaine du VIH/SIDA qui ont été largement consultés pour ce guide qui s'inspire des notions provenant des différents documents normatifs du programme, il a bénéficié de la contribution de diversité des expériences des acteurs engagés dans la prévention, soins, soutien et traitement du VIH/Sida.

Il tient compte des nouvelles directives de l'OMS 2016 et prend en compte la prise en charge du VIH/Sida dans les situations particulières.

Il décrit les actions visant d'améliorer l'accès pour toutes les personnes vivant avec le VIH dans en RDC en tenant en compte les ressources limitées.

Sa rédaction s'est réalisée en quatre phases suivantes :

1. Phase Préparatoire (consultation des parties prenantes, collecte de la documentation et des expériences pays, recrutements des consultants)
2. Phase de la rédaction (tenu de l'atelier de KISANTU avec la participation des PTF, Consultants et programme, mise en place d'un groupe technique restreint pour la rédaction des drafts avancés)
3. Phase de la validation (atelier de validation)
4. Phase de la finalisation et production (intégration des apports et rédaction du format final) .

SECTION I : PREVENTION DU VIH

Chapitre I PREVENTION COMBINEE

I.1. DEFINITION

C'est la combinaison des méthodes biomédicales, comportementales et structurelles dans le but de réduire les nouvelles infections par le VIH. Parmi les méthodes à choisir par composante on peut noter différentes interventions comme reprises dans le tableau ci-dessous

Tableau 1 : Liste des interventions et méthodes

BIOMEDICALES porte sur les outils de prévention	COMPORTEMENTALES visant à changer les comportements individuels et collectifs à risque de transmission du virus au profit de l'adoption de comportements plus sûrs	STRUCTURELLES visant à agir plus largement sur les facteurs sociaux, économiques, juridiques, culturels et éducatifs
Préservatifs masculins et féminins	conseil pour la diminution des risques	changement social/mobilisation de la communauté
Lubrifiant	communication pour le changement social de comportement	réduction de la stigmatisation et discrimination (communautaire Vs prestataires)
TAR pour la prévention	rétenion en traitement et en soins	équité des genres
Dépistage et traitement des IST	Information du partenaire	plaidoyer (reformes et politiques)
Dépistage du VIH		Formation
circoncision masculine médicalisée		plaidoyer pour l'application des lois)

Le prestataire devra selon la disponibilité des ressources toujours combiner plusieurs méthodes en même temps. Au niveau de chaque zone de santé, l'équipe cadre de la zone de santé doit veiller sur la mise en œuvre effective de la prévention combinée au niveau de toutes les aires de santé .Elle ajoute une option de prévention supplémentaire du VIH à l'utilisation d'autres outils de prévention (préservatifs et de lubrifiant, au conseil comportemental, à la prophylaxie post-exposition, etc.).

Chapitre II. LA Prophylaxie Pré-Exposition (PrEP)

II.1. DEFINITION

La PrEP est l'utilisation des traitements antirétroviraux dans le but d'empêcher la contamination du VIH auprès des personnes séronégatives à risque substantiel de contracter le VIH. Il s'agit notamment des couples sérodiscordants et les Populations clés.

II.2.INDICATION

La prophylaxie pré-expositionnelle doit être fournie à des personnes ayant un risque substantiel d'infection à VIH et celles qui ont des risques continus d'exposition au VIH .En RDC, elle sera proposée aux personnes suivantes :

- ✓ Couples discordants
- ✓ Professionnelles de sexe
- ✓ Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH)
- ✓ Utilisateurs des drogues injectables (UDI)
- ✓ Transgenre

Toutes ces catégories de personnes seront sensibilisées sur la disponibilité, les avantages et les conditions d'utilisation de la prophylaxie pré-ex positionnelle à chaque contact. La prescription de la PrEP doit se faire sous la supervision du médecin avec le consentement éclairé du client.

II.3. PRESCRIPTION

La prescription de la PrEp consiste en une prise quotidienne et unique d'une combinaison de Tenofovir (TDF 300 mg), Lamivudine (3TC 150 mg) et Efavirenz (EFV 600mg) à raison de 1 comprimé par jour de façon continue jusqu'à la cessation du risque majeur d'exposition.

Chez les couples discordants, le partenaire séronégatif pour le VIH doit bénéficier d'une prophylaxie pré-expositionnelle pour une période d'au moins 6 mois durant laquelle le partenaire séropositif pour le VIH devra être mis sous traitement antirétroviral et aura une charge virale indétectable.

TDF+3TC+EFV

La protection de la prophylaxie pre-expositionnelle ne devient effective qu'après 5 à 7 jours de prise continue chez l'homme et environ 3

semaines chez la femme. Lorsque la PrEP est arrêtée, la protection pourrait encore persister durant 7 jours, mais elle peut alors retomber de façon radicale.

II.4. PREALABLES

La PrEP peut seulement être commencée dès qu'une personne a un résultat négatif au test de VIH. Par ailleurs, le bénéficiaire devra être prêt à avoir un suivi continu avec des tests de dépistage du VIH tous les 3 mois. La PrEP continue à être administrée aussi longtemps que l'exposition existe.

Modalités de prescription

Confirmation du statut séronégatif ; Le client devant commencer une prophylaxie pré-expositionnelle devra bénéficier d'un diagnostic du VIH selon l'algorithme de dépistage en vigueur en RDC. Il fera également l'objet d'un examen clinique minutieux pour rechercher les symptômes évocateurs d'une infection à VIH dans le but d'exclure celle-ci lorsque le patient est encore séronégatif pour le VIH.

Il s'agit d'une étape capitale pour minimiser la survenue de résistances aux molécules utilisées dans le cadre de la prophylaxie pré-expositionnelle ;

1. Nécessité de combiner la prophylaxie pré-expositionnelle avec d'autres interventions de prévention que sont notamment l'utilisation continue et constante de préservatifs ainsi que le traitement des IST augmente de façon significative l'efficacité de la prophylaxie pré-expositionnelle;
2. Evaluation des contre-indications et des effets secondaires de la prophylaxie pré-expositionnelle;
3. Avant l'initiation de la prophylaxie pré-expositionnelle, le client devra être examiné pour rechercher les contre-indications comme les pathologies rénales préexistantes;
4. Préparation et soutien à l'adhérence L'efficacité de la prophylaxie pré-expositionnelle est fortement associée à l'adhérence quotidienne au traitement. La prophylaxie pré-expositionnelle doit être fournie dans des conditions qui permettent un bon niveau d'adhérence au traitement, de même l'évaluation et le soutien de l'adhérence à la prophylaxie pré-expositionnelle doit se faire à chaque contact avec le client;
5. Reference des cas identifiés VIH+ vers les services de prise en charge du VIH

6. En raison du faible niveau de développement des résistances aux molécules utilisées dans la PrEP, les clients VIH+ qui ont précédemment bénéficié d'une prophylaxie pré -expositionnelle devront être mis sous ARV selon les schémas de première ligne en vigueur après l'arrêt de la prophylaxie pré-expositionnelle ;
7. Les clients qui décident d'arrêter la prophylaxie pré-expositionnelle (arrêt des facteurs majeurs d'exposition au VIH) ou qui doivent l'arrêter en raison de la survenue d'effets secondaires devront continuer à bénéficier de services de prévention du VIH et autres IST.

Chapitre III. LA PEP (Prophylaxie post-exposition)

III.1. INTRODUCTION

La prophylaxie post expositionnelle (PPE) est l'administration d'agents thérapeutiques afin de prévenir une infection après une exposition à un pathogène.

Cette PPE couvre la prévention de l'invasion par le VIH, les IST, les hépatites et la grossesse.

Dans tous les cas de figure, le soutien psychosocial est essentiel pour la gestion du traumatisme et pour l'adhésion au traitement.

Il existe deux types de risques expositionnels : l'exposition accidentelle au sang ou au liquide biologique et l'exposition sexuelle.

A. Exposition accidentelle au sang ou au liquide biologique

a. Mesures prophylactiques immédiates:

- ✓ En cas de piqûre ou blessure cutanée: nettoyer immédiatement à l'eau courante et au savon, rincer, puis appliquer un antiseptique tel que soluté de dakin, eau de javel à 12%, chlorhexidine diluée à 1/10, alcool à 70%, polyvidone iodée dermique. Le temps de contact doit être d'au moins 5 min.
- ✓ En cas de projection sur les muqueuses (en particulier les conjonctives): rincer abondamment, de préférence avec du sérum physiologique ou sinon à l'eau pendant au moins 5 min.

b. Evaluation du risque :

Juste après les mesures prophylactiques immédiates, il faut vite évaluer le risque de contamination. Cette évaluation se fait en fonction de la sévérité de l'accident:

- ✓ Profondeur de la blessure
- ✓ Type d'aiguille: si c'est une aiguille creuse à prélèvement, le risque est plus grand que si c'est une aiguille creuse à injection qui elle-même présente un risque plus grand qu'une aiguille pleine.
- ✓ Le degré de sévérité de l'accident permet de décider d'une prophylaxie médicamenteuse aux ARV.

c. *Prophylaxie médicamenteuse aux ARV:*

Indications

L'indication d'une prophylaxie aux ARV est fonction du degré de l'exposition et du statut de la personne source.

TYPE D'EXPOSITION	ORIGINES / CAUSES
Massive	En cas de piqûre profonde faite par un dispositif intravasculaire ou une aiguille creuse intra artérielle.
Modérée	En cas de coupure avec un bistouri à travers les gants ou en cas de piqûre superficielle avec aiguille intraveineuse creuse
Minime	En cas d'érosion superficielle par une aiguille pleine (ex. aiguille de suture), ou par une aiguille d'injection intramusculaire ou sous cutanée) ou encore en cas de simple contact cutanéomuqueux.

Personne source

Il y a quatre types de personnes-sources :

- ✓ une personne séropositive connue au stade de SIDA, avec pathologies opportunistes ;
- ✓ une personne séropositive connue au stade asymptomatique ;
- ✓ une personne à sérologie VIH inconnue ayant un ou plusieurs arguments ;
- ✓ une personne à sérologie VIH inconnue, sans argument.

Modalités de prescription

Principes :

- ✓ Le traitement doit commencer immédiatement dans l'intervalle d'une heure et au plus 72 heures après l'exposition (il n'y a pas de délai limite fixé avec précision) ;
- ✓ Immédiatement après exposition, s'assurer de l'état sérologique aussi bien de la personne accidentée que de la

personne source.

Il y aura alors plusieurs cas de figure :

- ✓ Soit la personne source et la personne accidentée sont tous deux séronégatives, alors arrêter le traitement ;
- ✓ Soit la personne source est séronégative et la personne accidentée est séropositive, arrêter le traitement prophylactique et référer la personne accidentée pour une prise en charge à long terme ;
- ✓ Soit la personne source est séropositive et la personne accidentée est séronégative, alors continuer le traitement pendant un mois après le premier test. Si malgré tout il y a séroconversion, référer la personne accidentée pour une prise en charge à long terme. La contamination ne pourrait être imputable à l'accident que si la séroconversion se fait dans les trois mois qui suivent l'accident. Au-delà, il faut penser à une autre source de contamination ;
- ✓ Soit qu'il n'est pas possible de déterminer l'état sérologique de la personne source, alors continuer le traitement pendant un mois après le premier test.

Un argument signifie:

- ✓ Une symptomatologie clinique ou biologique compatible avec l'infection à VIH ;
- ✓ Présence de facteurs de risque connus ;
- ✓ Milieu à prévalence de l'infection élevée.

Le Schéma de traitement est :

TDF+3TC+LPV/r

Les doses sont les mêmes que dans le traitement à long terme. La durée du traitement prophylactique est d'un mois. Cependant, le traitement peut à tout moment être arrêté en fonction des différents cas de figures énoncés ci-haut.

B. Exposition sexuelle

Ce type d'exposition tient compte du niveau du risque lié aux pratiques sexuelles elles-mêmes et du statut sérologique du partenaire.

Evaluation du niveau du risque lié aux pratiques sexuelles :

- ✓ Risque certain quantifiable pour mille par ordre décroissant : rapport anal réceptif (5 à 30%), vaginal réceptif (0,3 à 0,7%), vaginal et anal insertif (0,1 à 1,8%) ;
- ✓ Risque faible : rapport oral insertif ou réceptif avec ou sans éjaculation ;
- ✓ Risque nul : baiser, préservatif non rompu.

N.B. certains facteurs peuvent majorer considérablement ce risque, notamment :

- ✓ *Stade de l'infection : primo infection ou stade maladie*
- ✓ *Infection ou lésions génitales : ulcération, trichomonas, chlamydia, etc*
- ✓ *Rapport vaginal durant les règles*
- ✓ *Premier rapport sexuel*
- ✓ *viol*

Types de partenaires :

- ✓ Personne séropositive connue ;
- ✓ Personne à risque avec sérologie VIH inconnue
- ✓ (drogué, homosexuels, professionnels du sexe, personnes
- ✓ vivant dans un milieu à haute prévalence du VIH,
- ✓ professionnels mobiles,...) ;
- ✓ Cas de viol ;

Le tableau ci-après résume les différentes indications en fonction du degré d'exposition et du statut du partenaire :

Tableau 2 : Niveau de risque

Types de partenaires	Niveau du risque lié aux pratiques sexuelles		
	Certain	Faible	nul
Personne séropositive connue	Traitement recommandé	Traitement discutable	Traitement non indiqué
Personne à risque avec sérologie VIH inconnue	Traitement discutable	Traitement non indiqué	Traitement non indiqué
Cas de viol	Traitement	Traitement	Traitement

	recommandé	recommandé	non indiqué
--	------------	------------	-------------

Modalités, doses et principes de traitement : le traitement prophylactique est le même qu'en cas d'exposition au sang.

PROPHYLAXIE POST EXPOSITION ACCIDENTELLE DES MINEURS ET/OU ADOLESCENTS : AGRESSION SEXUELLE

Dans ce chapitre nous ne traiterons que de l'exposition sexuelle, précisément de l'agression sexuelle

Evaluation de la Victime Sexuelle (consensus, abus, viols, ...) Procéder à une évaluation de base :

- ✓ Connaître ses antécédents médicaux (VAT, ANTI AMARIL, statut vaccinal compris) ;
- ✓ Préciser le type de vaccin ;
- ✓ Faire un examen clinique complet ;
- ✓ Faire des prélèvements locaux pour la gonococcie, chlamydia, trichomonas (selon le cas) ;

DÉMARCHE STANDARDISÉE EN CAS D'EXPOSITION SEXUELLE

Faire une prise de sang pour les sérologies de base : VIH, Hep C, Ag Hbs.

Pour l'auteur de l'agression

- ✓ Si le statut sérologique est inconnu: faire les sérologies VIH, Hep B et C (avec ou sans consentement oral préalable) ;
- ✓ Faire le test rapide du VIH, même s'il n'appartient pas à une catégorie à haut risque du VIH;
- ✓ Si le statut VIH est connu: avoir des renseignements sur ses marqueurs biologiques (CD4, charge virale), stade clinique et son histoire thérapeutique.

Le Schéma de traitement est :

TDF+3TC+LPV/r

Les doses sont les mêmes que dans le traitement à long terme. La durée du traitement prophylactique est d'un mois. Cependant, le traitement peut à tout moment être arrêté en fonction des différents cas de figures énoncés ci-haut

Chapitre IV. LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH ET DE LA SYPHILIS DE LA MERE A L'ENFANT

Il s'agit ici d'une approche retenue par le pays et mieux développée dans le plan e-TME 2016-2020.

IV.1. PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH de la Mère à l'Enfant

En ce qui concerne cette transmission, quatre composantes majeures (piliers) de PTME sont à retenir :

- ✓ Prévention de l'infection par le VIH des femmes en Age de procréer ;
- ✓ Prévention des grossesses non-désirées des femmes infectées par le VIH ;
- ✓ Prévention de la transmission d'une femme infectée par le VIH à son bébé ;
- ✓ offre des soins et du soutien aux femmes infectées par le VIH, leurs bébés et leurs familles.

INTERVENTIONS RETENUES SUR LES QUATRE PILIERS

PILIER DE LA PTME COMPREHENSIVE	CIBLES	TACHES DES PRESTATAIRES
<ul style="list-style-type: none"> Prévention primaire de l'infection par le VIH 	<ul style="list-style-type: none"> Femmes en âge de procréer et leurs partenaires sexuels ; Couples séronégatifs 	<ul style="list-style-type: none"> Améliorer les connaissances des jeunes sur le VIH ; Inclure test VIH dans les analyses prénuptiales ; Développer des stratégies visant le dépistage à l'échelle des filles mères, filles non scolarisées ; Planter des points de distribution des préservatifs communautaires ; Offrir la PrEP aux personnes à risque élevé ; Traiter les IST selon les normes nationales ; Prendre en charge les cas de Victime des violences Sexuelles.
<ul style="list-style-type: none"> Prévention des grossesses non désirées chez la femme infectée par le VIH 	<ul style="list-style-type: none"> Femmes infectées par le VIH et leurs partenaires sexuels 	<ul style="list-style-type: none"> Impliquer le partenaire masculin dans la PF Offrir les services de planning familial (contraception sans risque, régulière et efficace) <ul style="list-style-type: none"> le conseil et la contraception doivent être fournis à toute opportunité Les femmes VIH-positives sont libres de faire leur choix sur les méthodes de planification familiale. Encourager l'emploi de la double protection: préservatif + une autre méthode contraceptive moderne En cas de désir de grossesse (voir section 4)

PILIER DE LA PTME COMPREHENSIVE	CIBLES	TACHES DES PRESTATAIRES
<ul style="list-style-type: none"> • Prévention de la transmission du VIH de la femme infectée à son enfant 	<ul style="list-style-type: none"> • Femmes enceintes • Partenaires des femmes • Femmes en travail ; • Femmes allaitantes ; • Enfants exposés 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Femme enceinte, en travail et allaitantes avec statut VIH non connu <ul style="list-style-type: none"> ✓ Proposer le DCIP dès le premier trimestre de la grossesse ✓ Tester et traiter la syphilis ✓ Rechercher activement des autres IST et le cancer du col ✚ si VIH- : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Offrir la CCC/IEC appropriés ✓ Offrir les préservatifs ✓ Rechercher activement les cas de SVS ✓ Offrir les services de planification familiale durable ✓ Dépister le conjoint ✓ Retester la femme enceinte VIH- au T3 ✓ Retester tous les 3 mois la femme allaitante avec un risque plus élevé (population clés, couples discordants) ✚ Si VIH+ : (Tester et traiter) <ul style="list-style-type: none"> ✓ Retester avant la mise sous ARV ✓ Offrir les préservatifs ✓ Offrir les soins de santé reproductive de routine ✓ Initier la trithérapie si elle n'a jamais eu des ARV ✓ Faire le suivi clinique et biologique ✓ Rechercher activement la TB et les cas de SVS ✓ Prévenir les autres infections (TB, PALU, VHB....) et IST ✓ Appliquer les pratiques d'accouchement à moindre risque ✓ Dépister le conjoint ✓ Offrir de PrEP aux partenaires séronégatifs d'un couple séro discordant ✓ Offrir les conseils éclairés sur le choix de l'allaitement (voir détail sur la page suivante)*

PILIER DE LA PTME COMPREHENSIVE	CIBLES	TACHES DES PRESTATAIRES
		<ul style="list-style-type: none"> ❖ Femme enceinte avec statut VIH + connu <ul style="list-style-type: none"> ✓ Si sous TARV : poursuivre avec TARV initial (ne changer que s'il y a indication) ✓ Si elle n'est pas sous TARV, retester et mettre sous TARV ✓ Dépister le conjoint ✓ Faire le suivi clinique et biologique en insistant sur la charge virale ✓ Rechercher activement la TB (PTI) et les cas de SVS ✓ Rechercher activement des IST et le cancer du col ✓ Prévenir les autres infections (TB, Paludisme, HVB....) ✓ Appliquer les pratiques d'accouchement à moindre risque ✓ Offrir le service de planification familiale durable ✓ Offrir le PrEP aux partenaires séronégatifs d'un couple séro-discordant ❖ Enfant exposé <ul style="list-style-type: none"> ✓ Trithérapie dès la naissance pour les enfants nés des mères VIH+ ✓ Testing PCR dans les 4 à 6 semaines suivant la naissance • Si VIH+ : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Poursuivre TARV ✓ Mise sous traitement selon les normes en vigueur ✓ Suivi clinique et biologique ✓ Alimentation (voir détail sur la page suivante)* ✓ Suivi de routine de la croissance de l'enfant (vaccination...)

PILIER DE LA PTME COMPREHENSIVE	CIBLES	TACHES DES PRESTATAIRES
		<ul style="list-style-type: none"> • Si VIH - <ul style="list-style-type: none"> ✓ Poursuivre TARV selon le choix de l'alimentation de l'enfant ✓ Continuer l'algorithme du dépistage à S6, M9, Sérologie, M18 jusqu'à exclure l'infection à VIH chez l'enfant ✓ Alimentation (voir détail sur la page suivante)* ✓ Suivi de routine de la croissance de l'enfant (vaccination...)

PILIER DE LA PTME COMPREHENSIVE	CIBLES	TACHES DES PRESTATAIRES
<p>Traitement, soins et soutien de la femme infectée par le VIH et de sa famille</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Femmes enceintes VIH+ ; • Partenaires des femmes enceintes VIH+ qu'ils soient + ou - ; • Enfants exposés ou infectés ; • Les autres membres de la cellule familiale VIH+ ou non 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Proposer le DCIP des membres de la famille Suivi du couple mère enfant ✓ Prévenir et traiter des infections opportunistes (dépister la TB et donner PTI aux enfants exposés) ✓ Continuer le traitement antirétroviral initial ✓ Initier le TARV chez les membres de famille dépistés VIH+ selon les normes ✓ Offrir les soins palliatifs en cas de besoin ✓ Assurer une alimentation adéquate selon les options retenues ✓ Offrir les soins en matière de santé reproductive ✓ Assurer un APS ✓ Offrir la PrEP aux partenaires séronégatifs d'un couple discordant ✓ Fournir les préservatifs masculins et féminins ✓ Assurer le suivi clinique et biologique en insistant sur la charge virale ✓ Retester le partenaire séronégatif d'un couple discordant

Alimentation de l'enfant né de mère VIH positive*

De façon générale, en RDC, il est recommandé un allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois pour tous les nourrissons, suivi de l'introduction des aliments complémentaires appropriés à partir de 6 mois et poursuite de l'allaitement jusqu'à 24 mois.

Pour l'enfant né de mère VIH+ :

1. Enfant exposé :

- ✓ Assurer un bon statut nutritionnel de la mère ;
- ✓ Aider la mère à faire un choix. Le choix de la meilleure option qu'a une mère séropositive concernant l'alimentation de son nourrisson dépend de sa situation personnelle y compris de son état de santé et des circonstances socioéconomiques. L'allaitement maternel exclusif est recommandé en priorité sauf quand les conditions pour une alimentation de substitution sont acceptables, abordables (financièrement) sûres et durables. Le choix de la mère doit être encadré.
- ✓ Expliquer à la mère que l'allaitement maternel s'accompagne d'un risque de transmission de VIH à l'enfant et que l'allaitement protégé avec traitement de la mère aux ARV permet de réduire le risque de transmission du VIH à l'enfant
- ✓ Conseiller la mère dans le choix du mode d'alimentation de son enfant en se servant de la comparaison entre les éléments de deux types d'alimentation.
- ✓ A chaque visite, évaluer l'alimentation de l'enfant et l'adapter selon les possibilités de la mère et la meilleure croissance de l'enfant ;

Tableau 3 : Choix du mode d'alimentation chez l'Enfant exposé

Choix du mode d'allaitement	
1^{er} Choix <ul style="list-style-type: none">- Allaitement Maternel exclusif (AME) jusqu' à 6 mois ;- Continuer l'allaitement en associant des aliments de complément jusqu' à 12 mois ;- Arrêt progressif de l'allaitement à partir du 11ème mois.	2^{ème} Choix <ul style="list-style-type: none">- Alimentation de Substitution Exclusive (ASE) jusqu' à 6 mois ;- Associer des aliments de complément à partir du 6^{ème} mois.

2. Enfant infecté :

Il est recommandé à la mère séropositive d'allaiter exclusivement pendant les 6 premiers mois le nourrisson infecté (PCR positif) suivi de l'introduction des aliments complémentaires appropriés à partir de 6 mois et de poursuivre l'allaitement jusqu'à 24 mois Pour les enfants infectés, il est recommandé à

chaque visite, d'évaluer l'état nutritionnel, la croissance et d'assurer la prise en charge de l'enfant et de la femme.

Dans les 2 cas, le prestataire devra :

- Evaluer l'état nutritionnel de l'enfant et de la femme ;
 - Prendre les mensurations ci-après pour l'enfant : poids, taille, périmètre crânien (enfant < 2ans) périmètre brachial (PB) (chez l' enfant de 6 à 59 Mois) et rechercher les œdèmes nutritionnels ;
 - Prendre le périmètre brachial pour la femme (PB);

- Apprécier la croissance en utilisant les courbes de croissance standard de l'OMS, Poids/Age ;

- Assurer la prise en charge :

En cas de malnutrition chez l'enfant (retard de croissance : Taille/Age <-2 ET, malnutrition aigüe P/T<-2 ET, PB<125 mm et présence d'œdèmes nutritionnels +, ++, +++), ou enfant au stade 3 ou 4 dont les Co infectés, déterminer la cause, traiter la malnutrition aigüe selon le Protocole National, assurer l'éducation nutritionnelle, discuter et recommander de petites actions nutritionnelles faisables.

En cas de malnutrition chez un nourrisson/enfant infecté par le VIH :

- Procéder à la réhabilitation nutritionnelle au préalable ;
- Rechercher les IO (TB ou autres) et les soigner en même temps ;
- Initier le TARV.

En cas de malnutrition chez femme avec un PB inférieur à 230 mm ou femme aux stades 3 ou 4, dont la co-infectée, assurer la prise en charge nutritionnelle comme indiqué ci haut.

IV.2. PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DE LA SYPHILIS

IV.2.1 Diagnostic de la syphilis

Pour la syphilis, il faut un délai de 10 à 45 jours pour que des tests sérologiques permettent de déceler l'infection syphilitique. Un premier test négatif ne garantit pas qu'il n'y a pas infection. Il existe toute une gamme d'outils pour le diagnostic de la syphilis. Le diagnostic classique en laboratoire se fonde sur l'algorithme ci-après :

- **Algorithmes de diagnostic et de dépistage en vigueur**

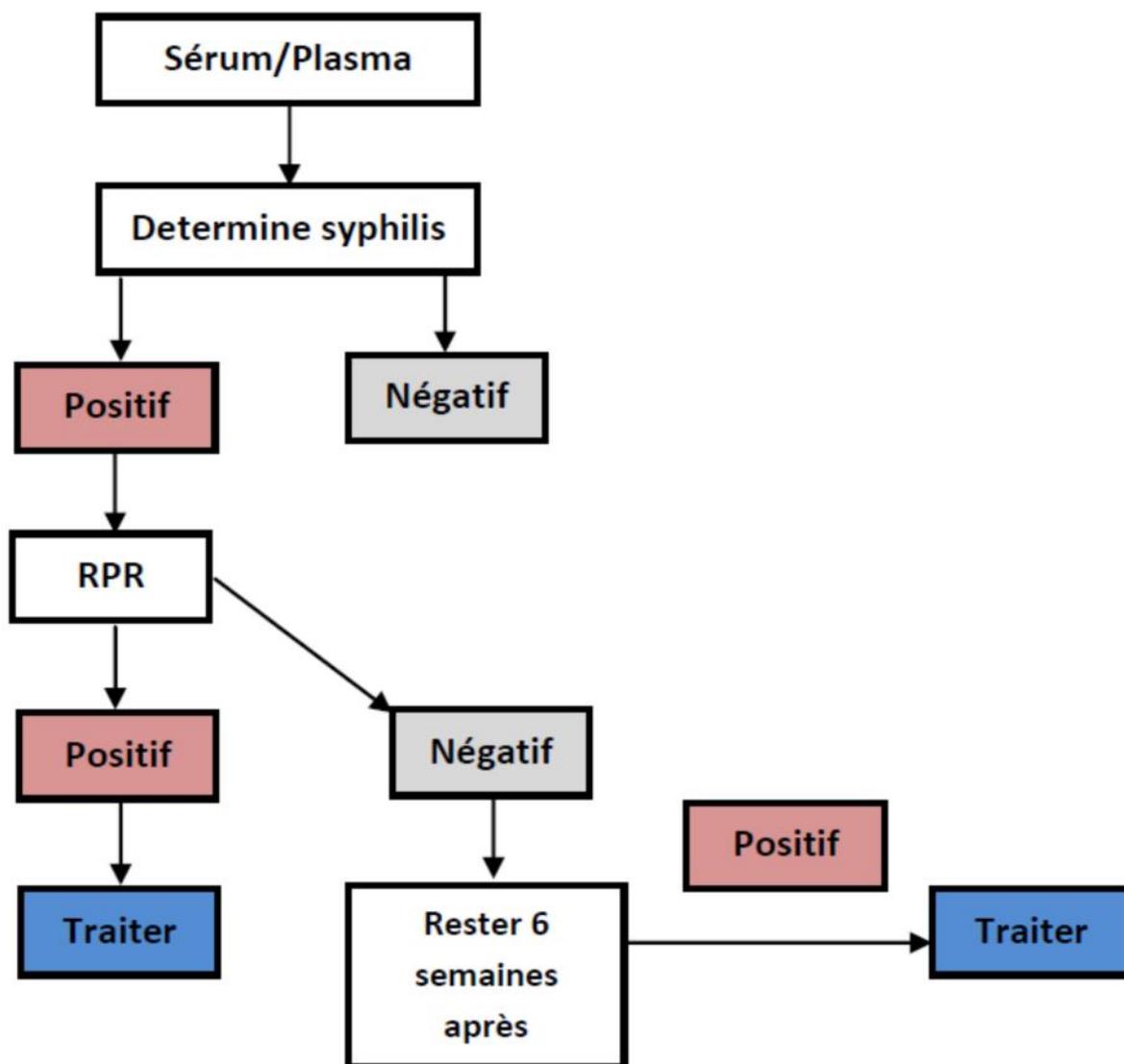


Figure 1 : Algorithmes diagnostic et dépistage

IV.2.2. INTERVENTIONS POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA SYPHILIS

Ces interventions sont reprises dans le tableau ci-après :

TYPES DE SYPHILIS	CIBLES	INTERVENTIONS	PRISE EN CHARGE / TRAITEMENT
<p>SYPHILIS CHEZ L'ADULTE</p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ Primaire ✚ Secondaire ✚ Tertiaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Femme enceinte • Partenaire sexuel de la femme enceinte 	<ul style="list-style-type: none"> • Dépistage de la femme systématique à la CPN, Salle d'accouchement et Post Partum et de (Contacts) • Retesting au Troisième trimestre de la grossesse 	<p>Pour tous cas positifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2,4 millions d'unités de benzathine pénicilline G en IM en dose unique chez les patientes présentant une syphilis primaire, secondaire ou latente précoce. • 7,2 millions d'unités administrées en IM à raison de 1 dose par semaine de 2,4 millions d'unités chez les patientes présentant une syphilis latente tardive. <p>❖ Prévention systématique de la réaction de Jarisch-Herxheimer: en cas de Syphilis profuse :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prédnisone : 0,3 mg / Kg / j x 5j • Début: la veille du traitement par Extencilline <p>❖ Surveillance échographique: 1 x / Mois</p>
<p>SYPHILIS CONGÉNITALE</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Précoce (in utéro, de 0-2 ans) ➤ Tardive (4-5 ans) 	<ul style="list-style-type: none"> • Nourrisson (< 3 ans) • Enfant de 4-5 ans 	<p>Chez les nourrissons, Le recours aux tests sérologiques pour le diagnostic de la syphilis congénitale chez les enfants de moins de 15 mois est problématique en raison du transfert placentaire passif d'IgG maternels au fœtus. Il n'est donc pas recommandé de pratiquer de test tréponémique chez un nouveau-né dont la mère est atteinte de syphilis.</p>	<p>Traitement curatif</p> <p>Chez les nourrissons symptomatiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pénicilline G cristalline aqueuse (100000 à 150000 U.I. /kg de poids corporel par jour), en IM ou IV pendant 10 jours consécutifs. <p>En cas de Syphilis Congénitale possible :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Extencilline: 50.000 U/kg en IM une seule dose <p>Chez le nouveau-né de mère bien traitée dans les 4 semaines avant l'accouchement sans rechute ni réinfection</p>

TYPES DE SYPHILIS	CIBLES	INTERVENTIONS	PRISE EN CHARGE / TRAITEMENT
		<p>CHEZ L'ENFANT :</p> <p>Le diagnostic biologique :</p> <p>Recherche du germe (tréponème) dans les sérosités nasales, les lésions cutanées, les fissures muqueuses, et sur la sérologie (recherche des anticorps dans le sang).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Chez le nouveau-né avec examen normal et titre titre de la maman • Chez le nouveau- né de mère non testée (dans une zone de haute endémicité) <p>Alternatives:</p> <p>Céftriaxone: 75 mg / kg / j jusqu'à 30j x 10 –14 j ou 100 mg / kg / j dès 30j</p> <p>Erythromicine: 30 –50 mg / kg / j x 30j</p> <p>Suivi de l'enfant à 3, 6 et 12 mois ou jusqu'à ce que tous les tests se négatives</p>

Chapitre V. VIH, SECURITE TRANSFUSIONNELLE ET DONS DE TISSUS ET D'ORGANES

La sécurité transfusionnelle et dons des tissus et d'organe est définis comme étant un ensemble des mesures visant à éliminer le risque lié à ces pratiques .La sécurité transfusionnelle en RDC s'appuie essentiellement sur la surveillance des quatre marqueurs dont : VIH , Syphilis , HVB et HVC

La présence du VIH dans le sang total et dans la plupart des dérivés sanguins notamment : les concentrés globulaires, plaquettaires, leucocytaires, dans du plasma frais congelé et dans les concentrés en facteurs de coagulation, ont pu contaminer des receveurs. Cependant dans l'albumine et les immunoglobulines on ne trouve pas le VIH et donc ne sont pas contaminants.

Les étapes à suivre dans les centres de don de sang, tissus et organes sont :

- ✓ Entretien médical avant chaque don, afin d'exclure les donneurs présentant un facteur de risque d'infection à VIH et autres IST ;
- ✓ Réalisation d'un test sérologique mettant en évidence les anticorps, dont la positivité doit être confirmée par les autres tests de l'algorithme approprié avant de rendre le résultat et d'informer le donneur ;
- ✓ dépistage des hépatites (HVB et HVC) et de la syphilis.

Directives

- ✚ Informer la personne de sa séropositivité et de ses conséquences ;
- ✚ Exclure tout prélèvement positif de l'utilisation transfusionnelle et dons d'organes;
- ✚ Prendre les mesures préventives pour la personne séropositive:
 - Abstention définitive du don de sang et d'organes ;
 - Nécessité définitive de protéger les rapports sexuels par des préservatifs ;
 - Information au partenaire, afin qu'il effectue un test sérologique ;
 - Promotion de la planification familiale ;
- ✚ Orienter la personne vers la prise en charge.

Algorithme de dépistage pour les donneurs de sang et dons d'organes

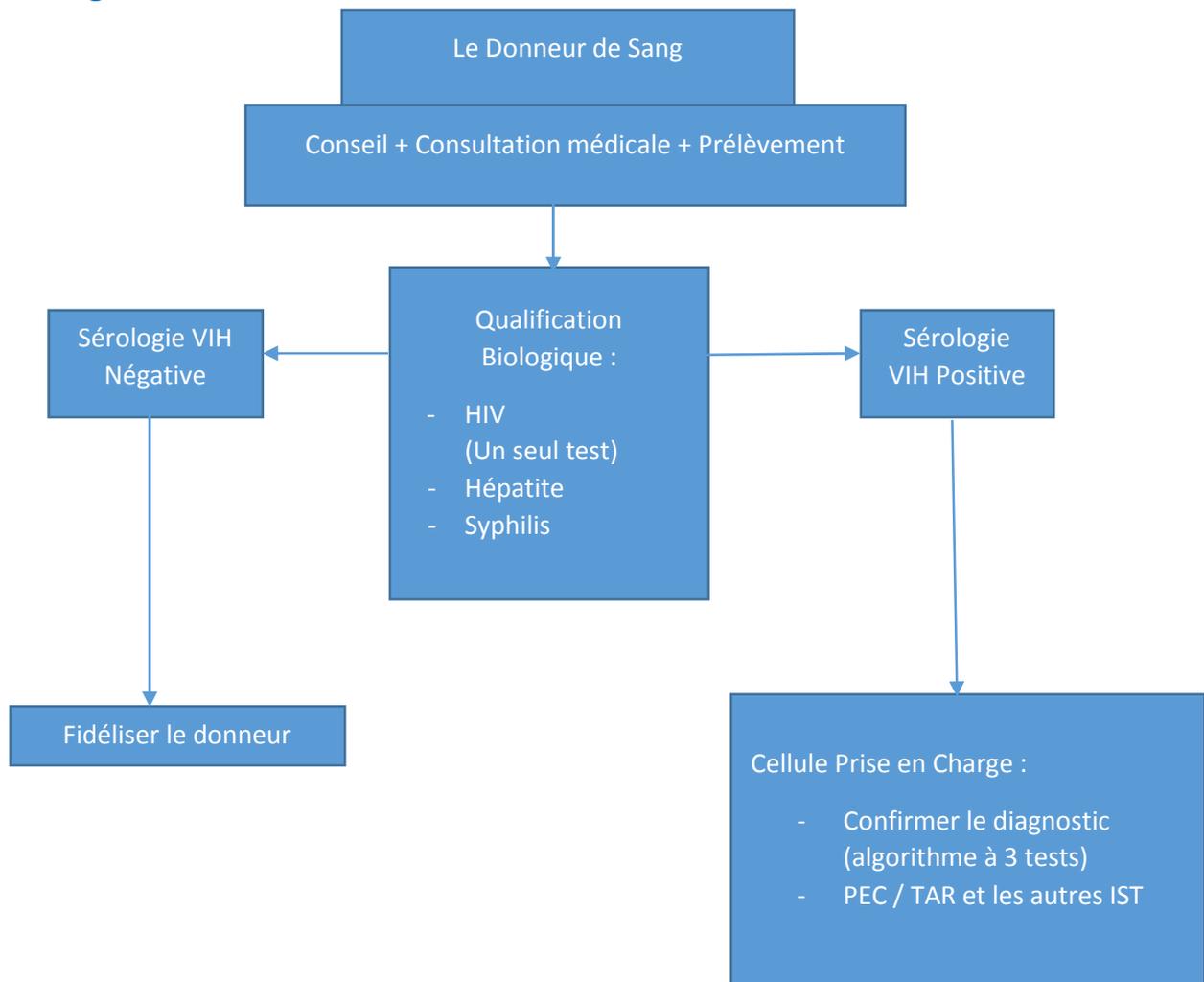


Figure 2 : Algorithme de dépistage

SECTION III. DIAGNOSTIC DE L'INFECTION A VIH

Le dépistage du VIH est la porte d'entrée pour la prévention, le traitement, les soins et les autres services de soutien. Les services de dépistage du VIH réfèrent à une gamme complète de services qui doivent être fournis en même temps que les tests de dépistage du VIH: conseil pré-test, test et conseil post-test, lien avec les services de prévention, prise en charge et traitement ainsi que d'autres services appropriés.

Le diagnostic du VIH inclut les services de dépistage dans les structures de soins, les centres autonomes de dépistage du VIH et une large gamme d'approches communautaires comprenant l'autotest du VIH (HIV self-testing ou autotest).

Pour la RDC, le conseil dépistage du VIH est basé sur le respect de 5 principes de base qui sont : consentement éclairé, confidentialité, conseil, remise de résultats fiables et référence vers les services de soins et traitement du VIH.

Le diagnostic de l'infection est biologique et la clinique ne peut donner qu'une présomption.

Plusieurs stratégies sont utilisées pour l'offre de services de dépistage : le dépistage et conseil initié par le prestataire (DCIP) et le conseil et dépistage volontaire (CDV) dans les structures de soins ; CDV et l'autotest dans la communauté.

III.1. CONSEILS ET DEPISTAGE

III.1.1 Conseil (CDV / DCIP)

Le conseil et dépistage porte sur 3 étapes : pré test, test et post test.

Le conseil pré-test

C'est un entretien confidentiel entre le prestataire (conseiller) et le client (patient) qui a pour objectif majeur de faire accepter au client le test ainsi que le retrait des résultats. Il l'avantage de réduire le stress chez le client

Schématiquement on a les séquences suivantes :

- Accueil et présentation ;
- Préparation au conseil et dépistage du VIH :
 - Assurer la confidentialité de la séance ;
 - Présenter les raisons qui motivent le dépistage ;
 - Présenter les avantages pour le dépistage à la personne ;
 - Présenter les services disponibles ;
 - Evoquer la possibilité du refus du test ;
 - Expliquer clairement que le refus du test n'entravera pas les soins ne nécessitant pas la connaissance de la sérologie VIH ;
 - Répondre aux questions du client.
- Proposition de faire le test VIH ;
- Prélèvement et réalisation des tests.

Le conseil post-test

C'est la séance de l'annonce du résultat qui doit être individuelle et confidentielle. Toute personne qui a fait un test VIH, doit en être informé tout en étant soutenu si possible. L'annonce se fera d'un ton neutre et de façon spécifique en fonction de type de résultat et selon qu'il soit négatif, positif ou indéterminé.

En cas d'un résultat positif le test sera repris avant la mise sous traitement sur un autre échantillon par un autre prestataire au besoin dans les conditions similaires (retesting).

En cas de résultat indéterminé, refaire le test 14 jours plus tard sur un nouvel échantillon par un autre prestataire si possible. Si le résultat est toujours indéterminé référer le client pour un autre test plus élaboré (voir ELISA, PCR).

La pratique du counseling doit également tenir compte des cas particuliers notamment :

- Les couples et partenaires
- Les femmes enceintes, accouchées et allaitantes
- Enfants et adolescents
- Populations clés (PS, UDI, HSH)
- survivants des violences sexuelles
- Les personnes avec handicap

Chez les enfants de moins de 12 ans la divulgation de statut sérologique doit être progressive et tenir compte des besoins en soins médicaux, soutien psychologique et social et en information. Les détails sur le processus de divulgation de statut sérologique chez l'enfant sont développés dans un guide approprié.

Pour les enfants des moins de 18 mois nés des mères séropositives ou présentant des signes d'infection à VIH. Le test virologique de L'acide désoxyribonucléique (PCR/DNA) est recommandé selon l'algorithme en vigueur.

Il est recommandé de faire un dépistage ciblé dans le cadre de DCIP chez toute personne en contact avec les services de santé aux différentes portes d'entrée suivant les facteurs de risque comme l'exposition au VIH et la présence des symptômes et signes du VIH. Les services ou porte d'entrée répertoriés sont notamment : consultation, hospitalisation, les services de prise en charge de la TB, de malnutrition, de vaccination, les services de prévention et prise en charge des IST.

CDV Communautaire

Le programme appuie l'implication de la communauté dans le diagnostic du VIH à travers les campagnes de sensibilisation et dépistage, cliniques mobiles, porte-à-porte...par les agents communautaires formés et régulièrement supervisés.

AUTOTEST

L'auto-test est un processus par lequel une personne qui veut connaître son statut sérologique par rapport au VIH, se procure un test, prélève son propre échantillon, procède à la réalisation du test et interprète le résultat. C'est une approche émergente qui permet d'améliorer l'accès aux services de dépistage du VIH chez les clients qui ne peuvent pas ou sont peu disposés à se rendre dans une structure de soins et ceux qui ont besoin de tests réguliers.

En dehors des enfants de moins de 18 mois l'auto test peut être réalisée par toute personne intéressée

L'auto-test ne fournit pas un résultat définitif. Un test positif nécessite toujours d'être confirmé par un dépistage additionnel basé sur l'algorithme national de diagnostic du VIH en commençant par le premier test. Une personne qui se présente pour une prise en charge et/ou une initiation des ARV après un auto-test doit donc être retester selon l'algorithme national. Comme pour toute autre stratégie de dépistage, le client devra ensuite être référer vers les services de prévention, soins, soutien et traitement du VIH. C'est un outil complémentaire d'un dispositif de dépistage du système classique de santé pour augmenter le nombre de dépistés, sans vocation de remplacer la stratégie nationale qui passe par le conseil suivi des analyses biologiques et l'interprétation des résultats selon les algorithmes en vigueur.

Retesting

Au vu de la possibilité des résultats faussement positifs, du besoin à ce jour d'un traitement aux ARV à vie, des effets délétères éventuels des ARV, il est essentiel de confirmer un résultat précédemment positif avant l'enrôlement d'un client aux services des soins. Lors de l'enrôlement aux services de soins, et du contrôle du statut (retesting) un nouvel prélèvement sanguin doit être effectué et l'analyse réalisé selon le même algorithme que précédemment et de préférence par un autre prestataire.

III.2. ALGORITHMES DU DIAGNOSTIC DE L'INFECTION A VIH

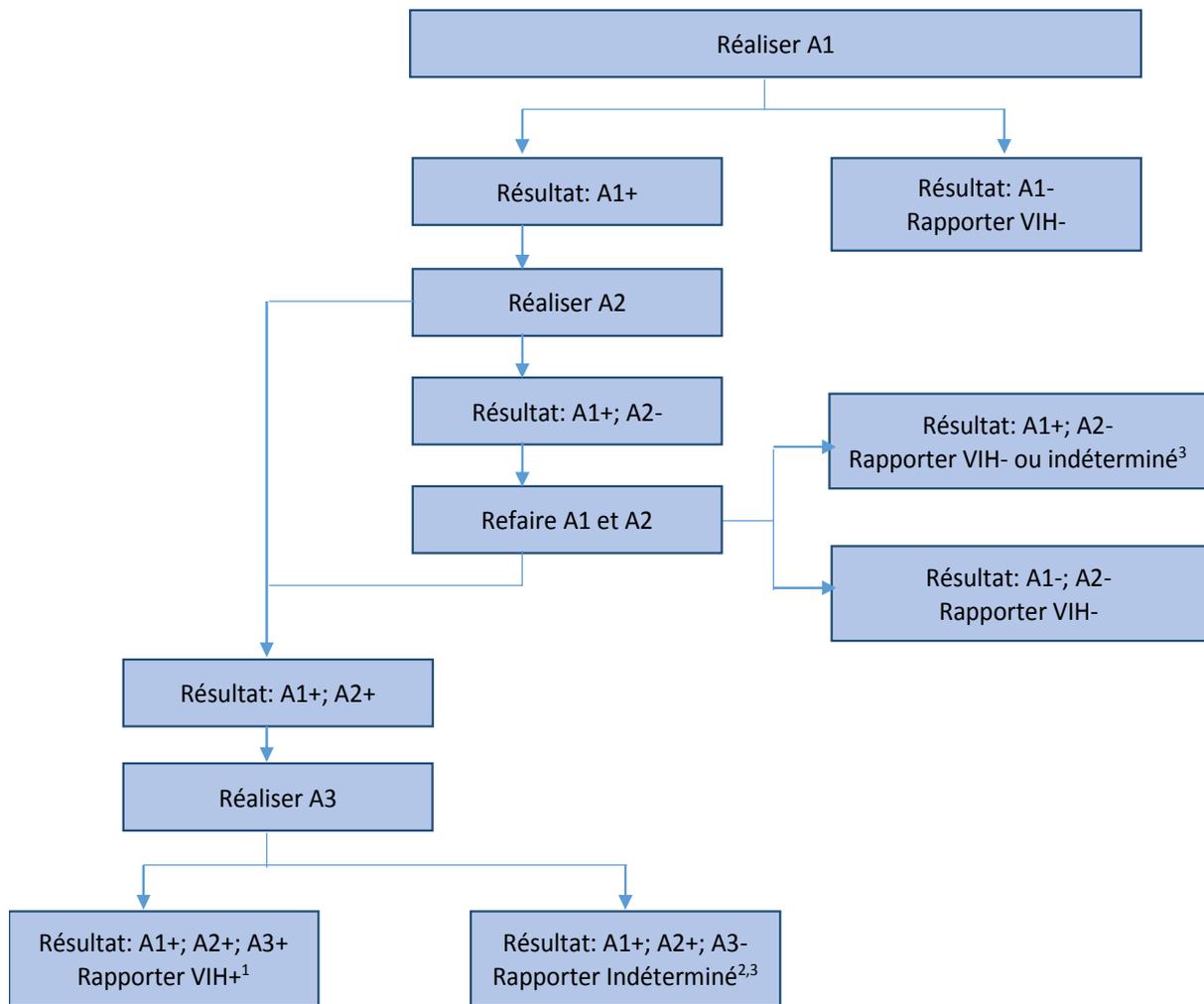
L'algorithme de diagnostic de l'infection à VIH en RDC **se fait en série de trois tests**. Il est adapté au contexte de la prévalence faible (<5%) dans la population générale soit 1,2% (voir algorithme N°1).

Pour les groupes à prévalence élevée > 5% (tuberculeux, Travailleurs de sexe, Homme ayant des rapports sexuels avec les Hommes, usagers de drogues par voie intraveineuse...) l'algorithme **se fait en série de deux tests** (voir algorithme N°2). Dans le cas où l'objectif du test, le contexte ou les circonstances demandent de prendre une décision avec le résultat d'un seul test, le premier dans l'algorithme (don de sang par exemple), **il est obligatoire d'orienter toute personne avec résultat positif sur base d'un test vers une démarche diagnostique complète, afin qu'elle puisse être informée de son statut sérologique.**

- Les tests rapides **Alere™ Determine™ HIV- 1/2** d'Alere Medical Co, **Vikia® HIV 1/2** de bioMérieux et **Unigold™ HIV** de Trinity Biotech Plc sont utilisés dans les algorithmes de dépistage/diagnostic de l'infection à VIH en RDC respectivement comme premier, deuxième et troisième test.

III.2.1 ALGORITHMES N° 1

Cet algorithme constitue la première alternative pour la population générale de la RDC (basse prévalence : 1,2%). Le résultat positif est rendu après concordance des résultats de 3 tests réalisés en série (les 3 tests sont réalisés sur le premier prélèvement). Concernant les tests en série, le deuxième test n'est réalisé que si le premier test est positif, contrairement au test en parallèle pour lequel un échantillon est soumis simultanément à tous les tests de l'algorithme.



Note :

Les tests A1, A2, A3 représentent les tests en vigueur dans l’algorithme (Determine HIV1/2e, Vikia HIV1/2 et Unigold HIV)

1= pour les individus nouvellement diagnostiqués, un résultat positif doit être confirmé selon le même algorithme sur un second échantillon pour exclure une erreur de laboratoire

2= le retesting doit être réalisé sur un nouvel échantillon prélevé 14 jours après pour exclure une éventuelle séroconversion

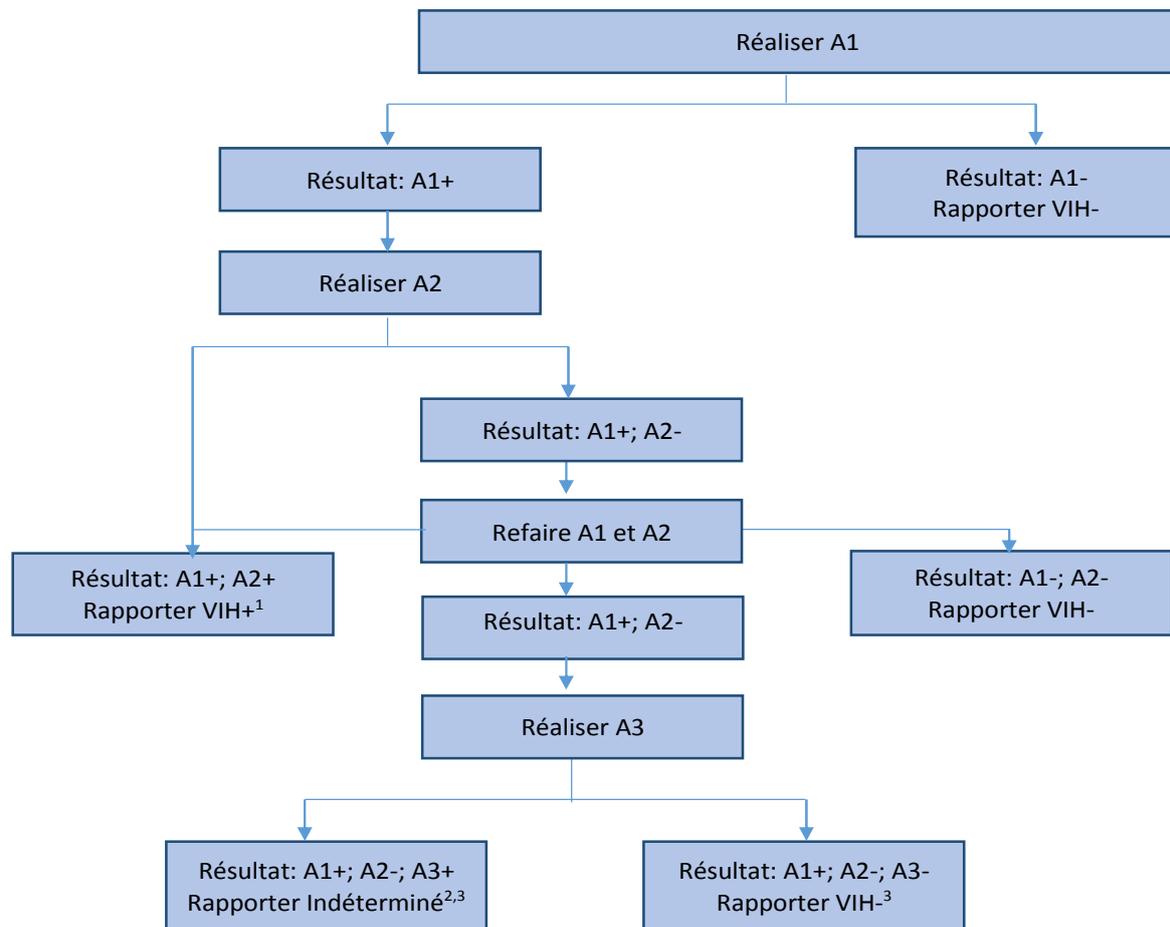
3= si A1 est un test duo (qui détecte les Ag et les AC), et A2 et A3 un test qui ne détecte que les Ac , le retesting doit être fait avec un échantillon prélevé 14 jours après.

Figure 3 : Algorithme pour les tests de diagnostic du VIH pour les populations à faible prévalence

III.2.2 ALGORITHME N° 2

Cet algorithme constitue la deuxième alternative et s’applique aux groupes de la population avec prévalence élevée (prévalence >5% : tuberculeux, travailleurs de sexe, Homme ayant des rapports sexuels avec les Hommes, Transgenre,

Utilisateurs de drogues injectables...). Le résultat positif est rendu après concordance des résultats de 2 tests réalisés en série.



Note :

Les tests A1, A2, A3 représentent les tests en vigueur dans l'algorithme (Determine HIV1/2, Vikia HIV1/2 et Unigold HIV)

1= pour les individus nouvellement diagnostiqués, un résultat positif doit être confirmé sur un second échantillon pour exclure une erreur de laboratoire

2= le retesting doit être réalisé sur un nouvel échantillon prélevé 14 jours après pour exclure une éventuelle séroconversion

3= si A1 est un test duo (qui détecte les Ag et les AC), et A2 et/ou A3 un test qui ne détecte que les Ac, le retesting doit être fait avec un échantillon prélevé 14 jours après.

Figure 4 : Algorithme pour les tests de diagnostic du VIH pour les populations à forte prévalence

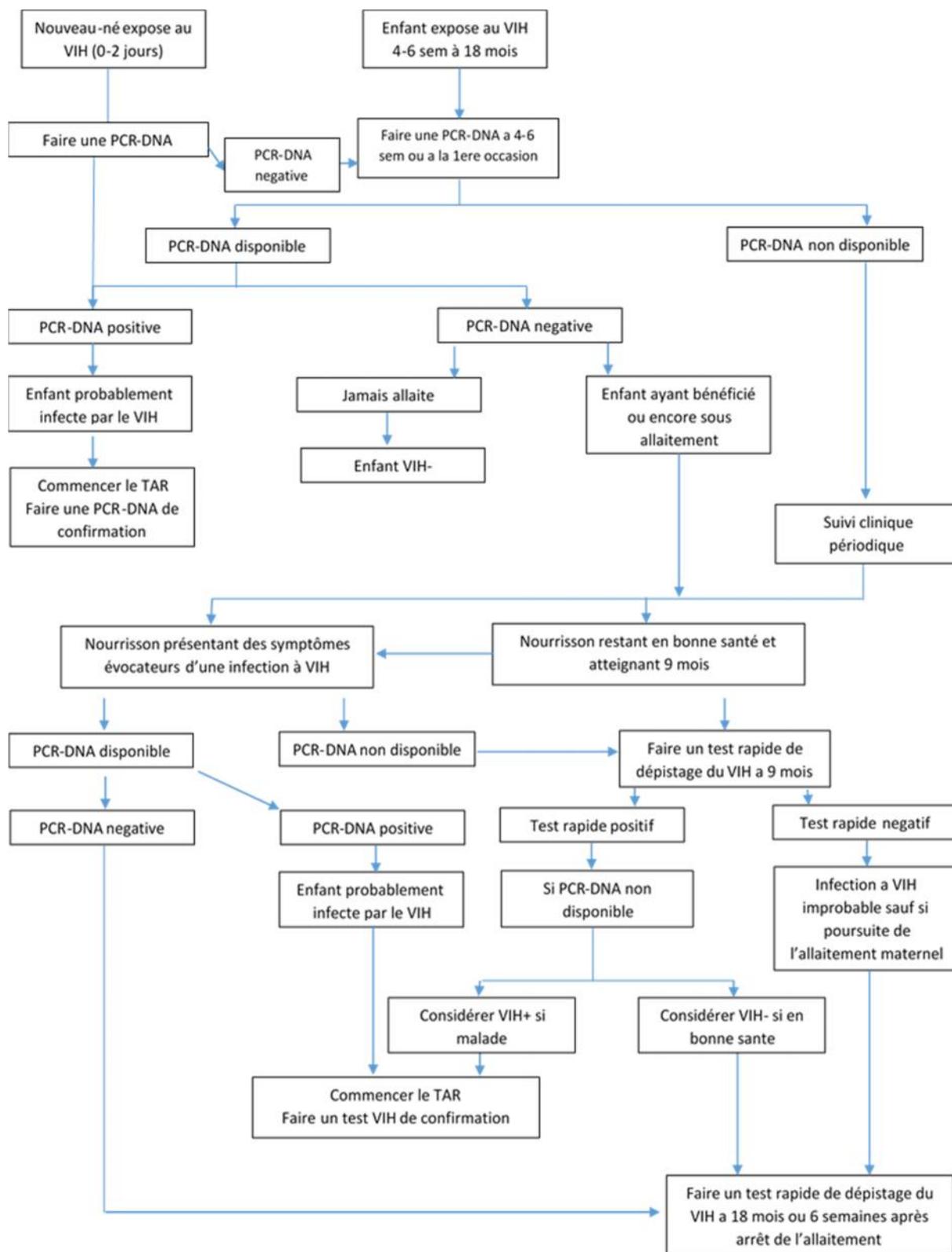


Figure 5 : Algorithme Diagnostics précoce chez enfants en dessous de 18 mois

SECTION IV. THERAPIE ANTI-RETROVIRALE

IV.1. PRINCIPES GENERAUX

Les antirétroviraux (ARV) agissent spécifiquement sur les rétrovirus. Ils ne guérissent pas l'infection à VIH. Ils inhibent la réplication virale et, par conséquent, restaurent l'immunité et freinent l'évolution de la maladie.

Le traitement ARV (TARV) n'est donc pas un traitement curatif et doit, de ce fait, être pris à vie.

Leur utilisation nécessite dès lors :

- Un entretien entre le prestataire et le patient relatif à la compréhension de la maladie et l'importance du traitement ;
- Le suivi du patient afin de détecter leurs effets indésirables et les prendre en charge ;
- De développer un partenariat avec le patient pour une bonne adhérence afin de le maintenir sous traitement de première intention ;
- Les utiliser en association (trithérapie) pour éviter l'apparition de résistance.

Quelques faits importants concernant les ARV doivent être rappelés

L'objectif ultime du TAR est d'arriver à une restauration immunitaire et une suppression virale à maintenir. On retiendra que :

- Comme tout médicament, les ARV ont des effets indésirables et le prestataire se doit de les rechercher, les gérer et les notifier au centre de pharmacovigilance le plus proche;
- Toute interruption du régime thérapeutique (volontaire, par rupture d'approvisionnement ou manque d'adhérence au traitement) favorise un rebond viral et l'apparition des souches virales résistantes ;
- Seule une trithérapie au minimum faite d'au moins deux classes thérapeutiques différentes conduit à une suppression optimale de la réplication virale ;

IV.2. COMMENT PREPARER LA PVVIH AU TRAITEMENT ?

Avant d'initier le TAR, il faut :

- Procéder à un examen clinique détaillé lors de la première consultation.
- Procéder à l'éducation pré-thérapeutique qui portera sur :
 - ✓ L'acceptation et l'adhésion au TAR ;
 - ✓ Le régime thérapeutique et le dosage des ARV ;
 - ✓ La planification des approvisionnements ;
 - ✓ Les avantages et les effets indésirables du TAR ;
 - ✓ Les visites de suivi ;
 - ✓ Le processus de divulgation du statut sérologique dans le cas

des enfants infectés par le VIH.

- Prendre en compte :
 - ✓ L'état nutritionnel ;
 - ✓ Les comorbidités ;
 - ✓ Les médications en cours (plantes médicinales et autres médicaments modernes) pour prévenir les interactions médicamenteuses ;
 - ✓ Les contre-indications et les ajustements posologiques nécessaires.
- Proposer le TAR, lors des prochaines visites, au patient l'ayant postposé ou refusé ;
- Faire bénéficier au patient d'un soutien approprié et d'une réévaluation à intervalles réguliers avant la mise sous TAR en cas de barrières potentielles à l'initiation du TAR, de problème de santé mentale. Le recours à la communauté et au soutien des pairs peut aider à la prise de décision de commencer la thérapie.
- Informer le patient que :
 - ✓ Le TAR initial est la meilleure occasion pour obtenir une suppression virale efficace, une restauration immunitaire et par conséquent une amélioration clinique si les médicaments sont pris comme prescrit.
 - ✓ Différer le début du TAR peut avoir des conséquences négatives, en particulier chez les patients avec une immunodépression avancée (stades 3 et 4 de l'OMS ou CD4 <350/mm³).
 - ✓ Les effets indésirables sont souvent temporaires et peuvent être traités ; quelquefois, une substitution des molécules ARV associées peut s'avérer nécessaire.
- Evaluer le besoin en soutien psychosocial adéquat afin d'optimiser l'adhésion au TAR.
- Informer le patient sur le sexe sans risque et le risque de surinfection en cas d'utilisation des drogues.
- Refaire le test avant la mise effective sous TAR afin de s'assurer du statut sérologique du patient.
- Réaliser les examens de base dont la numération de la formule sanguine: hémoglobine, globules blancs et formule leucocytaire) ;

IV.3. QUAND COMMENCER LES ARV ?

Commencer immédiatement le TAR chez toute personne testée positive pour le VIH sans tenir compte du taux de CD4 ni du stade clinique.

N.B. On doit différer le TAR en cas des maladies mentales, coma, tuberculose, cryptococcose.....

IV.4. LES PROTOCOLES THERAPEUTIQUES

La trithérapie antirétrovirale est le seul traitement de référence de l'infection par le VIH.

La RDC a opté pour 3 lignes de traitement :

- ✓ Première ligne
- ✓ Deuxième ligne
- ✓ Troisième ligne

IV.4.1. SCHEMAS THERAPEUTIQUES RECOMMANDES EN PREMIERE LIGNE

Le TAR de première ligne comprendra :

- ✓ 2 Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI) plus un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (INNTI)
- ✓ un inhibiteur nucléotidique de la transcriptase inverse (INTI), un INTI et un INNTI) -
- ✓ L'INNTI peut être remplacé par 1 Inhibiteur de la protéase boosté par le ritonavir (IP/r).

IV.4.1.1. Enfants âgés de < 3 ans (< 36 mois)

La thérapie antirétrovirale de première intention des enfants de moins de 3 ans sera faite de :

TDF+3TC+LPV/r

Le TAR alternatif pour cette tranche d'âge comprendra les molécules antirétrovirales suivantes :

AZT+3TC+NVP

IV.4.1.2. Enfants âgés de 3 à 10 ans

Chez l'enfant infecté par le VIH âgé de 3 à 10 ans, on utilisera en première intention les combinaisons suivantes :

ABC+3TC+EFV

Les molécules antirétrovirales recommandées comme alternatif sont :

AZT+3TC+NVP

IV.4.1.3. Adolescents de 10 à 19 ans

Traitement de première intention :

TDF+3TC+EFV

Traitement alternatif :

AZT+3TC+NVP

IV.4.1.4. Adultes

Traitement de première intention :

TDF+3TC+EFV

Ce schéma est valable pour la femme enceinte, quel que soit l'âge de la grossesse, celle qui allaite et le malade co-infecté VIH/TUB et VIH/HBV.

Le régime thérapeutique recommandé comme alternatif est fait de :

AZT+3TC+NVP

IV.4.2. SCHEMAS THERAPEUTIQUES RECOMMANDES EN DEUXIEME LIGNE

En cas d'échec thérapeutique aux schémas de première ligne, les structures du premier recours (centre de santé de référence et hôpital général de référence) vont initier les schémas de deuxième ligne qui seront constitués de :

IV.4.2.1. Enfants de moins de 3 ans

AZT+3TC+RAL

IV.4.2.2. Enfants de 3 à moins de 10 ans

AZT+3TC+LPV/r

IV.4.2.3. Adolescents et adultes

AZT/TDF+3TC+LPV/r

IV.4.3. SCHEMAS THERAPEUTIQUES RECOMMANDES EN TROISIEME LIGNE

En cas d'échec au schéma de deuxième ligne, seules les structures du niveau tertiaire et les centres spécialisés peuvent initier les schémas de troisième ligne qui seront constitués de :

IV.4.3.1 Pour les enfants de moins de 10 ans :

DRV/r+3TC+ABC/AZT

Pour les adolescents et les adultes:

DRV/r + DTG + ABC

IV.5. CAS SPECIFIQUES

Il s'agira dans cette rubrique de la femme enceinte, en travail, allaitante, du nouveau-né exposé, de la femme en désir de grossesse, du statut sérologique du partenaire et de l'atteinte rénale.

IV.5.1. Traitement antirétroviral chez la femme enceinte, en travail ou allaitante, de l'enfant né de mère séropositive et statut du partenaire

Toute femme enceinte, en travail ou allaitante doit connaître son statut sérologique. La découverte de la séropositivité doit conduire à la prescription des ARV.

IV.5.1.1. La grossesse chez une femme sous TAR

Le prestataire doit évaluer l'efficacité du TAR sur base de la charge virale et de l'état clinique.

Chez une femme enceinte sous TAR dont la charge virale est détectable, il faut aussi évoquer un échec thérapeutique et après l'avoir bien documenté, changer le traitement pour améliorer le son statut immunitaire et surtout virologique.

AZT/TDF + 3TC + LPV/r

La femme enceinte, en travail ou allaitante dont le statut sérologique est connu, mais qui n'est pas sous TAR doit être retestée et mise sous TAR.

IV.5.1.2. La découverte d'une séropositivité chez une femme enceinte, en travail ou allaitante

Toute femme enceinte, en travail ou allaitante dont la séropositivité pour le VIH vient d'être découverte récemment doit être soumise immédiatement au TAR à vie après l'avoir retestée et confirmé son statut sérologique positif. Cependant l'évaluation clinique et virologique doit être faite dans un bref délai afin d'assurer le suivi et d'apprécier l'efficacité du traitement.

IV.5.1.3. Prise en charge de l'enfant né de mère VIH+

Pour les enfants nés de mères séropositives, les schémas thérapeutiques se présentent de la manière suivante :

Le TAR pour les enfants de 0 semaines à < 3 mois se présente de la manière suivante :

AZT + 3TC + NVP

Si après PCR, l'enfant est infecté, donnez traitement ci-après

ABC + 3TC + LPV/r (pellets)

Enfants de 3 à 36 mois

ABC + 3TC + LPV/r (pellets)

Le traitement alternatif pour cette tranche est le suivant :

AZT + 3TC + LPV/r (pellets)

La durée de traitement est fonction du type d'allaitement :

- Allaitement maternel : le TAR sera administré jusqu'au sevrage et la confirmation du statut négatif doit se faire à 6 semaines après le sevrage
- Allaitement artificiel : le TAR sera arrêté si le second résultat de PCR fait à la sixième semaine est négatif.

IV.5.1.4. Le statut sérologique du partenaire

Le prestataire doit :

- S'informer sur le statut sérologique du partenaire. S'il est séropositif et sous TAR, il continue avec le TAR. S'il est positif sans TAR, il est retesté et mis sous TAR. Si le partenaire ne connaît pas son statut, ce dernier est invité pour un DCIP.
- Evaluer le statut clinique du partenaire séropositif et le mettre sous TAR
- Juger le risque éventuel de sur-contamination au cours des rapports sexuels non protégés et préconiser l'utilisation du préservatif ;
- Mettre le partenaire dans la meilleure situation immunitaire possible et rendre sa charge virale indétectable au moment de la conception en adaptant si nécessaire son TAR.

Le désir de grossesse Chez une femme sous TAR

S'il y a désir de conception, le choix du moment de la grossesse dépendra de la charge virale qui doit être indétectable.

En cas d'échec thérapeutique :

- Différer le moment de la grossesse ;

- Recourir au planning familial en attendant que la situation immunitaire et virologique s'améliore.

Chez les couples discordants :

Pour le partenaire séronégatif, on conseillera en cas de désir de grossesse, la mise sous prophylaxie pré exposition (PrEp);

Lorsque la femme est séropositive et l'homme séronégatif, si la charge virale de la femme est détectable, le couple pourrait recourir à l'insémination indirecte (à la seringue sans aiguille ou par retournement du préservatif) ;

Si l'homme est séropositif pour le VIH et la femme séronégative :

- ✓ Rendre la charge virale de l'homme indétectable ;
- ✓ Minimiser le nombre de rapports sexuels non protégés en essayant de déterminer le moment de l'ovulation ;
- ✓ Conseiller des rapports protégés.

IV.5.1.5.Traitement antirétroviral en cas d'atteinte rénale

Avant de commencer un TAR :

- ✓ Explorer la fonction rénale cliniquement et biologiquement (anamnèse bien conduite, examen physique complet et bien fait ; s'il y a problème rénal, réaliser l'examen d'urine à la bandelette, la créatinine et/ou urée) ;
- ✓ Référer le patient à un centre où une prise en charge adaptée peut être effectuée en cas d'atteinte rénale suspectée ou confirmée ;

En cas d'insuffisance rénale, substituer le TDF par l'Abacavir qui est préféré à la Zidovudine en raison de l'anémie habituellement associée. Le TAR en cas d'insuffisance rénale sera constitué des molécules suivantes :

ABC + 3TC + NVP ou ABC + 3TC + EFV

La Névirapine ne pose aucun problème et ne nécessite pas de réduction de dose. Par contre, pour la Lamivudine les doses doivent être réajustées en fonction du degré d'atteinte rénale surtout en cas d'insuffisance rénale appréciée par la clearance de la créatinine:

- l'ABC ne nécessite pas de réajustement posologique en cas d'insuffisance rénale.
- Si la clearance de la créatinine est réalisable, les doses de la Lamivudine seront réajustées selon les recommandations suivantes :

Clairance de la créatinine	Dose de Lamivudine
50-30ml/min	150 mg/jour
29-15 ml/min 100 mg/jour	150 mg (dose de début) puis
14-5 ml/min 50 mg/jour	150 mg (dose de début) puis
Moins de 5ml/min 25 mg/jour	50 mg (dose de début) puis

Chez les patients porteurs d'atteinte rénale, le TDF est formellement contre-indiqué en raison de la néphrotoxicité de cette molécule.

IV.6. SUIVI ET SURVEILLANCE DU TRAITEMENT

Le suivi clinique et biologique des patients est fondamental pour déterminer l'efficacité et la tolérance du traitement et évaluer l'adhérence.

Les premiers mois de traitement sont d'une importance capitale. Le prestataire doit veiller à l'adhérence, gage d'une amélioration clinique, immunologique et virologique. Il doit surveiller l'apparition :

- ✓ Des infections opportunistes (IO) ;
- ✓ Du syndrome de restauration immunitaire (SRI) ;
- ✓ Des effets indésirables du type hypersensibilité surtout au cours de 3 premiers mois ;

La surveillance doit être étroite afin de minimiser le risque de décès due à :

- ✓ Une immunodépression profonde ($CD4 < 350/mm^3$) ;
- ✓ L'existence des co-infections et comorbidités ;
- ✓ Un faible taux d'hémoglobine ;
- ✓ Une malnutrition sévère ($IMC < 18,5 Kg/m^2$ pour l'adulte et pour l'enfant, se référer aux valeurs correspondant à leur âge et leur poids).

IV.6.1. Suivi clinique des patients sous ARV

L'examen clinique est un acte fondamental pour le suivi des patients, il doit être pratiqué au cours de chaque consultation.

IV.6.1.1. Avant la mise sous ARV

L'évaluation clinique de base doit :

- ✓ déterminer le stade clinique du patient (classification OMS) ;
- ✓ rechercher une pathologie associée au VIH : en particulier les infections opportunistes, les co infections (VHB, VHC, Tuberculose), les défaillances d'organe (foie, rein) qui pourraient influencer le traitement ;
- ✓ documenter les traitements associés ;
- ✓ rechercher les facteurs susceptibles d'influencer l'observance : alcool, situation Socio-économique, les croyances... ;
- ✓ rechercher une grossesse ;
- ✓ Déterminer l'état nutritionnel ;
- ✓ Tous ces paramètres doivent être consignés dans les documents de suivi (fiches et registres).

IV.6.1.2. Après le début du traitement

Le but du suivi est d'évaluer l'**efficacité** et la **tolérance** au traitement.

- **L'efficacité thérapeutique :**

L'efficacité du traitement est appréciée par :

- ✓ La non- détectabilité de la charge virale ;
- ✓ L'amélioration de la clinique (la prise progressive de poids, moins d'épisodes de maladies, reprise de l'activité physique...) ;
- ✓ La restauration immunitaire.

- **La tolérance clinique au traitement :**

La tolérance est appréciée par l'absence ou le degré des effets indésirables.

Après l'initiation du TAR, la surveillance clinique doit se faire selon le chronogramme ci-dessous :

Suivi clinique de base pour les rendez-vous de deux premières années

J0	J14	M1	M2	M3	M6	M12	M18	M24
x	X	X	x	X	X	x	X	X

Le patient est vu toutes les deux semaines du premier mois, chaque mois jusqu'au troisième, au sixième mois et tous les six mois. Celui-ci peut être reçu en consultation chaque fois que son état l'exige.

IV.6.1.3. Suivi de l'enfant sous traitement ARV

Le suivi de l'enfant est en tout point de vue comparable à celui de l'adulte tout en veillant à sa croissance (poids, taille et périmètre crânien).

Une courbe Poids/Taille et du périmètre crânien doit figurer dans le dossier de l'enfant. L'évolution psychomotrice est également un élément important à suivre.

IV.6.2. Suivi biologique des patients sous ARV

Le suivi biologique est essentiel et s'intègre dans le suivi général des patients sous ARV.

Le bilan biologique à l'initiation du traitement comprendra essentiellement la NFS. Les autres examens seront demandés en fonction de la clinique présentée par le patient

Tableau 3 : Liste des investigations généralement utilisées pour le suivi aux cours du TAR

Bilan de base essentiel	A la demande (selon ARV et contexte clinique)	Supplémentaire (selon le contexte clinique)
NFS	Glycémie	Frottis du col cervical
Charge virale	Amylase, lipase	Echographie abdominale
Transaminases	Lipides totaux : Triglycérides, cholestérol (total, HDL et LDL)	Biopsie : peau, ganglion
Urée/créatinine	CD4 RPR/TPHA, Determine syphilis	Génotype viral
Bandelettes urinaires : Protéines, sucre, sang	Test de grossesse	Ag HBs, Ac HBc et Ac VHC
Plaquettes	Rx du thorax	
	Ziehl	
	Encre de chine	

Au cours du suivi, la charge virale (CV) sera demandée selon le tableau ci-après :

Tableau de suivi de la charge virale :

J0	M6	M12	M24	M36
	X	X	X	X

- ✓ Selon le contexte clinique et la classe d'ARV, d'autres examens peuvent également être suggérés. C'est le cas de :

- ✓ Compte de CD4 ;
- ✓ La biochimie : transaminases, créatinine, cholestérol total, triglycérides, HDL cholestérol, glycémie ;
- ✓ Frottis du col cervical.

Tableau 4 : Les examens biologique requis en fonction de la classe d'ARV utilisée

Test de laboratoire	Classe de molécules ARV		
	INTI	INNTI	IP
Examens essentiels pour le suivi			
Hémogramme complet	+		
Urines (sucre, protéines, sédiment)	+		+
Examens en fonction des médicaments utilisés			
Transaminases	+	+	+
Amylase /Lipase (A la demande)	+		
Urée (A la demande) et créatinine	+		+
Lipides / triglycérides (A la demande)			+
Glycémie			+

IV.6.3. L'efficacité thérapeutique

Elle sera évaluée par la charge virale qui est le paramètre le plus efficace de suivi du TAR. Toutefois si la charge virale n'est pas disponible, le prestataire devra recourir au dosage des lymphocytes CD4.

A six mois de traitement la charge virale doit être indétectable. Si elle est détectable (supérieur à 1000 copies/ml), c'est qu'il y a un problème dans l'efficacité des molécules ou dans l'adhérence du malade. Il va falloir procéder à une évaluation du traitement.

IV.6.4. Récapitulatif du suivi clinique et biologique

Tableau 5 : Suivi clinique et biologique (Efficacité et effets indésirables)

	J0	J14	M1	M2	M3	M6	M9	M12	> M12
Clinique*	X	X	X	X	x	X	X	x	Tous les 6 mois
CD4						x		x	Tous les 6 mois si CV non disponible
CV						x		x	Tous les 6 mois
NFS	X					X		x	Tous les 6 mois
Transaminase						X		x	Tous les 12 mois
Créatinine					X			x	Tous les 12 mois
Glycémie					X			x	Tous les 6 mois

	J0	J14	M1	M2	M3	M6	M9	M12	> M12
TG/cholestérol			X					x	Tous les 6 mois

La fréquence des examens de laboratoire et le type d'examens dépendront de l'évaluation clinique pendant la visite, la disponibilité des examens et le besoin de surveillance d'effets indésirables des ARV.

IV.7. Interactions médicamenteuses

Les interactions médicamenteuses sont des modifications qualitative ou quantitative in vivo des effets d'un médicament par un autre médicament (couramment prescrit ou traditionnel), un aliment, une boisson ou des agents chimiques.

Ces interactions peuvent avoir des conséquences défavorables (perte d'efficacité, risque accru d'effets indésirables,) ou être parfois recherchées (augmenter l'effet thérapeutique, antagoniser un effet toxique).

Elles peuvent être pharmacocinétique ou pharmacodynamique. Les principales interactions médicamenteuses seront développées en annexe.

IV.8. Toxicité et pharmacovigilance

On parle de toxicité lorsque le patient ne tolère pas les effets indésirables des ARV et/ou quand survient un dysfonctionnement significatif d'un organe.

La toxicité due aux ARV peut être détectée cliniquement ou par des examens de laboratoire. Les symptômes et signes cliniques peuvent être :

- Bénins et passagers ;
- A la base de la prescription d'un traitement symptomatique (antiémétique) ou d'une surveillance clinique plus fréquente.
- Graves et nécessiter une interruption de TAR ou une substitution de l'ARV incriminé. Dans certains cas, le prestataire peut changer tout le traitement.

IV.8.1. Conduite à tenir en cas de toxicité :

- Evaluer la sévérité de la toxicité;
- Demander tous les médicaments utilisés par le patient pour savoir si la toxicité est bien en rapport avec les ARV ;
- Rechercher une autre cause de l'atteinte que la toxicité (par exemple : une élévation des transaminases peut être due à une hépatite intercurrente) ;
- Agir sur la toxicité en fonction de sa gravité ;
- Adopter l'attitude thérapeutique en fonction du grade :
 - ✓ *Grade 4* (très sévère avec menace vitale) : arrêter immédiatement tous les ARV, donner le traitement médical approprié et ne réintroduire les ARV qu'après récupération complète en utilisant une autre association.
 - ✓ *Grade 3* (réaction sévère) : substituer l'ARV en cause sans arrêter le TAR.

- ✓ *Grade 2* (réaction modérée) : maintenir l'ARV en cause selon l'évolution sous traitement symptomatique ; si le patient ne s'améliore pas sous traitement symptomatique substituer l'ARV en cause.
- ✓ *Grade 1* (très minime) : ne rien changer :
 - Renforcer la surveillance clinique et biologique dans tous les cas ;
 - Soutenir le patient pour qu'il maintienne une bonne adhérence au traitement (la survenue de la toxicité peut le rendre septique vis-à-vis de son traitement qu'il aura tendance à vouloir abandonner).

IV.8.2. Détection des effets indésirables

Les effets indésirables importants dus au traitement doivent être détectés précocement et corrigés.

Tableau 6 : Suivi biologique des effets indésirables sous traitement ARV

Examens	J0	J14	M1	M3	M6 Tous les 6
Hémogramme complet	+		+	+	+
Urines (sucre, protéines)			+		+
Transaminases					A la demande
Créatinine		À la demande si TDF			A la demande
Triglycérides /cholestérol		À la demande si IP			A la demande
Glycémie		À la demande si IP			A la demande

IV.8.3. Syndrome de restauration immunitaire

Le syndrome de restauration immunitaire (SRI) est un ensemble de signes cliniques qui résultent de la capacité d'un organisme à développer une réaction inflammatoire à un pathogène préexistant le plus souvent méconnu et non soigné du fait de la restauration immunitaire liée au TAR.

Ce syndrome survient chez 10 % des patients sous traitement et le plus souvent entre 2 à 12 semaines après l'instauration du TAR.

Aspects cliniques :

- ✓ Soit sous l'aspect d'une IO jusque-là infra clinique et non reconnue ;
- ✓ Soit comme une aggravation soudaine et paradoxale après plusieurs semaines de traitement ;
- ✓ Soit comme une maladie auto immune (hyperthyroïdie : maladie de Graves) dans le contexte d'une amélioration immunitaire sous traitement ARV.

Facteurs favorisants :

- ✓ Début d'un TARV à proximité du diagnostic d'une IO.

- ✓ CD4 en dessous de 50/ mm³ au moment du début d'un TAR.

Pathogènes responsables :

Les infections à mycobactéries (*Mycobacterium tuberculosis* et *Mycobacterium avium complex*) et à cryptocoques représentent 60 % des causes de SRI ; d'autres pathogènes peuvent être en cause comme le CMV, ...

Traitement :

- ✓ Si possible le TAR sera maintenu et l'IO ou le syndrome inflammatoire seront traités ;
- ✓ Si impossible, le TAR sera transitoirement interrompu et le même traitement sera repris dès que possible.
- ✓ Le traitement du SRI comprend :
 - Le traitement du pathogène responsable de sa survenue
 - L'emploi des corticoïdes pour lutter contre la réaction inflammatoire (prednisolone à 0.5 mg / kg / j pendant 5 à 10 jours est conseillé).

IV.8.4. Quand changer le traitement ARV

Le TAR sera modifié en cas de toxicité ou en cas d'échec thérapeutique.

Indications biologiques pour le changement d'ARV pour cause de toxicité :

Tableau 7 : Indicateur biologique pour le changement d'ARV pour cause de toxicité

PARAMETRES	TOXICITE DE GRADE 3
HEMATOLOGIE	
- Hémoglobine	< 7,0 g/dl
- Nombre Absolu des Neutrophiles (NAN)	500 – 749/mm ³
BIOCHIMIE	
- Bilirubine	2.6 – 5.0 x > à la normale
- Créatinine	1.9 – 3.4 x > à la normale
- SGPT	5.1 – 10.0 x > à la normale ou augmentation rapide
- Amylase, lipase	2.1 – 5.0 x > à la normale

Indications cliniques pour modifier le régime d'un traitement de 1^{ère} ligne en cas de toxicité

Tableau 8 : Indication clinique (Recommandations)

Symptômes	Causes	Conduite à tenir	Recommandations
-Anémie grave Hb < 7 g/dl - Acidose lactique	AZT	Proscrire AZT	Alternative : -TDF ou ABC (si Acidose lactique)

Symptômes	Causes	Conduite à tenir	Recommandations
-Diarrhée			-TDF si enfant > 12 ans
Insuffisance rénale grave (Créatinine : > 3 x la normale)	ARV VIH	TAR contre-indiqué	-Evaluer l'admissibilité si amélioration de la fonction rénale - consultation d'un expert
- Insuffisance Hépatique grave (Transaminases : > 5x la normale) - Réactions cutanées	NVP	NVP contre-indiqué	- EFV chez les enfants > 3 ans et > 10 kg - IP chez les enfants < 3 ans et < 10 kg
- Hépatotoxicité - Eruption cutanée associée à l'EFV	EFV	Proscrire EFV	IP (LPV/r)
Neuropsychiatriques	EFV	Proscrire EFV	NVP
Hypersensibilité	ABC	Proscrire ABC	AZT

IV.9. PHARMACORESISTANCE

La pharmacorésistance du VIH est sa capacité à poursuivre sa réplication en présence des ARV après mutation. Il s'ensuit un échec thérapeutique.

La résistance aux ARV est due aux mutations sur les enzymes virales (transcriptase inverse, intégrase, protéase) ou les protéines sur lesquelles agissent les ARV

IV.9.1. Facteurs dont dépendent les mutations

Les mutations dépendent des facteurs tels que les doses insuffisantes ou irrégulières des ARV, les interactions médicamenteuses qui entraînent la baisse des concentrations efficaces des ARV dans le sang. La puissance des médicaments joue également un rôle : les résistances surviennent plus tardivement avec le IP.

La barrière génétique du virus aux ARV c'est-à-dire le nombre de mutations nécessaires pour qu'un virus développe la résistance entre en ligne de compte. Certains ARV ont une barrière génétique faible tels que la névirapine, l'efavirenz ou la lamivudine et d'autres ont une barrière génétique élevée (les IP). D'autres facteurs vont intervenir tels que la vitesse d'acquisition des mutations et l'existence préalable de résistance .

Les mécanismes conduisant aux résistances sont fonction de types d'ARV.

IV.9.2. Variabilité du VIH

Le VIH possède une très grande variabilité. Les facteurs déterminant cette variabilité sont :

- ✓ Erreur commise par la transcriptase inverse lors de la transcription de l'ARN génomique en ADN viral (taux d'erreur estimé à un nucléotide par génome et par cycle de réplication virale sur les 9.600 nucléotides) ;
- ✓ Les recombinaisons entre les génomes viraux ;
- ✓ La dynamique de la réplication virale : chaque jour, plusieurs porteurs de mutations sont formés.

IV.9.3. Tests de résistance

IV.9.3.1. Tests génotypiques

Ils se font par séquençage de l'ARN et mettent en évidence les mutations associées aux ARV. Les tests analysent les mutations des gènes qui codent les protéines cibles des ARV.

IV.9.3.2. Tests phénotypiques

Ils mesurent la sensibilité virale aux ARV par culture. Ils n'ont pas de réel bénéfice clinique.

IV.9.3.3. Utilisation des tests de résistance

Chez les patients infectés mais non traités, il est recommandé d'effectuer un test de résistance lors du diagnostic. Dans la primo-infection, en cas d'échecs thérapeutique, chez l'enfant et la femme enceinte, il est également recommandé de faire le test de résistance.

IV.10. GESTION DE L'ECHEC DU TRAITEMENT

L'échec thérapeutique est une absence de succès thérapeutique étant entendu que le succès thérapeutique correspond :

- Au contrôle de la réplication virale ;
- A la restauration immunitaire ;
- A l'absence de l'évolution de l'infection

IV.10.1. Types

Il y a trois types d'échec de traitement :

- Clinique :
 - ✓ Pour les adultes et les adolescents : survenue des évènements cliniques, nouveaux ou récurrents, indiquant une immunodépression sévère (stade 4 de l'OMS ; tuberculose pulmonaire et infections bactériennes sévères) après 6 mois de TAR effectif (exclure le syndrome de restauration immunitaire) ;
 - ✓ Pour les enfants : survenue évènements cliniques, nouveaux ou récurrents, indiquant une immunodépression sévère (stades 3 et 4)
- Immunologique :

- ✓ Pour les adultes et les adolescents : CD4 $\geq 250/\text{mm}^3$ faisant suite à un échec thérapeutique ou taux de CD4 $< 100/\text{mm}^3$;
- ✓ Pour les enfants : < 5 ans : niveaux persistants de CD4 $< 200/\text{mm}^3$ ou $< 100/\text{mm}^3$ si enfants ≥ 5 ans.
- Virologique : charge virale > 1000 copies/mL, deux fois consécutives, à intervalle de 3 mois, avec appui à l'adhérence, après la charge virale réalisée 6 mois après le début du TAR.

IV.10.2. Facteurs jouant un rôle dans l'échec thérapeutique

Les causes d'échec thérapeutique sont :

- La non-adhérence au traitement (cause la plus commune) ;
- Prescription ne respectant pas la nature des ARV et les posologies ;
- Les interactions médicamenteuses ;
- Des souches virales sont d'emblée résistantes ou transmises lors la primo-infection.

Le clinicien est chargé de l'évaluation clinique et biologique du patient afin de déterminer l'échec d'un régime thérapeutique.

IV.10.3. Conduite à tenir en cas d'échec de traitement

- ✚ Identifier les causes de l'échec thérapeutique après entretien avec le patient ou son entourage en recherchant les interactions médicamenteuses et en retraçant l'histoire thérapeutique. Cela permet de:
 - Obtenir une meilleure adhérence ;
 - Modifier les molécules et d'adapter les posologies ;
- ✚ Eviter de procéder à des substitutions des ARV d'une même classe pour éviter une résistance croisée ;
- ✚ Suivre les directives du programme.
- ✚ Changer tout le traitement ARV en cours

Modalités d'interruption du traitement ARV

Lorsqu'on envisage d'interrompre un traitement ARV, il faut suivre les modalités ci-après :

- ✓ Si 2 INTI + 1 IP : Arrêter la prise de tous les médicaments au même moment
- ✓ Si 2 INTI +1 INNTI : Arrêter l'INNTI 15 jours avant les INTI

Quelques situations où l'on peut envisager d'interrompre le traitement pendant une courte période :

- ✓ En cas d'effets secondaires graves
- ✓ En cas de mauvaise observance malgré des conseils réitérés afin d'éviter le développement d'une toxicité et d'une pharmino-résistance
- ✓ À la demande du patient ou de sa famille, lorsqu'ils décident d'arrêter le traitement après avoir reçu les conseils pertinents. Cependant, le patient devrait continuer à recevoir des soins et à être soutenu

SECTION V. GESTION DE CO-INFECTIONS ET CO-MORBIDITES

V.1. INTRODUCTION

Une série des co-infections et des comorbidités sont fréquentes chez les PVVIH et ont des implications sur la prise en charge, y compris sur le choix des ARV. Elles influencent négativement l'évolution de la maladie à VIH mais sont pour la plupart curables. Ainsi, leur prise en charge précoce sur le plan de la prévention, du diagnostic et du traitement permet de prolonger la vie des PVVIH.

On parle de comorbidité lorsqu'on trouve chez la même personne la présence d'un ou des plusieurs troubles associés à un trouble ou une autre maladie primaire. La Co-infection par contre peut se définir comme la traduction d'une infection simultanée d'une personne par plusieurs agents pathogènes.

V.2. PREVENTION, DEPISTAGE ET PRISE EN CHARGE DES CO-INFECTIONS COMMUNES

V.2.1. PROPHYLAXIE AU COTRIMOXAZOLE

La prise quotidienne du Cotrimoxazole chez les PVVIH réduit le risque de développer certaines infections opportunistes (I.O.) et conséquemment les fréquences d'hospitalisations. Parmi ces I.O, on peut citer :

- Les pneumonies bactériennes, parasitaires et mycosiques
- Les diarrhées dues à *Isospora belli*
- La toxoplasmose cérébrale et les septicémies fréquemment associées au VIH.
- Le Paludisme, et la diarrhée

V.2.1.1. Recommandations sur l'indication de la prophylaxie au Cotrimoxazole

	CRITERES D'INITIATION DE LA PROPHYLAXIE AU CTX	OBSERVATIONS
ADULTE (y compris la femme enceinte)	Toute personne infectée sans tenir compte du taux de CD4 et du stade clinique	Poursuivre la prophylaxie au cotrimoxazole indépendamment du taux de CD4 ou du stade clinique OMS, Il faut éviter : <ul style="list-style-type: none">- la SP chez la femme enceinte sous prophylaxie au CTX
ENFANTS ET	Initier la prophylaxie au CTX	Poursuivre la prophylaxie au co-

	CRITERES D'INITIATION DE LA PROPHYLAXIE AU CTX	OBSERVATIONS
ADOLESCENTS VIH+	indépendamment du stade clinique et du taux de CD4. Priorité : <ul style="list-style-type: none"> - Nourrissons - Enfants < 5 ans - Enfants présentant une forme clinique d'infection par le VIH sévère ou avancé (stades cliniques 3 ou 4 de l'OMS) - Enfants avec un taux de CD4 < 350 cellules/ mm³ 	trimoxazole indépendamment de l'administration d'un TAR.
ENFANTS EXPOSES AU VIH	Initier la prophylaxie au co-trimoxazole indépendamment du stade de la maladie à partir de 4-6 semaines d'âge	Arrêter la prophylaxie après confirmation du statut final de l'enfant VIH-
CO-INFECTION VIH/TB	Initier la prophylaxie au co-trimoxazole indépendamment du taux des CD4	Continuer avec la prophylaxie au cotrimoxazole même après la fin du traitement de la Tuberculose

N.B. :

- ✓ La posologie du cotrimoxazole chez la femme enceinte est celle recommandée pour tout adulte (1 × 2 cés de 480 mg/J ou 1 cé de 960 mg/j).
- ✓ Ne pas donner à la femme enceinte VIH+ sous cotrimoxazole la Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP) comme traitement préventif et intermittent contre le paludisme.

V.2.1.2. Posologie du Cotrimoxazole

Tableau 9 : Posologie générale du cotrimoxazole

Cotrimoxazole pour	Poids	Dosage	Nombre de comprimés
ENFANT	Jusqu'à 10 kg	6 à 8 mg/kg en sirop	ou la moitié d'un comprimé de CTX ordinaire écrasé
	10-25 Kg	480mg	1cès « dose simple » de CTX
	> 25 Kg	480mg	1cès « dose simple » de CXT
ADULTE		480mg	2cès « dose simple » de CTX
		960mg	1cès « dose double » de CXT
Fréquence : Une fois par jour (le matin)			

Tableau 10 : Posologie du cotrimoxazole chez l'enfant (à partir de 6 semaines)

Posologie	Suspension à 200 mg/40 mg par 5 ml	Comprimé de 200mg/40 mg	Comprimé de 400 mg/80 mg
A partir de 6 semaines d'âge et < 6 mois 100 mg/20 mg	2,5 ml (1/2 càc)	1/2 comprimé, mélangé si possible avec le lait	1/4 comprimé, mélangé si possible avec le lait
<u>6 mois –5 ans</u> 200mg/40mg	5 ml (1 càc)	1 comprimé	1/2 comprimé
Fréquence : Une fois par jour			

V.2.1.3. Effets indésirables au cotrimoxazole

Généralement, le Cotrimoxazole est bien toléré. Cependant, quelques effets indésirables mineurs ou majeurs peuvent être observés. En cas d'effets indésirables mineurs, il est recommandé de désensibiliser au cotrimoxazole. Ainsi, parmi les effets majeurs à surveiller se classent les réactions cutanées dont le **Syndrome de Stevens Johnson**.

V.2.2. VACCINATION

De manière générale toutes les PVVIH y compris les enfants exposés doivent être vaccinés en accord avec le calendrier vaccinal du Programme élargi de vaccination (PEV). Exclure tous les vaccins vivants atténués pour les enfants symptomatiques du Sida. Pour la fièvre jaune, il est déconseillé de vacciner les patients en immunodépression profonde (CD4 < 200 cellules/mm³).

V.2.3. CO-INFECTIION VIH/TB

La TB liée au VIH est évitable et guérissable, et ses effets néfastes sur le VIH peuvent donc être limités. De plus le traitement antirétroviral (TAR) prévient la TB et réduit le risque d'apparition d'une TB évolutive. Toutefois, une personne VIH+ peut développer la tuberculose à n'importe quel stade du VIH.

V.2.3.1. Diagnostic de la Tuberculose

➤ Diagnostic clinique de la TB

Les signes cliniques évocateurs d'une Tuberculose :

- Toux, Fièvre (température), Transpirations nocturnes
- Amaigrissement, Anorexie, Asthénie
- Dyspnée, Douleurs thoraciques, Hémoptysies

Les symptômes de la Tuberculose chez les PVVIH peuvent être ceux de la tuberculose classique ou atypiques.

De ce fait, il est important pour les prestataires de:

- ✓ Rechercher activement la TB chez les PVVIH à chaque contact avec les services, même lorsque ces dernières sont sous un traitement préventif à l'isoniazide ou un traitement antirétroviral ;
- ✓ Prévenir la transmission de la TB par la mise en place des mesures de contrôle de l'infection tuberculeuse ;
- ✓ Instaurer la chimio prophylaxie à l'INH pour les patients VIH positifs indemnes de la TB.

V.2. 3.2. Recherche active de la Tuberculose chez les PVVIH

La recherche active de la TB se fait au moyen d'un algorithme élaboré comme check list qui est en annexe.

La recherche de la tuberculose chez le patient VIH est basée : sur l'examen clinique (check list), la microscopie, le Gen Xpert MTB/RIF, la radiographie et la culture. Ainsi

- Si la microscopie est positive, le patient doit commencer immédiatement son traitement antituberculeux :
 - Si le diagnostic du VIH et celui de la TB sont posés au même moment, il est recommandé de décaler de 2 semaines l'initiation du TAR
 - Si le patient est déjà sous TAR, initier le traitement aux anti-tuberculeux
- Si le résultat de la microscopie est négatif, faire le Gen Xpert MTB/RIF; la radiographie, la culture là où c'est disponible et commencer le traitement de la tuberculose en cas de résultat positif.
- En l'absence des signes de la TB active, un traitement préventif à l'INH doit être administré chez la PVVIH selon l'algorithme ci-dessous :

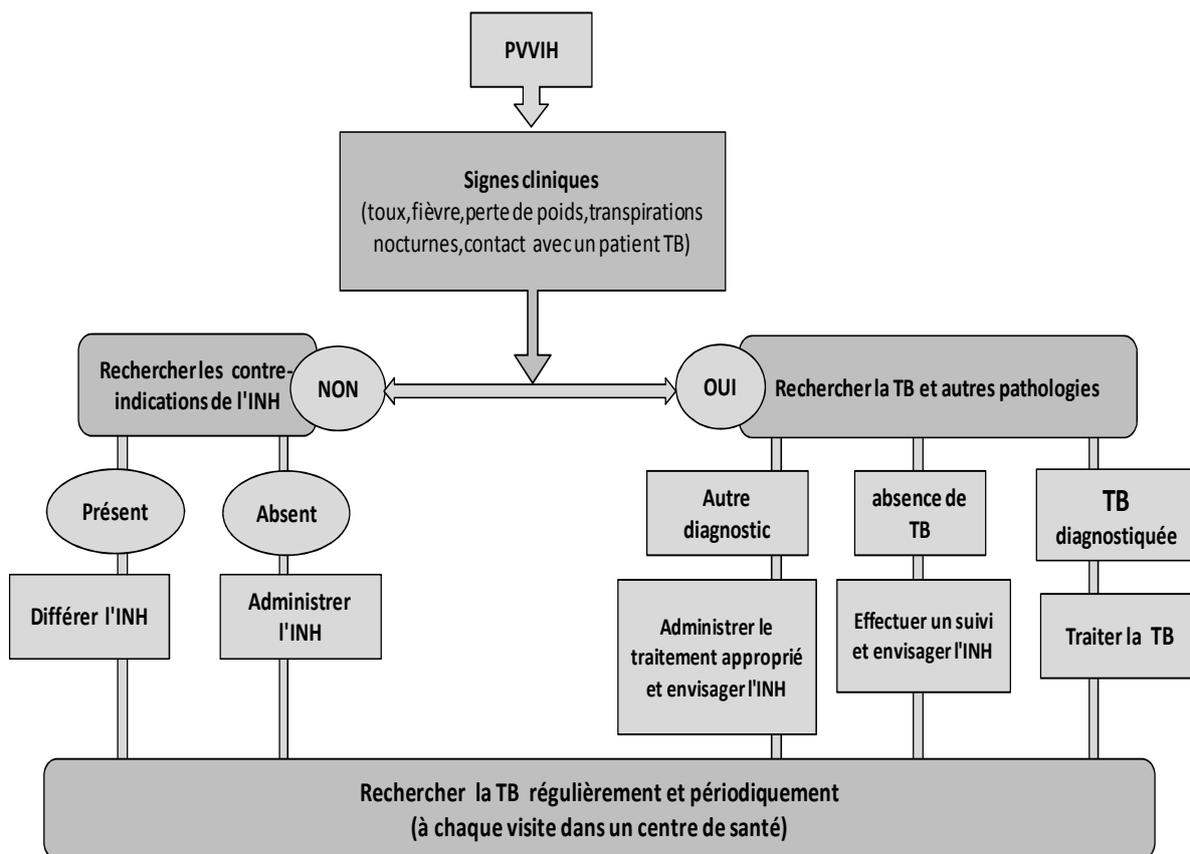


Figure 6 : Algorithme de dépistage de la tuberculose chez les enfants, adultes et les adolescents vivant avec le VIH

V.2.3.3. Traitement préventif à l'INH

Le traitement préventif à l'INH (TPI) est une intervention qui prévient l'évolution d'une tuberculose latente vers une tuberculose active chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH). Ce traitement s'inscrit dans l'ensemble des soins prévus pour les PVVIH.

➤ Particularités du TPI chez l'enfant

- ✓ Les enfants vivant avec le VIH qui prennent du poids normalement et qui ne présentent ni fièvre ni toux, sans contact avec un tuberculeux ont peu de risque d'être atteints de la tuberculose évolutive et doivent donc recevoir un TPI.
- ✓ Les enfants vivant avec le VIH et qui présentent l'un des symptômes suivants : prise de poids insuffisante, fièvre, toux, ou qui ont été en contact avec un tuberculeux, **sont suspects de tuberculose**. Si le dépistage de la TB est négatif, il convient de leur proposer également un TPI quel que soit leur âge.

- ✓ Pour les Nouveau-nés de mère tuberculeuse et enfant de moins de 5 ans vivant sous le même toit qu'un tuberculeux à frottis positif, il faut prescrire une chimio-prévention par l'Isoniazide et réaliser ultérieurement la vaccination par le BCG

➤ **Posologie du TPI**

- ✓ Adultes : 300 mg/jour pendant environ 9 mois ;
- ✓ Enfants : 10 mg/kg/jour pendant 6 mois.

➤ **Contre-Indications du TPI**

Le TPI est contre-indiqué dans les cas suivants :

- ✓ Enfants ou adolescents présentant les signes suggestifs de la TB (prise de poids insuffisante, fièvre, toux, ou contact avec un cas de tuberculose), jusqu'à l'exclusion de cette dernière ;
- ✓ Indépendamment de l'âge, tout patient VIH connu qui sera asymptomatique mais identifié comme TB-MR ;
- ✓ Patients souffrant d'affections chroniques, notamment l'hépatite active ou risque accru d'une hépatite.
- ✓ Le BCG ne doit pas être administré pendant que le nouveau-né/nourrisson est sous TPI, car l'INH va inhiber la multiplication des organismes contenus dans le vaccin. Une surveillance étroite du nouveau-né exposé est recommandée, surtout pendant la première année.

V.2.3.4. Traitement de la Tuberculose

- **Régimes de traitement recommandés pour chaque catégorie de diagnostic chez l'adulte.**

Tableau 11 : Régime de traitement recommandé

Catégorie	Régime de traitement	Diagnostics
Nouveau patient	2RHZE /4RH Schéma initial avec médicaments de 1 ^{ère} intention	TP bactériologiquement confirmés
		TP avec lésions parenchymateuses importantes ou pas, TP cliniquement diagnostiqués
		TEP simple ou sévère (exceptés : TB méningée et ostéo-articulaire) cliniquement diagnostiqués
		TB avec sérologie VIH positif et autres cas d'immunodépression grave concomitante

Catégorie	Régime de traitement	Diagnostics
	2RHZE /10RH Schéma initial avec médicaments de 1 ^{ère} intention	<u>TEP grave</u> : TB méningée, colonne vertébrale et ostéo-articulaire
Patient en retraitement	2SRHZE /RHZE/ 5RHE Schéma de retraitement avec médicaments de 1 ^{ère} intention	Patients en rechute, Patients traités après un échec thérapeutique, Patients traités après avoir été perdus de vue, Cas autres
Patient avec TB pharmacorésistante	Schéma thérapeutique de 2 ^{ème} intention Standardisé ou individualisé schéma long de 20 mois	TB MR (TB-RR)
	Anti TB de 2 ^{ème} ligne Standardisé schéma court de 9 mois	TB MR (TB-RR) sans antécédent de prise de médicaments de 2 ^{ème} intention

Tableau 12 : Choix de régime de TTT anti TB

Catégorie	Régime de traitement	Présentations cliniques
Nouveaux patients	2RHZE/4RH	TP bactériologiquement confirmé
		TP cliniquement diagnostiqué
	2RHZE/10RH	TEP (exception : TB méningée et ostéo-articulaire.).
		TB avec sérologie VIH positive et autres cas d'immunodépression grave concomitante
		<u>TEP grave</u> : TB méningée, colonne vertébrale et ostéo-articulaire(*)
Patients en retraitement	3RHZE/5RHE (**)	Rechute avec Ziehl +, Traitement après interruption avec Ziehl+, Echec du traitement avec Ziehl +.
Patients avec TB pharmacorésistante	Schéma de 2 ^{ème} intention Standardisé ou individualisé	TB-MR / RR

(*) Éventuel traitement orthopédique

(**) Les enfants de moins de 25 Kg ne reçoivent pas la streptomycine.

V.2.3.5. Prévention et contrôle de l'infection

Les structures de santé doivent être sécurisantes aussi bien pour les patients que pour les prestataires de soins. Cela sous-entend :

- 1) Prévenir la contamination du personnel et des autres patients de la tuberculose ;
- 2) Réduire la transmission de la tuberculose par un diagnostic précoce et appliquer un traitement adéquat aux patients et aux personnels de santé exposés ;
- 3) Les PVVIH ont un risque accru d'être contaminé de la tuberculose dans le milieu des soins ne respectant pas le principe de ventilation et de changement d'air (minimum 12 volumes/heure). Les mesures de contrôle de l'infection tuberculeuse doivent être d'application à chaque instant dans tous les services de soins pour les personnes vivant avec le VIH ;
- 4) Offrir le dépistage de la TB et le counseling du VIH aux prestataires ayant des symptômes de la TB.

MESURES GESTIONNAIRES

Les activités gestionnaires au niveau de l'établissement comportent :

- ✓ La désignation par le gestionnaire de l'établissement d'un point focal et d'un Comité de contrôle de l'infection pour la structure des soins dont la composition variera en fonction de la structure sanitaire concernée ;
- ✓ La coordination des activités liées au contrôle de l'infection tuberculeuse par le gestionnaire de l'établissement ;
- ✓ L'élaboration par le Comité d'un plan de mise en œuvre de la lutte contre l'infection tuberculeuse avec un budget ;
- ✓ Les autres activités gestionnaires portent sur :
- ✓ L'évaluation de l'application des mesures de contrôle de l'infection tuberculeuse dans l'établissement ;
- ✓ Le Plaidoyer Communication Mobilisation Sociale (PCMS) pour les patients, le personnel et les visiteurs ;
- ✓ La surveillance de la tuberculose-maladie auprès du personnel de santé dans l'établissement.

MESURES ADMINISTRATIVES

Les mesures administratives du contrôle de l'infection sont :

- ✓ Séparer les heures de réception des tuberculeux et des PVVIH ;
- ✓ Séparer les présumés TB des cas TB confirmés. Et séparer les patients tuberculeux des autres patients infectieux dans la salle d'hospitalisation ;
- ✓ Mettre en place un système pour identifier les présumés TB et minimiser le délai de diagnostic en utilisant les techniques de diagnostic rapide comme le Gene Expert MTB/RIF ;
- ✓ Réduire le temps que le patient doit passer dans les structures de soin (promotion des approches communautaires) ;

- ✓ Surveiller la survenue de la tuberculose chez le personnel soignant ;
- ✓ Éduquer le patient et la communauté pour améliorer leur connaissance sur la tuberculose.

MESURES ENVIRONNEMENTALES

Ces mesures constituent le deuxième moyen de prévention. Elles ne peuvent être efficaces que si les mesures administratives sont efficaces car les mesures environnementales ne peuvent éliminer le risque.

- Il s'agit de la ventilation, la filtration de l'air et l'usage des rayons ultraviolets.

Dans les structures de santé, la ventilation est essentielle pour la prévention de la transmission par voie aérienne des infections nosocomiales. Les ventilations artificielles par le ventilateur sont aussi conseillées. Les plafonniers seront utilisés si l'air peut être évacué à travers les fenêtres.

MESURES DE PROTECTION INDIVIDUELLE

- ✓ On les utilise dans le service à haut risque. Le port de masque N95 est l'une des meilleures protections pour le prestataire ;
- ✓ Lors de l'éducation sanitaire le prestataire des soins préconisera l'hygiène de la toux auprès de tous ces patients en se couvrant la bouche et le nez lors des efforts de toux et d'éternuement avec un mouchoir ou l'avant-bras ;
- ✓ La mère porteuse d'une tuberculose confirmée bactériologiquement devra porter un masque lors de l'allaitement de son enfant

V.2.4. CO-INFECTION VIH/CRYPTOCOCCOSE

La Cryptococcose est une infection fongique grave qui survient chez les patients immunodéprimés, en particulier chez ceux atteints du sida et qui ne sont pas sous TARV. Elle est causée par *Cryptococcus neoformans*, principalement transmise par voie aérienne.

L'atteinte pulmonaire passe habituellement inaperçue. Le tableau clinique est celle d'une méningite (céphalées, manque de concentration, vertiges, lourdeur de la tête, troubles neuropsychiatriques : démarche titubante, crises démentielles, irritabilité, confusion, dépression et vision floue, coma). Les paralysies sont peu fréquentes. On peut rencontrer d'autres localisations (cutanée, hépatique, osseuse, prostatique etc). Le diagnostic de certitude repose sur l'isolement de l'agent causal dans le liquide céphalorachidien après ponction lombaire (pression souvent normale, éléments peu nombreux (20 à 600/mm³), glucorachie basse, protéidorachie élevée, mise en évidence de cryptocoque par la coloration l'encre de chine, la culture de Sabouraud). L'Ag soluble peut être mis en évidence dans le LCR et le sang.

Lorsque le diagnostic est positif, un traitement à base d'antifongique (Amphotéricine B ou Fluconazole associé ou non au flucytosine) sera initié. Le traitement est

subdivisé en traitement d'attaque (induction et consolidation) et le traitement d'entretien. La durée du traitement d'induction est de 15 jours Amphotéricine B + Flucytosine ou Amphotéricine B + Fluconazole ou encore Amphotéricine 5 à 7 jours + forte dose de Fluconazole ; Fluconazole forte dose + Flucytosine). Pour le traitement de consolidation, la durée est de 6 à 8 semaines. Le traitement d'entretien doit être arrêté après la restauration immunitaire sous ARV ($CD4 > 100/mm^3$).

Les doses sont les suivantes :

- Amphotéricine B : 0,7 à 1 mg/j dans 500 cc de glucosé 5 %, à faire couler pendant 4 à 6 heures ;
- Fluconazole : 6 à 12 mg/j en une prise (400-800 mg/j),
- Flucytosine : 4 x 100 mg/j ;
-

Pour des malades ayant un taux de $CD4$ inférieur à 100 cellules/mm³, une prophylaxie au Fluconazole sera préconisée.

V.2.5. CO-INFECTION VIH/HEPATITE

Les Hépatites demeurent des infections fréquemment associées au VIH mais l'hépatite est évitable et guérissable. L'infection à VIH accélère la progression de l'infection à HBV vers la cirrhose, alors que l'HBV semble avoir peu d'influence sur l'infection à VIH ; de même, la fréquence des complications hépatiques est élevée chez les patients co-infectés VIH/VHC.

Pour lutter contre les hépatites virales, **cinq interventions principales** doivent être menées :

1. La vaccination contre l'hépatite B (voir calendrier vaccinal de routine du PEV),
2. La prévention de l'infection périnatale,
3. La sécurité du sang et la sécurité des injections en milieu de soin et en dehors,
4. les mesures de réduction des risques en faveur des utilisateurs des drogues injectables,
5. Le dépistage et le traitement des hépatites virales.

V.2.5.1. La co-infection VIH/VHB

Elle pose des problèmes thérapeutiques compliqués puisque certains ARV utilisés contre le VIH sont aussi actifs contre le VHB et que certains ARV sont toxiques pour le foie. Un traitement inapproprié contre ces deux virus peut conduire à des résistances contre le VIH, le VHB ou les deux.

➤ Indication de mise sous traitement pour le VHB :

- En priorité, traiter tous les malades avec hépatite B chronique et preuves cliniques d'une cirrhose compensée ou décompensée (ou

score d'APRI > 2 chez les adultes), sans tenir compte du taux d'ALAT, du statut Ag HBe et du taux d'ADN VHB ;

- Et ceux connus à risque de complications hépatiques sévères les patients avec Ag HBs positif et ALAT double de la normale qui devront être mis sous traitement contre le VHB.

➤ **ARV actifs sur le VHB:**

Trois ARV: le 3TC, le FTC et le TDF sont actifs à la fois contre le VIH et contre le VHB.

Le 3TC et le FTC agissent de façon similaire et ne doivent pas être associés, Le TDF est actif sur le VHB sauvage et le VHB résistant au 3TC.

➤ **Traitement**

- Chez les patients co-infectés VIH/VHB l'association ci-dessous paraît plus efficace et diminue l'apparition des résistances.

TDF+3TC+EVF

- ✓ En cas de contre-indication à l'EFV, on peut recourir à la NVP avec précaution et en surveillant régulièrement les transaminases chez les patients co-infectés avec une élévation des transaminases de grade 1 à 2. Elle est contre-indiquée chez les patients avec des perturbations des transaminases de grade 3 et 4.
- ✓ En cas d'échec thérapeutique au VIH garder le TDF+3TC en plus des molécules de seconde ligne.

N.B. : Si la femme enceinte est connue AgHBs+, on administrera au Nouveau-né l'immunoglobuline et le vaccin au jour 0, M1 et M6.

➤ **Suivi**

Au moins une fois par an, il est recommandé de faire les examens de suivi:

- ✓ ALAT, ASAT et plaquettes pour APRI, AgHBs, AgHBe, et ADN VHB (Charge virale)
- ✓ Tests non invasifs (APRI ou FibroScan) pour évaluer la fibrose (si pas de cirrhose au départ);

L'observance est à évaluer régulièrement et à chaque visite, en cas de traitement.

La toxicité médicamenteuse est suivie de la manière suivante :

- ✓ Evaluation initiale de la fonction rénale et du risque initial d'insuffisance rénale pour toutes personnes avant traitement ;
- ✓ Evaluation annuelle de la fonction rénale chez les personnes sous ténofovir au long cours ;
- ✓ Surveiller la croissance (Enfants).

➤ **Vaccins Hépatite B**

On recommande la vaccination contre l'hépatite B chez :

- ✓ Tout sujet PVVIH indemne des marqueurs sérologiques B
- ✓ tout malade Co-infectés VIH/VHC
- ✓ Tout nouveau-né de mère AgHBs+

V.2.5.2. La coïnfection VIH/VHC

➤ **Traitement**

- Il est recommandé d'utiliser des schémas thérapeutiques composés d'antiviraux à action directe (AAD) pour traiter les personnes infectées par le VHC plutôt que des schémas thérapeutiques incluant l'interféron pégylé ou la ribavirine.
- Les schémas thérapeutiques contenant du bocéprévir ou du télaprévir ne sont plus recommandés pour traiter les personnes infectées par le virus de l'hépatite C.

Chez les patients non cirrhotiques :

- le traitement de première intention recommandé est **Ledipasvir/Sofosbuvir (1cé/jr)**
- Celui de 2^{ème} intention est **Daclatasvir/sofosbuvir**.

Chez les cirrhotiques :

- le traitement de 1ère intention reste le même : **Ledipasvir/Sofosbuvir**
- Mais en 2ème intention, l'on adjoint **la ribavirine** : **Daclatasvir/sofosbuvir/ribavirine**

- Le schéma suivant est recommandé pour le traitement de l'hépatite à VHC

Tableau 13 : Traitement Hépatite

	Daclatasvir/sofosbuvir	Ledipasvir/Sofosbuvir	Sofosbuvir/ribavirine
Génotype 1	12 semaines	12 semaine*	
Génotype 2			12 semaines
Génotype 3	12 semaines		24 semaines
Génotype 4	12 semaines	12 semaines	
Génotype 5		12 semaines	
Génotype 6		12 semaines	

* Le traitement peut être réduit à 8 semaines si l'ARN VHC de base < 6×10^6 UI/mL. Il convient de noter que le traitement ici préconisé n'est pas efficace vis-à-vis du génotype 7.

V.2.6. CO-INFECTION VIH/PALU

Les PVVIH ont un risque élevé de faire le paludisme sévère et d'en mourir. Les stratégies recommandées par le PNLN devraient aussi être appliquées pour les PVVIH.

La prophylaxie au CTX doit être initiée sans tenir compte du taux de CD4 ou du stade Clinique et ne devra pas être arrêtée.

Il faut éviter :

- ✓ la SP chez la femme enceinte sous prophylaxie au CTX
- ✓ l'amodiaquine ou les associations qui en contiennent si le patient est sous EFV ou AZT.

V.2.7. PRISE EN CHARGE DES IST

La synergie épidémiologique dans le mode de transmission entre IST et VIH est établie et leur coexistence est fréquemment rencontrée. Cependant on peut rencontrer des cas d'infection endogène. Chez les PVVIH, quatre principales IST les plus importantes ont été retenues. Il s'agit de : Infection à *N. gonorrhoeae*, Infection à Herpès simplex virus (HSV), Infection à *Human papillomavirus (HPV)* et Infection à *T. Pallidum*.

➤ INFECTION A *NEISSERIA GONORRHOEAE*

En raison de l'augmentation du risque de gonorrhée incurable et du risque de co-infection avec les autres infections sexuellement transmissibles, notamment *Chlamydia trachomatis* :

- **Chez l'adulte et l'adolescent :**

- ✓ Rechercher les écoulements urétral et vaginal chez les PVVIH à tout contact ;
- ✓ Prélever les échantillons à l'aide d'un écouvillon, faire la culture et l'antibiogramme ;
- ✓ Traiter **avec spectinomycine ou ceftriaxone** ;
- ✓ Ou bien traiter selon l'approche syndromique ;
- ✓ Assurer le suivi des complications.

➤ **INFECTION A HUMAN PAPILLOMAVIRUS**

L'Human Papillomavirus est responsable du cancer du col et augmente la vulnérabilité de la femme à l'infection du VIH.

- **Chez toute femme :**

- ✓ Offrir le dépistage du cancer du col de l'utérus dès la première consultation puis tous les 1 à 2 ans à toute femme testée VIH+ (IVA, IVL et frottis cervical) pour identifier précocement des lésions pré ou cancéreuses.
- ✓ Traiter les femmes présentant les lésions pré ou cancéreuses
- ✓ Proposer le vaccin anti HPV chez la PVVIH.

➤ **INFECTION A HERPES SIMPLEX VIRUS (HSV)**

C'est une infection qui augmente le risque de contamination par le VIH à travers les lésions ulcéreuses. L'association de l'infection à VIH et celle de l'HSV modifie l'histoire naturelle de l'infection VIH. Elle peut se manifester par les signes cliniques atroces et il en résulte fréquemment des cas récurrents, persistants et parfois subcliniques.

- **Chez toute femme :**

- Rechercher activement les lésions ulcéreuses signes de l'atteinte par l'HSV ;
- Traiter à l'**Aciclovir et la Valaciclovir** ;
- Assurer le suivi des complications.

➤ **INFECTION A *TREPONEMA PALLIDUM***

La syphilis qui est une infection causée par le Tréponème pallidum est fréquente chez les PVVIH. Elle se transmet par voie sexuelle mais aussi de la mère à l'enfant et occasionne dans ce cas la syphilis congénitale. Ainsi, il est conseillé de :

- Dépister en suivant l'algorithme (cfr chap IV PTME)
- Traiter ensemble le (s) partenaire(s) à la benzathine en cas d'allergie à la Pénicilline, traiter avec l'érythromycine.
- Assurer le suivi des complications et référer au besoin

V.2.8. LES CANCERS LIES AU VIH

La déplétion du taux de CD4 liée à la destruction du système immunitaire s'accompagne de l'apparition de certains types de cancers dont la prise en charge par les ARV améliore souvent le pronostic. Parmi eux, on note :

➤ **MALADIE DE KAPOSI**

Dans les formes bénignes (lésions isolées) de la maladie de Kaposi, le traitement par ARV seul suffit. Cependant, dans les formes agressives, la chimiothérapie anticancéreuse peut être nécessaire. Le patient doit alors être transféré dans un centre hospitalier du niveau tertiaire..

➤ **LYMPHOMES:**

Il s'agit des lymphomes non Hodgkiniens qui sont souvent observés. Ils doivent aussi être référés vers des centres où cette pathologie peut être prise en charge par une chimiothérapie.

V.2.9. LES AFFECTIONS CUTANÉES ET ORALES

L'infection à VIH augmente la prévalence et la sévérité des affections cutanées et orales, spécialement lorsque le taux de CD4 baisse en dessous de 200 cellules/mm³. Ces affections concernent près de 90% des enfants et adultes PVVIH dans les pays en développement. Il s'agit notamment de la maladie de Kaposi, du prurigo (éruption papulo-prurigineuse), de la folliculite éosinophile, *Molluscom contagiosum*, angiome bacillaire. Devant ces cas, il est recommandé de faire le test VIH. Il faut noter que le TAR est le traitement initial de choix pour soigner ces affections.

V.3. PREVENTION ET PRISE EN CHARGE D'AUTRES CO-MORBIDITES ET SOINS CHRONIQUES CHEZ LES PVVIH

V.3.1. EVALUATION ET PRISE EN CHARGE DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES

Comparées à la population générale, les PVVIH développent plus certaines maladies non transmissibles (MNT), notamment les maladies cardio-vasculaires,

l'hypertension artérielle, le diabète, les maladies pulmonaires chroniques obstructives, les maladies rénales et les cancers, par le fait du virus d'une part et d'autre part des effets indésirables des ARV. D'où la nécessité d'évaluer et de prendre en charge les maladies cardiovasculaires et métaboliques, la dépression, la toxicomanie conformément aux protocoles standards recommandés pour la population générale tout en veillant sur une alimentation saine et équilibrée et la pratique de l'exercice physique.

Le prestataire devra :

- Rechercher la notion d'hypertension artérielle, diabète sucré, tabagisme, prise d'alcool, obésité, AVC, infarctus du myocarde dans la famille et auprès du patient ;
- Le prestataire doit prendre les mesures anthropométriques (taille, poids, périmètre brachial, IMC, tour de taille, tour de hanche), rechercher les œdèmes bilatéraux des membres inférieurs ;
- Donner les premiers soins liés à ces pathologies et référer au besoin.

V.3.2 DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE DE LA DEPRESSION ET LES TROUBLES DE COMPORTEMENTS CHEZ LES PVVIH

La dépression et les troubles dépressifs sont fréquents chez les patients porteurs du VIH et peuvent apparaître à tous les stades de l'infection. D'où la nécessité de diagnostic et traitement précoce. Plusieurs facteurs compliquent le diagnostic et l'évaluation de la dépression chez les patients séropositifs. :

- ✓ Considérer la dépression comme une réponse normale à la séropositivité et au sida.
- ✓ Certains symptômes comme l'insomnie, perte de l'appétit, perte de poids, fatigue, manque d'entrain et des troubles cognitifs peuvent être liés à des facteurs organiques.
- ✓ Certains médicaments peuvent induire la dépression comme la stavudine et cotrimoxazole

Ainsi, il est recommandé d'évaluer plus les dimensions psychologiques de la dépression (tristesse, perte de l'estime de soi, diminution du plaisir dans les activités habituelles, sentiment de désespoir, tendance suicidaire...)

L'évaluation et la prise en charge de la dépression doivent être incluses dans les services de soins élargis pour le VIH pour toutes les personnes vivant avec le VIH. Parmi les manifestations neurologiques :

- ✓ Tenir compte de l'apparition des crises convulsives (épilepsie) qui devra être gérée par les anti comitiaux (Valporate de sodium, Carbamazépine ou phénobarbital)
- ✓ Tenir compte des neuropathies périphériques (polyneuropathies) qui sont aussi à gérer par les médicaments appropriés : Amitryptine, Gabapentine et pregabaline.

- ✓ Ne pas oublier le syndrome cognitif et moteur associé aux VIH caractérisés par des troubles des fonctions cognitives, troubles de comportement et troubles moteurs

Le prestataire devra :

- ✓ Rechercher les signes évocateurs de la dépression ;
- ✓ Assurer l'accompagnement psychosocial ;
- ✓ Donner les premiers soins : les antidépresseurs pendant au moins un mois :
 - Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine notamment le Fluoxetine comprimé de 20 mg à prendre le matin ;
 - Anxiolytiques : clorazépan 5 ou 10mg à prendre le soir ;
 - L'amitryptiline comprimés de 25 mg (anxiolytique et antidépresseurs à raison de 25 mg le soir)
 - La Psychothérapie de soutien et sociothérapie de groupe (insertion communautaire et lutte contre la stigmatisation et la discrimination).

Certains patients peuvent présenter des troubles de comportements d'allure psychotique avec agitation production mentale pathologiques (délires et hallucinations) :

Dans ce tableau on peut utiliser les neuroleptiques incisifs (Haloperidol 5 mg 2x/jour) ou neuroleptiques atypiques (Risperdal 2 mg associé à un correcteur ARTANE Comprimé de 5 mg/jour).

V.3.3. UTILISATION DES DROGUES ET LEURS COMPLICATIONS

Les PVVIH qui utilisent les drogues peuvent connaître une série des complications liées à l'utilisation abusive des drogues incluant notamment : la dépendance, l'intoxication, l'abandon du traitement et le surdosage.

L'injection des drogues est associée à une série des maladies et infections incluant l'hépatite virale, la septicémie, la tuberculose et l'endocardite bactérienne.

Il est recommandé au prestataire :

- De mener un entretien sur les antécédents et l'utilisation actuelle de drogue
- Vérifier le type de drogue utilisé et la voie d'administration
- Pour les UDI, assurer la distribution des seringues et l'accès au paquet de service destiné à cette catégorie.
- Référer en cas de besoin.

V.3.4. SOINS ET SOUTIEN NUTRITIONNEL

Les personnes infectées par le VIH sont exposées à la malnutrition et celle-ci peut aggraver l'altération du système immunitaire provoquée par le virus. Les principales causes de malnutrition sont, en dehors des difficultés financières, le manque d'appétit, la répétition des épisodes de fièvre, les infections (tuberculose par

exemple), les troubles digestifs, les pathologies qui gênent la prise alimentaire (candidoses orales et/ou œsophagiennes par exemple), les difficultés psychologiques.

Il existe des corrélations entre la nutrition, l'évolution du VIH et les infections opportunistes. La malnutrition entraîne une vulnérabilité accrue aux infections en affaiblissant le système immunitaire. De même, le VIH compromet l'état nutritionnel et de ce fait accroît la susceptibilité aux infections opportunistes et comorbidités.

Les PVVIH ont des besoins accrus en nutriments à cause de :

- l'augmentation des dépenses énergétiques au repos (besoins énergétiques pour le métabolisme basal) ;
- diverses activités de défense contre les infections opportunistes ;
- la perte des nutriments à cause de la malabsorption (diarrhées et candidoses).

Besoins énergétiques des PVVIH

Les besoins énergétiques chez les PVVIH varient selon l'âge :

- Adulte séropositif asymptomatique : 10% d'énergie en plus ;
- Adulte séropositif symptomatique : 20% d'énergie en plus ;
- Enfant séropositif :
 - Asymptomatique : 10% d'énergie en plus ;
 - Symptomatique : 20-30% d'énergie en plus ;
 - Malnutrition aiguë : 50-100% d'énergie en plus.

Les PVVIH doivent donc manger davantage pour répondre à cette demande supplémentaire en énergie et en micronutriments. Leurs besoins augmentent au fur et à mesure que l'infection évolue.

Indications Pour l'Appui Alimentaire

- **Assurer la PEC nutritionnelle chez l'adulte en cas de :**
 - IMC $18,5 \text{ kg/m}^2$
 - PVVIH au stade 3 et 4 de l'OMS dont les co-infectés ;
 - PVVIH malade du sida en hospitalisation ;
- **Assurer la PEC nutritionnelle chez l'enfant en cas de :**
 - Indice Poids/taille : inf. à -2 ET ;
 - Périmètre brachial : - 125 mm ;
 - Kwashiorkor : recherche des œdèmes nutritionnels : +, ++, +++ ;
 - Enfant aux stades 3 et 4 de l'OMS/CDC ;
 - Enfant malade du sida en hospitalisation ;

La PEC de ces malades malnutris est bien détaillée dans le protocole y relatif élaboré avec PRONAUT. Elle doit être fondée sur les habitudes alimentaires locales et privilégier au maximum les aliments locaux en général financièrement abordables.

Le prestataire devra :

- ✓ Conseiller une alimentation variée, équilibrée, saine limitant les viandes grasses (bœuf principalement) et privilégiant viandes blanches et surtout poisson quand c'est possible, en quantité suffisante.
- ✓ Répéter régulièrement la règle simple « manger peu sucré, peu gras et peu salé ».
- ✓ S'informer sur la composition des repas afin de vérifier l'équilibre alimentaire et, si nécessaire, adapter l'alimentation en fonction des ressources locales.
- ✓ Conseiller la pratique d'une activité physique régulière ; il a en effet été prouvé que cela améliorerait la santé et diminuait le risque cardiovasculaire ;

- ✓ Conseiller la consommation d'au moins 1,5 litre d'eau chaque jour.
- ✓ Assurer la référence et contre vers des services appropriés de suivi et d'appui en communauté pour renforcer les actions de prévention (programme de sécurité alimentaire, programme appuyant les activités génératrices de revenus, etc,..)

Alimentation de l'enfant né de mère VIH+

(Matière développée dans le chapitre IV PTME)

V.3.5 SOINS GENERAUX CHEZ LES PVVIH

En addition au TAR, il est indispensable d'offrir un paquet général d'interventions aux PVVIH afin de réduire la transmission du VIH (prévention positive), de prévenir les maladies et d'améliorer leur qualité de vie. Ce paquet inclue la prévention de base du VIH, la promotion de la santé des PVVIH, et l'évaluation, la prophylaxie et la prise en charge des co infections et comorbidités liées au VIH.

V.3.6. SOINS PALLIATIFS

Les soins palliatifs constituent des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en milieu des soins ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage. Leur objectif principal est de chercher à préserver la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie grave et potentiellement mortelle.

SECTION VI. OFFRE DES SERVICES

VI.I. PAQUETS D'INTERVENTIONS VIH PAR NIVEAU DES SOINS

Les interventions de LCS sont regroupées en paquet complet prévention, soins et traitement.

Le paquet de prévention, soins et traitement est intégré au niveau communautaire, du CS, de l'HGR, le niveau tertiaire et centre d'excellence dans une approche de décentralisation et délégation des tâches. Cette approche est décrite en détail dans le guide de décentralisation et délégation des tâches.

Par ailleurs, l'offre des services tient également compte des besoins réels de chaque malade. C'est la prise en charge différenciée. Il sera donc pris en compte les types, les sites, le fournisseur et la fréquence des services dans l'offre pour chaque patient

Ci-dessous les interventions par niveau de la pyramide sanitaire :

Les interventions au niveau communautaire :

Les activités communautaire comportent 5 volets pour la prévention : Il s'agit de :

- la prévention ciblée auprès des personnes vulnérables ainsi que la population à risque à travers la Communication dans les milieux à vulnérabilités élevées (prisons, sites commerciaux, sites miniers...),
- la prévention positive
- la prévention de la transmission mère et enfant du VIH et de la syphilis comme approche qui doit inclure les aspects genres afin d'assurer une plus grande adhésion des jeunes, des femmes et leurs conjoints au programme
- la prévention combinée pour laquelle la promotion des services existants, le PReP, le PEP ,la CSC, la promotion de l'utilisation des préservatifs de Prévention générale des IST et du VIH/sida dans les zones où le niveau de connaissance sont encore faibles, le théâtre, les chansons, les films et des causeries éducatives sont à encourager
- Promotion des services de dépistage volontaire en routine, dans la pratique du dépistage mobile et dans l'organisation de campagne tout en renforçant les liens avec les services de prise en charge.

Les interventions du monde communautaire sur les soins, soutien et traitement porteront sur :

- la contribution dans le continuum des soins au profit des PVVIH,
- l'amélioration de l'observance au traitement des patients ;
- la prise en charge psychosociale de qualité et à la promotion des droits des PVVIH par des conseils juridiques afin de lutter contre la discrimination et la stigmatisation
- Les communautaires prestent des Soins communautaires (VAD, PODI, Soins à Domicile ...)

Les interventions au niveau du centre de santé :

Dans le cadre de la prévention

- La prévention combinée
- La prévention et la prise en charge des Infection sexuellement transmissibles et du VIH selon l'approche syndromique
- La Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) à travers le quatre pilier de l'approche globale
- La prophylaxie post-ex positionnelle (AES et VS)
- Le suivi de La prophylaxie pré-expositionnelle
- Le conseil et dépistage du VIH en stratégie fixe, privilégiant l'approche DCIP et la confirmation diagnostic des sujets bénéficiant de l'autotest et le retesting.
- La sécurité transfusionnelle en veillant à ce que Tout le sang soit testé au VIH et que le donneur soit informé de son statut sérologique.
- La prévention positive
- L'application des mesures des précautions universelles comme l'une des composantes essentielles de l'assurance qualité pour garantir la sécurité et l'innocuité des interventions en faveur des PVVIH et des acteurs.

Dans le cadre de la prise en charge :

- Diagnostic précoce des enfants nés de mères séropositives
- Activités minimales de laboratoire : dépistage du VIH selon l'algorithme taux d'hémoglobine ou d'hématocrite, recherche de grossesse, référence pour recherche active de la tuberculose et bilan de suivi ;
- L'initiation de la prophylaxie au CTX, INH
- La prise en charge de comorbidités et coïnfection du niveau B
- La Prise en charge Nutritionnelle et le conseil d'alimentation saine de la PVVIH

- La prise en charge Psycho sociale
- Initiation du traitement aux ARV de première ligne
- Les soins et traitement aux ARV des malades stables
- La référence des PVVIH pour le suivi clinique, immunologique et virologique à l'HGR
- Dans le cadre de la gestion du programme et du soutien à la lutte :
 - La redynamisation du monde communautaire et associatif en veillant sur la conformité de leurs prestations.
 - Le suivi et évaluation
 - La planification et coordination des activités de lutte de l'aire de santé
 - La gestion des médicaments
 - Le laboratoire (Diagnostic VIH, hématologie, biochimie, Dosage CD4, le prélèvement sur DBS)

Les interventions au niveau de l'HGR et CSR

En plus des interventions offertes au CS, l'HGR apporte :

- Les soins et traitement des comorbidités et coinfection du niveau C ou D selon le plateau technique
- L'initiation de la prophylaxie au CTX,INH , l'amphotéricine et fluconazole
- Le diagnostic et le traitement étiologique des IST
- La gestion de cas compliqués référés par le CS (VIH/Cancers, effets secondaires des ARV et autres médicaments de la prise en charge du VIH, échec thérapeutiques...)
- Laboratoire : Biochimie, test diagnostique des IO, contrôle qualité des laboratoires de CS, la mesure de la charge virale.
- La prescription des ARV de deuxième ligne
- La contre référence des malades stables
- La référence des PVVIH avec échec en deuxième ligne
- L'Organisation de l'archivage et l'évaluation régulière des données cliniques, biologiques et thérapeutiques
- le développement des projets de recherche opérationnelle
- La Radiologie et échographie si disponible
- La Supervision des CS
- La documentation des bonnes pratiques

Les interventions au niveau de référence tertiaire

- Au niveau de l'hôpital provincial (HP) et Centre hospitalier universitaire (CHU) :

En plus des interventions du niveau de l'HRG, nous notons :

- Consultations spécialisées : ophtalmologie, pédiatrie, gynécologie obstétrique, médecine interne, neurologie, dermatologie, psychiatrie, gastro-entérologie, etc.
- Examens para cliniques spécialisés (recherche de BK multi-résistance, anatomie pathologique, culture, biologie moléculaire...)
- La mesure de la charge virale et l'Imagerie médicale incluant le scanner ou autres examens spécialisés d'imagerie médicale
- La prise en charge des malades de troisième ligne
- Le typage VIH
- Comptage de CD4
- Les enquêtes de pharmacovigilance et pharmaco résistance
- Le contrôle de qualité
- La recherche opérationnelle et fondamentale
- Supervision des HGR

Centre d'excellence :

Il revient au PNLIS la validation et la labellisation d'une ou plusieurs structures d'excellence sur la base des critères objectifs avec la participation des spécialistes dans différentes disciplines : médecins, pharmaciens, biologistes et des partenaires techniques (OMS, ONUSIDA, UNICEF, PAM, ...)

L'accréditation d'une structure d'excellence est consécutive à l'évaluation régulière qui portent sur l' Offre de soins, Compétences du personnel en matière de prise en charge du VIH et du sida, Capacités diagnostiques du laboratoire, Approvisionnement en médicaments et gestion de la pharmacie, Implication de la communauté, Capacité en gestion de programme spécifique

Une structure d'excellence n'est pas à confondre avec un niveau de référence, ces structures seront fréquemment utilisés dans l'optique d'accompagnement d'autres formations sanitaires pour l'amélioration de la qualité des soins. Cet accompagnement se fera généralement sous forme de tutorat. Elles seront ainsi sollicité pour

- ✓ La formation continue des prestataires des soins venus des diverses ZS
- ✓ La recherche, documentation et publications

- ✓ l'évaluation périodique du programme de mise en œuvre de la politique et des protocoles de prise en charge antirétrovirale

VI.II DECENTRALISATION DES SERVICES ET DELEGATION DE TACHES

La délégation des tâches est une approche qui impose un changement de paradigme des soins en mettant en exergue la PEC d'une maladie chronique nécessitant une approche centrée sur le patient avec l'engagement et le soutien communautaire, l'importance d'une équipe de soins (médecin, infirmiers, et agents sociaux etc...) et surtout la délégation des tâches pour répondre à l'insuffisance en ressources humaines dans la santé et le SIDA. Elle impose donc une décentralisation des tâches et un renforcement des liens entre l'équipe clinique avec la communauté à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Dans ce contexte, le personnel non-spécialiste dans les structures de santé périphériques devient un maillon important et essentiel dans la chaîne des soins pour effectuer un suivi complet des patients en accomplissant des tâches de toutes sortes (conseil et dépistage VIH, préparation au traitement, aide et soutien à l'adhérence pour les traitements ARV et antituberculeux, prise de rendez-vous, identification et recherche des PDV, visites à domicile, soutien nutritionnel...).

La délégation des tâches est une redistribution rationnelle de tâches entre les membres de l'équipe de soins ; des tâches spécifiques initialement dévolues à un cadre supérieur sont confiées à un cadre intermédiaire ou inférieur afin d'assurer une utilisation efficiente des ressources humaines disponibles pour la santé. Il en est de même des tâches spécifiques des agents de santé qui sont confiés aux communautaires. Elle impose donc une décentralisation des tâches et un renforcement des liens entre l'équipe clinique avec la communauté à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

La décentralisation des services : est considérée comme une stratégie d'amélioration pour l'accès aux soins et la rétention des patients dans les services de soins en rapprochant les services près de leurs utilisateurs

Tableau 14 : Tâches à déléguer par les prestataires et par niveau de prestation

Tâches reléguables	Délégataire	Délégué
Initiation du traitement	Médecin	Infirmier
Suivi clinique et biologique	Médecin	Infirmier
Dispensations des ARV	Pharmacien	Infirmier, Assistant social
Diagnostic et suivi des infections opportunistes simples	Médecin	Infirmier

Tâches reléguables	Déléataire	Délégué
Réalisation des tests rapides	Technicien de labo	Infirmier
Prélèvement de DBS pour EID et CV	Technicien de labo	Infirmier
Collecte de don de sang	Technicien de labo	Infirmier
Indication de la transfusion	Médecin	Infirmier
Pose de la transfusion	Médecin	Infirmier

Les détails concernant la délégation des taches et décentralisation sont repris dans un guide spécifique

VI.III. SERVICES AUX POPULATIONS-CLES

Les Populations clés sont des personnes les plus exposées au VIH ou qui le transmettent à cause d'un certain nombre de facteurs comme le nombre élevé de partenaires sexuels occasionnelles, le partage de matériel d'injection de drogues. Ce groupe comprend: les professionnelles du sexe (PS), les hommes ayant les rapports sexuels avec les hommes (HSH) et les usagers des drogues injectables (UDI). Baisser l'incidence des IST et du VIH chez les populations hautement vulnérables permet de réduire l'épidémie du VIH dans la population générale. Pour ce faire les interventions en faveur de ces populations seront organisées au niveau de la communauté et aux niveaux des structures sanitaires

Paquet d'activités dans la communauté

1. Formation des pairs éducateurs
2. Sensibilisation interpersonnelle et en petits groupes
3. Distribution de préservatifs et lubrifiants
4. CDV mobile (nocturne et diurne)
5. Identification des lieux d'hébergement: collectes des informations sur les lieux d'hébergements auprès des populations clés, des gérants d'hôtels ou tenanciers des bars (informateurs clés)
6. Suivi des cohortes non ponctuel: Le suivi doit se faire au moins deux fois par mois dans les lieux d'hébergement (Activités spécifiquement dans les lieux d'hébergement et ponctuellement dans les lieux stratégiques)
7. Préparation du ramassage en vue de transfert vers les structures des soins
8. référence /Aiguillage des KP vers les structures de soins
9. Mise en place des centres conviviaux
10. Collaboration avec les ONG impliquées dans la sensibilisation des populations clés
11. Tracking des absents à leur rendez-vous et référés mais non arrivés dans la structure
12. Suivi des rendez-vous

Ressources / Outils utilisés

1. Cartes reflexes
2. Dépliants
3. Fiche d'identification des sites
4. Boite à image
5. Phallus et préservatifs
6. Zoe
7. Intrants et matériels pour le dépistage

Le Paquet d'activités dans les structures des soins comprend celles menées au niveau de la communauté et dans les structures des soins comme décrit à l'offre des soins.

VI. IV SERVICES COMMUNAUTAIRES

L'offre des services doit impérativement s'asseoir sur une demande des populations. D'où le besoin croissant d'améliorer la communication afin d'établir un lien sur VIH et la dynamique entre acteurs communautaires et formation sanitaire. La communauté joue un rôle essentiel et complémentaire pour soutenir les actions du système de santé.

L'engagement communautaire est défini dans un sens large afin d'inclure la participation, la mobilisation et la responsabilisation, et ne se limite pas aux seules activités qui impliquent les communautés uniquement en tant que destinataires d'informations et des services

Les services communautaires visent les résultats suivants :

- ✓ Augmenter les effectifs grâce aux travailleurs communautaires (agents de santé communautaires, mères mentors, conseillers non professionnels, accoucheuses traditionnelles, etc.) ;
- ✓ Renforcer les liens avec les organisations communautaires et confessionnelles afin de promouvoir et fournir des services de PEC ;
- ✓ Contrôler les programmes de PEC grâce à une participation civique découlant d'une approche fondée sur des droits.
- ✓ Permettre aux communautés de mener des campagnes sociales et de modification des comportements axées sur la prévention, soins, soutien et le traitement ;
- ✓ Fournir un soutien par les pairs grâce à des conseillers personnels et des groupes de soutien ;
- ✓ Encourager les communautés à maximiser leurs actifs et à aborder les obstacles financiers à la prise charge

VI.V : SYSTEME DE REFERENCE ET CONTRE REFERENCE

Le système de référence a été conçu pour servir de complément au principe des soins de santé primaires, qui consiste à traiter les gens à un premier niveau de soins aussi près que possible de leur habitation, avec toute la compétence nécessaire. C'est dans ce contexte que l'offre de soins dans tous les systèmes de santé, s'organise en réseau et de manière pyramidale avec au plus bas de l'échelle, les établissements des soins de santé de base qui fournissent des prestations de premier contact et graduellement, les établissements de recours qui fournissent, quant à eux, des soins complémentaires adéquats

Référence et contre référence des PVVIH

Le patient séropositif, sous traitement antirétroviral ou non, qui requiert des soins dans une autre Structure sanitaire, quel que soit le motif de son transfert (suspicion d'échec, migration ou changement d'adresse), doit remettre au soignant de sa structure d'accueil, une lettre de référence émanant du soignant initial. Dès réception de la lettre de référence, le prestataire est tenu d'en informer le référant de l'arrivée à destination du patient transféré.

La référence/contre-référence d'un patient (PVVIH) s'effectuera à travers les 3 principaux niveaux du système de soins intra ou interdépartemental, mais peut aussi s'étendre du niveau communautaire vers le système de santé.

Toute référence d'une PVVIH d'un niveau à un autre doit se faire au moyen d'une note de transfert. Cette note de transfère devra comprendre au moins les éléments suivants :

- ✓ les informations socio démographiques du patient,
- ✓ date d'enrôlement sous ARV
- ✓ De différents régimes utilisés, les causes des éventuels changements opérés et le régime actuel de traitement si il y en a eu
- ✓ L'histoire d'adhérence du patient au TAR
- ✓ Les pathologies associées

Le système de référence et contre référence des malades VIH ne peut être isolé et reste coordonner dans une approche intégrée dans le système de santé

VI. VI. ADHERENCE ET OBSERVANCE AU TAR

L'adhérence au traitement est primordiale afin d'éviter l'émergence de souches résistantes. L'oubli d'une seule dose par semaine peut déjà diminuer d'un tiers l'efficacité du traitement et favoriser l'émergence de résistances. Cette adhérence se fait par le suivi de l'observance des patients sous ARV

Le soutien à l'observance :

Cette méthode nécessite de mettre en place des consultations d'observance et d'éducation thérapeutique pour soutenir les patients.. Elles pourront être animées par différentes catégories de prestataires (Médecins, infirmiers, sage femmes, gestionnaires des médicaments, psychologues cliniciens, relais communautaires) qui auront reçu une formation particulière pour assurer cette fonction. Ce soutien se fera par l'action combinée de plusieurs interventions :

- ✓ L'éducation thérapeutique du patient avant sa mise sous traitement (celui-ci ne sera débuté qu'après avis favorable des soignants responsables de l'éducation thérapeutique)
- ✓ L'explication détaillée du traitement au moment de la prescription initiale
- ✓ Le complément d'information donné par la consultation d'observance
- ✓ Les explications données par le gestionnaire des médicaments au moment de la délivrance.

Evaluation de l'observance : L'adhérence sera évaluée à chaque consultation avec le prestataire chargé du suivi du patient et par le gestionnaire de la pharmacie lors de la dispensation mensuelle des médicaments. A chaque fois que l'un ou l'autre le jugera nécessaire, on renforcera le counseling d'observance sur ce patient (consultation d'observance).

Il est indispensable que chaque site utilise pour chaque patient au moins deux moyens d'évaluation de l'observance.

Les moyens utilisés sont les suivants :

- ✓ La dispensation du médicament au niveau de la pharmacie
- ✓ Le comptage des comprimés restant à chaque dispensation auprès du patient
- ✓ L'interrogatoire du patient sur une période courte récente : exemple le nombre de prises manquées sur la dernière semaine
- ✓ L'évaluation spontanée par le patient (auto-évaluation)

L'évolution clinique et biologique sera un moyen de confirmer l'appréciation de l'observance.

Facteurs favorisant l'observance :

Pour améliorer l'observance, on devra tenir compte notamment des éléments suivants : intervenir sur les points suivants :

- ✓ Le soutien d'une personne relais choisie par le patient ;
- ✓ Le soutien psychologique : la lassitude ou la dépression pouvant être un facteur de mauvaise observance ;
- ✓ Le soutien social pour mettre en place les conditions favorables à une bonne observance ;

Approvisionnement en ARV des patients stables

Il convient de différencier les modèles de soins répondant aux besoins de chaque patient selon son état (bon, avancé, stable ou instable). Pour les patients stables, il est recommandé des prescriptions des ARV couvrant plusieurs mois (3-6 mois). Ceci réduirait le nombre des visites pour des besoins d'approvisionnements qui ipso facto, dégagerait des ressources (humaines, financières et matérielles) pour un plus grand nombre de patients.

L'approvisionnement en ARV pour les patients stables pourrait se faire au niveau d'une formation sanitaire ou à un point de distribution des ARV au niveau communautaire, tel le cas d'un "PODI"

Tableau 15 : Besoins en soins différenciés des patients sous ARV

Patient en bon état	Patients présentant un état de maladie avancé	Patients stables	Patients non stables
-Initiation du TAR -Soutien à l'adhérence et rétention	-Initiation du TAR -Interventions en vue de réduire la morbidité et la mortalité -Dépistage et prise en charge des infections opportunistes, recherche et traitement de la tuberculose, Prophylaxie au Cotri ou INH	-Soins différenciés au niveau communautaire - Approvisionnement en ARV selon différents modèles	-Soutien accru pour l'adhérence et rétention -Charge virale -Changement de traitement /ligne -Déceler la résistance aux ARVs - Dépistage et prise en charge des infections opportunistes, recherche et traitement de la tuberculose, Prophylaxie au Cotri ou INH

VI.VII. AMELIORATION DE LA QUALITE DES SERVICES

L'amélioration continue de la qualité par l'approche collaborative repose sur la mise en place des équipes d'amélioration de la qualité (EAQ) dans les structures sanitaires afin de contribuer à l'amélioration des soins de santé des personnes vivant avec le VIH. Pour améliorer leur performance, ces équipes sont suivies régulièrement par des coaches externes issus du niveau opérationnel, intermédiaire et/ou central formés au préalable dans l'approche collaborative d'amélioration de la qualité. Le respect de l'offre des soins en fonction des normes nationales et internationales constitue la base de ce suivi.

Ces équipes identifient les écarts (gaps de qualité), analysent les goulots d'étranglement dans leurs processus des soins, formulent des idées de changement qu'elles testent pendant une période pour retenir celles qui conduisent aux résultats probants (à une amélioration), répliquables, efficaces appelés « meilleures pratiques ». Ces EAQS se regroupent périodiquement dans des « sessions d'apprentissage » pour un partage d'expériences.

Les détails concernant l'amélioration de la qualité peuvent être exploités dans le guide spécifique sur la qualité des soins.

VI. VIII. SOINS EN SITUATIONS D'URGENCE

Les situations d'urgence, que leurs causes soient naturelles ou non ont des répercussions importantes sur la santé des populations qui en sont victimes. Dans ces situations, les enfants et les femmes sont particulièrement vulnérables à la malnutrition, aux maladies particulièrement le VIH/SIDA et à la violence.. Des taux exceptionnels de morbidité et mortalité sont ainsi le résultat de causes indirectes générées par les conflits et les catastrophes naturelles, comme la malnutrition et maladies transmissibles.

Dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA, ces situations nécessitent des mesures à prendre pour empêcher la propagation du VIH.

Tableau 16 : Directives concernant les interventions relatives au VIH/SIDA dans les situations d'urgences

Intervention sectorielle	Etat de préparation aux situations d'urgence	Intervention minimale (à réaliser même en cas de situation d'urgence)	Intervention complète (Phase stabilisée)
1. Coordination	<ul style="list-style-type: none"> • Déterminer les structures de coordinations • Inclure le VIH/SIDA dans les plans d'action et le développement humanitaire et former les agents de secours 	<ul style="list-style-type: none"> • Etablir un mécanisme de coordination 	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les capacités humaines • Lier les activités des urgences relatives au VIH aux activités de, développement
2. Suivi et évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Réaliser une analyse de la situation et des capacités • Elaborer des indicateurs et des instruments • Impliquer les institutions locales et les bénéficiaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluer les données préliminaires • Créer et gérer une base de données partagée • Surveiller les activités 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluer les données sur la prévalence, les attitudes et les pratiques ainsi que l'impact du VIH/SIDA

Intervention sectorielle	Etat de préparation aux situations d'urgence	Intervention minimale (à réaliser même en cas de situation d'urgence)	Intervention complète (Phase stabilisée)
Protection	<ul style="list-style-type: none"> • S'assurer que les activités humanitaires minimisent le risque de violence et d'exploitation sexuelle • Former le personnel en matière du VIH/SIDA, SGBV et les droits humains 	<ul style="list-style-type: none"> • Action et prévention contre l'exploitation et la violence sexuelle • Protéger les orphelins et les enfants séparés • Garantir l'accès aux préservatifs et lubrifiants pour les personnes à risque (les hommes en uniformes, le personnel humanitaire,...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Impliquer les autorités pour réduire la discrimination liée au SIDA • Etendre la prévention et l'intervention face à la violence et l'exploitation sexuelles • Renforcer la protection des orphelins, des enfants séparés et les jeunes • Institutionnaliser les formations des hommes en uniformes en matière du VIH/SIDA, de SGBV et de non-discrimination • Mettre en place des services liés au VIH pour les personnes vulnérables
Sécurité alimentaire et nutrition	<ul style="list-style-type: none"> • Former le personnel quant aux besoins spéciaux des populations touchées par le VIH/SIDA dans les programmes communautaires d'éducation à la nutrition • Soutenir la sécurité alimentaire des ménages touchés par le VIH/SIDA 	<ul style="list-style-type: none"> • Planifier les besoins alimentaires et nutritionnels pour les populations avec une forte prévalence de VIH • Promouvoir les soins appropriés et les pratiques alimentaires pour les PVVIH • Soutenir et protéger la sécurité alimentaire des ménages et des communautés touchés par le 	<ul style="list-style-type: none"> • Collaborer avec les programmes de soins pour fournir un soutien nutritionnel • Aider le gouvernement à mener à bien son obligation de respecter le droit humain à l'alimentation

Intervention sectorielle	Etat de préparation aux situations d'urgence	Intervention minimale (à réaliser même en cas de situation d'urgence)	Intervention complète (Phase stabilisée)
		VIH/SIDA	
Santé	<ul style="list-style-type: none"> Planifier des mécanismes pour assurer la qualité Former le personnel en matière de SGBV et le lien avec le VIH/SIDA Déterminer la prévalence de l'usage des drogues injectables Evaluer les pratiques actuelles 'applications des précautions universelles 	<ul style="list-style-type: none"> Garantir l'accès aux soins de santé primaire pour les personnes les plus vulnérables Garantir la sécurité transfusionnelle Approvisionner et assurer la distribution gratuite des préservatifs et lubrifiants Instaurer le traitement des IST selon l'approche syndromique Garantir les soins appropriés pour les populations clés Gestion des conséquences des survivants des VS Précautions universelles 	<ul style="list-style-type: none"> Soins palliatifs et soins à domicile Traitement des IO et coinfection VIH/TB Fournir un traitement ARV Assurer les services de secutrans Réévaluer les intrants et médicaments (Préservatifs, lubrifiants et les anti-IO et ARV) Gestion des IST et IO Recours aux éducateurs parmi les pairs pour conseiller et former en matière de stratégies de réduction des risques Appui psychologique et CDV Prévention de la PTME Renforcer les précautions universelles en matière de soins de sante
Education	<ul style="list-style-type: none"> Former les professeurs en matière du VIH/SIDA, et de violence et d'exploitation sexuelle 	<ul style="list-style-type: none"> 	<ul style="list-style-type: none"> Donner une éducation en matière de VIH/SIDA et SGBV
IEC/CCC	<ul style="list-style-type: none"> Préparer les messages culturellement appropriés dans 	<ul style="list-style-type: none"> Fournir les informations pour la prévention et les soins en 	<ul style="list-style-type: none"> Mise à l'échelle du CCC

Intervention sectorielle	Etat de préparation aux situations d'urgence	Intervention minimale (à réaliser même en cas de situation d'urgence)	Intervention complète (Phase stabilisée)
	les langues locales <ul style="list-style-type: none"> • Impliquer les principaux bénéficiaires • Réaliser les campagnes de sensibilisation 	matière du VIH/SIDA	<ul style="list-style-type: none"> • Surveiller et Evaluer les activités
Le VIH/SIDA sur le lieu de travail	<ul style="list-style-type: none"> • Examiner les politiques du personnel concernant la gestion des personnes touchées par l'VIH/SIDA qui travaillent dans les opérations humanitaires • Entreposer les fournitures PrEP et PEP 	<ul style="list-style-type: none"> • Prévenir la stigmatisation et discrimination auprès du personnel • Fournir les PrEP et PEP au personnel 	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les capacités de groupe de soutien pour les PVVIH et PA • PrEP et PEP régulièrement disponible

VI. IX. ORGANISATION DE SERVICES EN MILIEU CARCERAL ET FERME

Les détenus ou prisonniers viennent de la communauté et la plupart sont censés y retourner après leur incarcération. Les maladies contractées dans les prisons n'y restent pas tout comme celles apportées de la communauté franchissent la porte de la prison. Souvent le prisonnier malade sort de la prison sans que le prestataire ne soit au courant (perdu de vue)

Par rapport au VIH, l'ensemble complet de mesures comporte 15 éléments qui sont essentiels à l'efficacité de la prévention et du traitement de l'infection à VIH dans les structures fermées. Prises séparément, ces mesures contribuent certes chacune à la lutte contre le problème du VIH en milieu carcéral, mais c'est en étant mises en œuvre ensemble qu'elles sont le plus efficaces.

SECTION VII. SUIVI ET EVALUATION

Pour parvenir à une meilleure gestion du programme au niveau périphérique, face à la complexité du système de suivi évaluation dont tous les détails sont développés dans le module de formation, les orientations opérationnelles sont formulées en rapport avec le renforcement des informations stratégiques à travers le processus de gestion et utilisation des données de routine

VII.1.RENFORCEMENT DES INFORMATIONS STRATEGIQUES

Les interventions de prévention, soins et traitement VIH produisent des informations stratégiques dont on a besoin pour prendre des décisions et rendre compte à la population, au pouvoir public et aux bailleurs des fonds. Pour y parvenir un système d'information est mis en place pour collecter, traiter et diffuser.

VII.1.1. Collecte, gestion et utilisation de données

Les données utilisées dans la lutte contre le VIH proviennent de différentes sources notamment des statistiques des établissements de santé que nous appelons données de routine

VII.1.2. Enregistrement des données

Pour offrir une intervention de prévention ou de prise en charge de patient, le prestataire doit tenir à jour les documents ci-après :

Tableau 17 : Outils de collecte des données par niveau

	CCC	DEPISTAGE	IST	PTME	IO/ARV	RAPPORTAGE
	Fiche de sensibilisation	Registre d'accueil (Prétest)				
	Liste de présence	Fiche de conseil dépistage et DCIP				
	Bon d'orientation	Registre Post test				
	Fiche de planification des activités de PEC psychosocial					
	Fiche d'enquête sociale					

	CCC	DEPISTAGE	IST	PTME	IO/ARV	RAPPORTAGE
	Rapport journalier de communication					
CS/HGR	Fiche de sensibilisation	Fiche de conseil dépistage et DCIP	Fiche de consultation	Fiche CPN	Fiche de consultation initial	Canevas Unique
	Liste de présence	Registre DCIP	Registre de consultation	Registre CPN	Registre ARV	DHIS2
				Partogramme	Registre de cohortes	TIER.NET
				Registre des accouchements		
				Fiche CPoN		
				Registre CPoN		
				Registre de suivi couple mère-enfant		
				Registre de suivi des enfants exposés		
				Registre de Planification familiale		

Ces documents devront être remplis directement par le prestataire qui offre un service VIH ou par son assistant, selon l'organisation du service,

le remplissage ne devait pas être post posé. Les formations sanitaires dont la file active de patients sous ARV est de plus 50 devra tenir un registre électronique après formation et mise à disposition d'un kit informatique Ce registre permet l'encodage des patients testés, les patients VIH en attentes de traitement, ceux sous traitement et les patients tuberculeux VIH+ ou non.

VII.1.3. Elaboration du rapport

A la fin du mois, le prestataire compile les données dans un formulaire approprié, canevas PNLs ou SNIS (si DHIS.2 fonctionnel) fourni par le bureau central de la zone de santé. Le dépouillement de ces données peut se faire manuellement ou de manière informatisée selon le que le système de collecte est papier ou informatisé.

VII.1.4. Transmission de rapport

Le formulaire rempli est transmis au bureau central par la direction de la formation sanitaire endéans 5 jours après la fin du mois. Une copie de chaque rapport mensuel transmis au bureau central de zone de santé et une seconde devra être conservée dans un classeur dans la formation sanitaire. Les données des cohortes saisies dans Tier.net sont transmises sous format électronique selon un canal approprié.

VII.1.5. Utilisation des données

Avant la transmission du rapport au BCZ , un nombre limité d'indicateurs pertinents devront être calculés et le tableau de bord mis à jour. Ils peuvent être présentés sous forme de tableau ou de graphique. Ce tableau ou graphique devraient être renouvelé chaque année. Les indicateurs ci-dessous devront faire partie de suivi dans le tableau de bord :

1. Nombre de personnes conseillées, testées et informées de leur résultat (désagréger cette donnée par sexe, par tranche d'âge, et les femmes enceintes)
2. Taux d'acceptation du test (calculer séparément pour les femmes enceintes)
3. Proportion de femmes enceintes VIH+ mises sous ARV pour prévenir la TME
4. Proportion de nouveaux nés exposés au VIH testés à la 6ème semaine
5. Nombre de patients mis sous ARV au cours du mois
6. Nombre total de patients sous ARV
7. Nombre/proportion de patients sous ARV ayant répondu à la visite au cours du mois.
8. Proportion de patients sous ARV dont l'examen de la charge virale a été réalisée à 6 mois
9. Proportion de patients sous ARV dont l'examen de la charge virale a été réalisée à 12 mois

Une analyse de ces indicateurs par rapport aux objectifs fixés par le BCZS devra permettre de relever les domaines de faible performance et d'y remédier pour redresser la courbe.

VII.1.6. Archivage des dossiers et registres

Les dossiers des patients VIH devront être conservés selon un ordre qui permette de les retrouver facilement, notamment selon le numéro du dossier ou la date d'enregistrement. Ceux des patients décédés seront conservés au niveau des archives médicales. Les soins et traitement VIH étant des soins chroniques à vie, le dossier de patient ne pourra être

transmis aux archives qu'après le transfert ou au décès du patient. Les registres seront transmis aux archives si on n'y recourt plus pour prendre en charge les patients. Le classement des registre doit être fait de manière à bien les retrouver et à ce qu'ils ne soient pas altérés par les intempéries. La conservation et l'archivage des documents électroniques, pour les formations sanitaires disposant d'un registre ou d'un dossier électronique seront soumis aux règles édictées et intégrées par ces systèmes.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Nouvelles recommandations de l'OMS, AVRIL 2016
2. Guide TARV adolescents et adultes, PNLS, RDC, 2013
3. Rapport Annuel PNLS/RDC 2015
4. Projet de stratégie mondiale OMS du secteur de la santé sur le VIH, 2011-2015 « 28 Avril 2011 »
5. Guide de formation VIH-AFD à l'usage des professionnels de santé, Décembre 2015
6. Plan National de Développement Sanitaire « PNDS » 2016 -2020, Mars 2016
7. Plan Stratégique National Multisectoriel de Lutte contre le sida 2014 – 2017, RDC
8. ONUSIDA. Le point sur l'épidémiologie mondiale 2014 ONUSIDA
9. Rapport national sur l'épidémie VIH /PNLS ,RDC décembre 2014
10. Lignes directives unifiées relatives à l'utilisation des ARV pour la prévention et le traitement de l'infection à VIH, Novembre 2015
11. Framework for the prevention and control sexually transmitted infections in the SADC region , SADC , Novembre 2015
12. Ministère de la Santé/PNLS, mise à jour des estimations et projections de L'épidémie à VIH/sida, RDC , 2013

ANNEXES

ANNEXES N° 1 LISTE DES EXPERTS AYANT PARTICIPES A L'ATELIER DE REDACTION A KISANTU

N°	NOM ET POST NOM	INSTITUTION
1.	Dr FWAMBA N'KULU Franck	PNLS
2.	Dr ASSANI SALUBEZYA	PNLS
3.	Dr MPANGA FRANCOIS	PNLS
4.	Dr KIAMENGA JACKIE	PNLS
5.	Dr FONDACARO TETO	PNLT
6.	Mme OMARI THERESE	F. Femme Plus
7.	Dr NYEMBO PATRICIA	PNLS
8.	Dr ILUNGA N. BULAYA	PNLS
9.	Dr BALANDA FREDDY	SANRU
10.	Dr KAPEPELA MARIE	UNIKIN
11.	Dr MBULA MARCEL	UNIKIN
12.	Dr MATUMONA YORI	PROVIC
13.	Dr KANYEBA GODE	CAG/PNLS
14.	Dr KANKU DOMINIQUE	CORDAID
15.	Dr MILENGE PASCAL	CORDAID
16.	Dr NSONIZENO JEAN CLAUDE	ICAP
17.	Dr TSHIKANDU TOMI	EGPAF
18.	Dr LOANDO AIME	EGPAF
19.	Dr TCHISSAMBOU TANIA	ICAP
20.	Dr MUWONGA JEREMIE	PNLS
21.	Dr MUHEMEDI SALEH	ESP/CISSIDA
22.	Dr MPOYI ETIENNE	OMS
23.	Dr MANZENGO CASIMIR	OMS
24.	Dr NGANTSUI BENI ROGER	PNLS
25.	Dr VICKY ILUNGA	EGPAF
26.	Dr BANZUA BERTHE	PROVIC
27.	Dr MALELE FAUSTIN	ICAP

**ANNEXES N° 2 : LISTE DES EXPERTS AYANT PARTICIPES A L'ATELIER DE
VALIDATION A KINSHASA**

N°	NOMS ET POST NOMS	INSTITUTION
1.	FWAMBA Franck	PNLS
2.	MBENDI Charles	CUK
3.	BALANDA Freddy	SANRU
4.	MPANGA François	PNLS
5.	YOKA EBENGO Denis	DLM
6.	MANKIANDING BAFI	PNLS
7.	EKOFO Felly	PNLS
8.	NGWASI Pépé	PNMLS
9.	MASHAGIRO Isabelle	PNSR
10.	SUSIN Villenemin	UNICEF
11.	SALUMU Freddy	UNICEF
12.	ONYA Jose	PNLS
13.	ILUNGA Ilo	PNLS
14.	NIOKA GANIOG	PNLS
15.	Patricia NYEMBO	PNLS
16.	MULAJA Rene	D11/SG
17.	MASEKE MATONDO	PNLS
18.	Antoine MASIEME	PEPFAR
19.	MAKUELEBI Voulu	CDC
20.	MAKINDA Ehie	CDC
21.	MAVULA Ange	UCOP+
22.	MANZENGO Casimir	OMS
23.	MTUMONA Yori	Provic+
24.	KISSA Cathy	PASCO
25.	MUKWANGA Gisele	PNLS
26.	MUWONGA Jérémie	PNLS
27.	MINGINA Constantin	PNLS
28.	EDIDI Samuel	PNLS
29.	MAKELA Darius	PNLS
30.	NGOMA Max	CTB/UNION
31.	MABANZA Pablo	FIH360/LINKAGES
32.	MUSSA MAHANUDI	CNPP/UNIKIN
33.	MUKUNA IZIE Coco	ESP
34.	MUPUALA Aimé	CUK/UNIKIN
35.	KABUO Jose	EGPRO
36.	MPUEKELA Marie Agnes	PNLS
37.	YUMA Sylvain	PNTS
38.	NSIENSI François Xavier	USAID
39.	EKILI Florent	PNLS
40.	KAPEPELA Marie	UNIKIN
41.	KIAMENGA Jackie	PNLS
42.	NGANTSUI Roger BENI	PNLS
43.	FONDACARO Teto	PNTS
44.	ANTWISI Delphin	UNFPA
45.	MASHAKO Maria	MSF
46.	KALWANGILA Tony	MSF
47.	ASSANI SALUBEZYA	PNLS

N°	NOMS ET POST NOMS	INSTITUTION
48.	NUMIBI Maryam	PNLS
49.	MALABA MONJANJI	D8
50.	NTANGU Paul	BPC/PNLS
51.	TIM TIM Odon	Pro Apocide
52.	MUKARI Guy	PNLS
53.	KAZADI Charles	CORDAID
54.	NSONZENZI Jean Claude	ICAP
55.	MBOYO Aimé	PNMLS
56.	OMARI Therese	Femmes Plus
57.	MALEMBA Viviane	PRONANUT
58.	NGOY Bauma	CESVI
59.	KITETELE Faustin	HP KLL
60.	KANYINDA Godé	CAGF/PNLS
61.	LUYALU Léon	CIELS
62.	NGOMA NGOMA Bienvenu	GSK
63.	ILUNGA WA ILUNGA	PNLS
64.	KALANZAY Myriam	PNLS
65.	KASSONGO	PEV
66.	KAMANGO NTAMBWE Erick	Fac Med/UNIKIN
67.	TWITE ELIE	ASSIST
68.	EDAMBOLO Cecile	ASSIST
69.	NSENGI NTAMABYAGIRO	CNPP/UNIKIN