

REPUBLIQUE DU BURUNDI



**MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA**



**PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE
CONTRE LE VIH/SIDA ET LES IST**

**DIRECTIVES NATIONALES POUR LA PREVENTION
ET LE TRAITEMENT DU VIH AU BURUNDI**

Octobre 2020

PREFACE

Le Burundi s'est engagé à atteindre les objectifs mondiaux 95-95-95 visant à éliminer la pandémie du VIH/SIDA d'ici 2030. Pour atteindre ces objectifs, il sied de mettre en place des stratégies d'interventions efficaces avec comme principal focus le contrôle de l'épidémie du VIH/SIDA.

Le Contrôle de l'épidémie du VIH revient à mettre en place des programmes de qualité avec des services complets de santé et l'utilisation de médicaments antirétroviraux hautement efficaces.

Ces programmes doivent être articulés sur :

- ✓ La réduction des nouvelles infections à travers la mise en œuvre des interventions de prévention incluant l'initiation sans délais du traitement ARV chez toutes les personnes nouvellement dépistées VIH positif afin de réduire leur potentiel de transmissibilité de l'infection.
- ✓ L'intensification de la notification active des nouveaux cas VIH positif en mettant en œuvre les nouvelles approches de dépistage ciblé à savoir la mise en place des services de notification active et de dépistage des partenaires sexuels des nouveaux cas PVVIH et des PVVIH sous traitement ARV ayant une charge virale détectable sans oublier l'utilisation de l'outil d'évaluation de risque dans les services de dépistage de routine excepté les femmes enceintes vues en CPNI et les patients tuberculeux. Afin d'atteindre toutes les catégories de personnes en besoin de test VIH, il est également proposé un autotest assisté pour les personnes ayant un accès limité aux services de santé.
- ✓ Le renforcement du lien au traitement ARV à tous les nouveaux cas VIH positifs et de préférence, l'initiation du traitement ARV le même jour afin de minimiser les perdus de vue avant l'initiation du traitement.
- ✓ Le renforcement du suivi de l'efficacité du traitement ARV à travers l'amélioration de l'accessibilité et de la demande du dosage de la charge virale.
- ✓ L'introduction des schémas de traitement ARV simples, mieux tolérés, hautement efficaces permettant de maintenir la suppression de la charge virale sur le long terme, ce qui diminuera la morbidité et la mortalité due au VIH et conséquemment l'amélioration de la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH.

Les directives d'utilisation des ARV pour la prévention et le traitement du VIH de 2016 ont été donc révisées pour inclure les approches programmatiques susmentionnées ainsi que l'adoption des directives de l'OMS de Juillet 2019 visant l'élargissement de l'utilisation des combinaisons à base de Dolutégravir pour tous les adultes, adolescents et enfants de plus de 6 ans.

Les avantages du Dolutégravir (**DTG**) sont qu'il présente une barrière génétique élevée à la résistance, des effets secondaires minimes et fournit une suppression virale rapide.

Il est bien toléré par les patients ce qui contribue positivement à l'adhésion et à la rétention sous traitement antirétroviral.

De plus, ce document contient des orientations abrégées, destiné à servir de référence dans l'élaboration des aide-mémoires et procédures opérationnelles standards à l'usage de tous les professionnels de santé sur l'enrôlement des PVVIH aux schémas antirétroviraux contenant le DTG, les orientations sur le passage des schémas existants aux schémas des antirétroviraux contenant du DTG sans oublier les orientations claires pour le bon suivi des personnes vivant avec le VIH et l'organisation des services pour offrir des soins VIH de qualité.

L'application de ces directives augmentera, sans doute, l'accès aux services de traitement antirétroviral, renforcera la capacité du Burundi à contrôler l'épidémie et contribuera à atteindre les objectifs de Développement Durable à l'horizon 2030.

Enfin, je tiens à remercier toutes les parties prenantes internes et externes qui ont activement contribué au développement de ces lignes directrices.

Fait à Bujumbura le...../...../2020

**LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA**

Dr Thaddée NDIKUMANA



TABLE DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX	iv
LISTE DES FIGURES	iv
COMITE TECHNIQUE DE REDACTION	v
LISTE DES ABREVIATIONS	vi
CHAPITRE I: CONTEXTE ET JUSTIFICATION.....	1
CHAPITRE II. DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC DE L'INFECTION A VIH.....	3
II.1. Introduction	3
II.2. Différentes approches de dépistage	3
II.3. Dépistage chez les femmes enceintes	5
II.4. Dépistage précoce des enfants exposés	6
II.5. Dépistage au niveau communautaire	7
II.6. Diagnostic de l'infection à VIH chez l'adulte et l'adolescent	7
CHAPITRE III. UTILISATION DES ANTIRETROVIRAUX POUR LA PREVENTION ET LE TRAITEMENT DU VIH.....	8
III.1. Préparation du malade à débiter le traitement antirétroviral	8
III.2. La Thérapie antirétrovirale	8
III.3. Les protocoles de traitement ARV	9
III.4. UTILISATION DES ARV DANS LA PREVENTION	16
III.5. Surveillance des résistances aux ARV	20
III.6. Surveillance de la toxicité et des effets indésirables aux médicaments ARV	21
CHAPITRE IV : PREVENTION DES INFECTIONS OPPORTUNISTES.....	23
IV.1. La prophylaxie primaire au cotrimoxazole	23
IV.2. La prophylaxie primaire de la tuberculose	24
IV.3. Les autres prophylaxies	25
CHAPITRE V. SUIVI DES PATIENTS SOUS TRAITEMENT ARV.....	26
V.1. Bilan biologique initial	26
V.2. Suivi clinique	26
V.3. Suivi biologique des patients sous TARV	27
V.4. Rétention des patients sous ARV et réengagement aux soins	29
CHAPITRE VI. ECHEC AU TRAITEMENT ARV ET CHANGEMENT POUR UNE AUTRE LIGNE DE TRAITEMENT.....	35
CHAP VII. ORGANISATION DE L'OFFRE DES SOINS ET DES SERVICES DE PRISE EN CHARGE DES PVVIH.....	37
VII.1. Introduction	37
VII.2. Au niveau des sites de prise en charge et FOSA	37

VII.3. Au niveau, des BPS et Districts sanitaires.....	38
VII.3. Au niveau central	39
BIBLIOGRAPHIE	40
ANNEXES.....	41
Annexe 1 : PRESENTATION GALENIQUE ET POSOLOGIE DES MEDICAMENTS EN COMPRIMES DE LA 1ERE, 2EME ET 3EME LIGNE CHEZ L'ADULTE ET ADOLESCENT.	41
Annexe 2 : PRESENTATION GALENIQUE ET POSOLOGIE DES MEDICAMENTS EN COMPRIMES DE LA 1ERE, 2EME ET 3EME LIGNE CHEZ L'ENFANT	42
Annexe 3 : ALGORITHME DE DEPISTAGE DU VIH CHEZ L'ADULTE ET L'ENFANT AGE DE 18 MOIS ET PLUS	43
Annexe 4 : ALGORITHME DE DEPISTAGE DU VIH ET DE LA SYPHILIS CHEZ LES FEMMES ENCEINTEES	44
Annexe 5 : ALGORITHME DE DEPISTAGE DU VIH CHEZ L'ENFANT DE MOINS DE 18 MOIS EXPOSE AU VIH.....	45
Annexe 6 : OUTIL D'EVALUATION DES RISQUES D'INFECTION A VIH CHEZ L'ADULTE	46
Annexe 7 : OUTIL D'EVALUATION DES RISQUES D'INFECTION A VIH CHEZ L'ENFANT	49

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Schéma de première ligne recommandée chez l'adulte, l'adolescent et la femme	9
Tableau 2: Schéma de deuxième ligne recommandée chez l'adulte, l'adolescent et la femme	10
Tableau 3 : schémas de première ligne recommandée chez le nourrisson et l'enfant.....	11
Tableau 4: Schémas de deuxième ligne recommandée chez le nourrisson et l'enfant	11
Tableau 5: Schémas de traitement ARV recommandés chez l'adulte et l'adolescent en cas de coinfection TB/VIH	13
Tableau 6: Schémas de traitement ARV recommandé chez l'enfant et le nourrisson en cas de coinfection tuberculose/VIH.....	14
Tableau 7: Prophylaxie ARV recommandée au nouveau-né d'une mère VIH+	17
Tableau 8: Dose de NVP et d'AZT dans le cadre de la prophylaxie ARV chez le nouveau-né....	17
Tableau 9 : Les toxicités les plus fréquentes des ARV de première ligne et deuxième ligne.....	21
Tableau 10 :Principes de gestion de la toxicité aux ARV.....	22
Tableau 11 : Gestion des interactions médicamenteuses les plus fréquentes avec DTG	22
Tableau 12/ Critères de mise en route et d'arrêt de la prophylaxie au cotrimoxazole	24
Un récapitulatif des tests de laboratoire recommandés avant et après le début du traitement ARV se trouvent dans le Tableau. Tableau 13: Bilan initial et de suivi des patients VIH+	28

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Algorithme de l'initiation du TPI	25
Figure 2 :CAT devant une charge virale augmentée	36

COMITE TECHNIQUE DE REDACTION

Dr Aimé NDAYIZEYE (PNLS/IST)
Dr Saidi KAREMANGINGO (PNLS/IST)
Dr Désiré NDUWIMANA (SEP-CNLS)
Dr Marie Noëlla RURIHOSE (PNLS/IST)
Dr Ezéchiel NTIMPIRANGEZA (PNLS/IST)
Dr Evariste KWIZERA (SEP-CNLS)
Dr Fatim Dia (USAID/PEPFAR)
Dr David NDAYISHIMIYE (PNLS/IST)
Dr Bonaparte NIJIRAZANA (FHI 360)
Dr Félicité NKUNZIMANA (PNLS/IST)
Dr Laurence MUNYANA (OMS)
Ph Salvator SINDAYIGAYA (PNLS/IST)
Ph Bède NAHAYO (CHEMONICS)
Dr Bède MATITUYE (FHI 360)
Dr Alphonse NKUNZIMANA (FHI360)
Mme Charlotte BARANSANANIYE (PNILT)
Dr Jacqueline NDAYISENGA (PNLS/IST)
Dr Emery Gaspard BARUTWANAYO (NOUVELLE ESPERANCE)
Dr Thierry NAHIMANA (CPAMP CHUK)
Dr Dismas MUKOKEREZA (PNUD)
Dr Pélagie NIMBONA (ANSS)
Dr Eddy BACINONI (SWAA)
Mr Julien SAWADOGO (UNFPA)
Mr Michel HAKIZIMANA (PNLS/IST)

CONSULTANT NATIONAL :

Pr Théodore NIYONGABO

LISTE DES ABREVIATIONS

3TC	Lamivudine
ABC	Abacavir
ADN	Acide désoxyribonucléique
AELB	Accident d'exposition au liquide biologique
AFADS	Acceptable, Faisable, Abordable financièrement, Durable et Sûr
ALAT	Alaniine amino transférase
ARN	Acide ribonucléique
ARV	Antirétroviral
ATV	Atazanavir
AZT	Zidovudine
BAAR	Bacille acido alcoolo résistant
CD4	Lymphocyte présentant un récepteur CD4
CDIP	Conseil et Dépistage à l'initiative du Prestataire
CMV	Cytomégalovirus
CNLS	Conseil National de Lutte contre le SIDA
CPAMP	Centre de prise en charge multidisciplinaire
CPN	Consultation pré natale
CTX	Cotrimoxazole
CV	Charge Virale
DIU	Dispositif Intra-Utérin
DRV	Darunavir
DTG	Dolutégravir
EDS	Enquête Démographique de Santé
EFV	Efavirenz
FHI360	Family Health International
FOSA	Formation Sanitaire
FTC	Emtricitabine
Hb	Hémoglobine
HSH (MSM)	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
INH	Isoniazide
INIs	Inhibiteur de l'Intégrase
INNRT	Inhibiteur non nucléosidique de la réverse transcriptase
INRT	Inhibiteur nucléosidique de la réverse transcriptase
IntRT	Inhibiteur nucléotidique de la réverse transcriptase
IP	Inhibiteur de la protéase
IP-r	Inhibiteur de protéase potentialisé par le ritonavir
IRIS	Immune reconstitution inflammatory syndrome
IST	Infection sexuellement transmissible

LDH	Lactate déshydrogénase
LPV	Lopinavir
NFS	Numération formule sanguine
NFV	Nelfinavir
NVP	Névirapine
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non-gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PCR	Amplification génique par réaction de polymérisation en chaîne
PEP	Prophylaxie post exposition
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief
PF	Planning familial
PNILT	Programme National Intégré de Lutte contre la Tuberculose
PNLS/IST	Programme National de Lutte contre le Sida et les IST
PrEP	Prophylaxie pré exposition
PS	Professionnel du Sexe
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
RLT	Raltégravir
RT	Reverse Transcriptase
RTV	Ritonavir
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
TAR	Traitement antirétroviral
TARV	Traitement ARV
TB	Tuberculose
TDF	Ténofovir disoproxil fumarate
TLD	Ténofovir/Lamivudine/Dolutegravir
TME	Transmission mère-enfant du VIH
TS	Travailleur du sexe
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
ZDV	Zidovudine ou AZT

CHAPITRE I: CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Selon les données de l'EDSIII 2016-2017, l'infection à VIH au Burundi se présente sous forme d'épidémie généralisée avec un taux de prévalence de 0,9% au sein de la population générale âgée de 15 à 49 ans avec une séroprévalence de 1,2% chez la femme et de 0,6% chez l'homme dans la même tranche d'âge. Bien que le niveau de prévalence dans la population générale soit faible, des disparités énormes s'observent, notamment une variation de la prévalence du VIH selon les provinces où elle atteint 2,6% dans la Mairie de Bujumbura, 2% à Gitega, 1,9% à Mwaro, 1,2% à Rumonge et 1,1% à Kirundo. Une urbanisation avec 2,5% en milieu urbain contre 0,7% en milieu rural.

Depuis 2016, se référant aux directives de l'OMS 2015, le Burundi a adopté des directives nationales dont les éléments de consolidation étaient notamment :

- L'élargissement des méthodes de dépistage par l'introduction de l'auto test chez certaines catégories de personnes ayant un accès limité aux services de santé ;
- L'affirmation de la nécessité absolue d'un diagnostic du VIH par les tests virologiques avant 18 mois de vie et des tests sérologiques chez l'enfant dès 18 mois et à l'âge adulte. ;
- L'élargissement de la couverture en ARV en traitant toute personne séropositive (treat all) ;
- La reconfirmation d'une 1ère ligne chez l'adulte avec une trithérapie à un comprimé unique utilisable aussi chez la femme enceinte, en cas de tuberculose et de coïnfection VIH/VHB ;
- L'introduction d'une 3ème ligne sans génotypage préalable avec des molécules d'une grande puissance anti rétrovirale et d'une barrière génétique aux résistances élevée ;
- L'introduction d'une 1^{ère} dose de vaccin anti VHB dès la naissance chez les enfants nés de mères coïnfectées VIH/VHB ;
- L'introduction de la PrEP comme un des moyens de prévention qui vient renforcer les autres modes de prévention dans les populations très exposées à la contamination ou dans certaines conditions de forte exposition.

Dans son engagement à poursuivre la vision mondiale de mettre fin à l'épidémie du VIH à l'horizon 2030 entre autres à travers les objectifs de la stratégie 90-90-90, le Burundi à travers le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida a sorti en Novembre 2018 un addendum aux directives nationales de 2016 sur les nouvelles recommandations de dépistage du VIH et de traitement antirétroviral (TAR) relatives à l'introduction graduelle du TLD au Burundi.

La principale innovation en matière de prise en charge est l'introduction des schémas de prise en charge à base de DTG et le retrait progressif des combinaisons à base de névirapine.

Comme indiqué dans l'addendum du 21 novembre 2018 modifiant et complétant les directives nationales d'utilisation des ARV pour la prévention et le traitement du VIH de 2016, le DTG a été

recommandé chez les patients de sexe masculin de plus de 35 kg ou de plus de 15 ans et chez les femmes de plus de 49 ans; ceci du fait des risques d'anomalies de fermeture du tube neural au cours de l'embryogenèse observées au cours de son utilisation dans les premières publications au Botswana .

Cependant, les évaluations faites secondairement sur les populations plus larges semblent indiquer que ce risque serait plus faible par rapport à celui annoncé au début. Ainsi, se basant sur ces dernières données, l'OMS vient de publier les nouvelles orientations de Juillet 2019 suggérant la possibilité de l'élargissement de l'utilisation des combinaisons comprenant le DTG chez les enfants, les adolescents et les adultes y compris les femmes en âge de procréer.

L'actualisation des Directives Nationales 2016 est donc dictée par le souci d'avoir des Directives Nationales consolidées intégrant le contenu des Addendum d'une part et d'autre part, l'adoption des nouvelles orientations de l'OMS de Juillet 2019 en tenant compte du contexte national. Les présentes directives nationales révisées donnent également des orientations opérationnelles sur la rétention des patients sous Traitement ARV ainsi que l'organisation de l'offre de services afin d'améliorer la qualité des soins offerts aux PVVIH.

CHAPITRE II. DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC DE L'INFECTION A VIH

II.1. Introduction

Le dépistage du VIH est la porte d'entrée aux services de prévention, de traitement et de soins de l'infection, ainsi que d'autres services de soutien.

Le dépistage est en effet essentiel pour atteindre l'élimination de l'épidémie à VIH d'ici 2030.

Les principaux objectifs des services de conseil et dépistage du VIH sont :

Identifier les personnes vivant avec le VIH en dispensant des services de qualité pour les individus, les couples et les familles ;

Mettre en relation les personnes et leurs familles avec des services adaptés de soins et de soutien liés au VIH, ainsi que des services de prévention du VIH en fonction de leur statut ;

Favoriser l'intensification des interventions à fort impact pour réduire la transmission du VIH ainsi que la morbidité et la mortalité liées au virus, à savoir le traitement antirétroviral (TAR), la circoncision masculine médicale volontaire (CMMV), la prévention de la transmission mère-enfant (PTME), la prophylaxie préexposition (PrEP) et la prophylaxie post exposition (PPE)

Différents modèles de services de conseil et dépistage du VIH sont disponibles dans le pays pour améliorer l'accès au diagnostic de l'infection à VIH, notamment les services de dépistage dans les établissements de santé et dans les sites autonomes.

En plus du conseil et dépistage à l'initiative du bénéficiaire et celui initié par le prestataire, le pays a adopté l'approche communautaire qui est recommandée par l'OMS dans ses nouvelles directives consolidées

Cette approche permet d'atteindre la population dans son milieu de vie et de travail y compris les populations à risque. Toutes les formes de conseil et de dépistage du VIH doivent être volontaires et comporter les cinq principes préconisés par l'OMS : **consentement éclairé, confidentialité, conseil, résultats corrects des tests et liens avec les services de soins, de traitement et de prévention.**

II.2. Différentes approches de dépistage

Pour améliorer le rendement du VIH dans le cadre du contrôle de l'épidémie du VIH, le Burundi a mis des efforts pour introduire différentes approches de dépistage. Le plan stratégique national 2018-2022 et le plan de rattrapage 2018-2020 ont retenu une combinaison de stratégies complémentaires, des approches innovantes et ciblées :

- ✓ L'introduction de l'autotest pour les personnes n'ayant pas accès aux services de santé ;
- ✓ La notification et le dépistage des partenaires sexuels des nouveaux cas PVVIH et des PVVIH sous ARV ayant une charge virale détectable ;
- ✓ Le dépistage ciblé par l'utilisation d'un outil d'évaluation du risque de contracter ou d'avoir l'infection à VIH chez les patients fréquentant les services de soins.

II.2.1. Autotest

Il s'agit d'un test de screening du VIH qui est fait sur le liquide buccal et qui est réalisé en deux étapes par l'intéressé, auto-prélèvement et auto-analyse des résultats.

En donnant aux personnes l'occasion de se tester facilement et en toute discrétion, l'autotest permet d'augmenter le recours au test VIH chez les personnes qui n'ont pas d'accès aux autres services de dépistage pour diverses raisons. Il s'agit particulièrement :

- ✓ Des personnes à haut risque de contracter l'infection à VIH notamment les populations clés et leurs partenaires sexuels.
- ✓ Toutes les catégories de populations qui ne fréquentent pas les services de conseil-dépistage de routine.

L'autotest ne délivre pas un diagnostic définitif. Il s'agit d'un test initial (A0), comme dans l'approche de « test à des fins de triage ». Il ne remplace pas la nécessité d'effectuer le premier test VIH de l'algorithme national de dépistage du VIH. Tout autotest donnant un résultat réactif (positif) doit être suivi d'un test supplémentaire effectué au niveau de la structure de soins de santé selon l'algorithme national de dépistage en vigueur.

II.2.2. Dépistage indexé

Il s'agit d'un dépistage autour d'une personne vivant avec le VIH, c'est à dire toutes les personnes issues de son réseau familial, social et sexuel. C'est un dépistage à partir d'un cas positif et la notification des partenaires sexuels.

Etapes de mise en œuvre du dépistage à partir d'un cas-index.

- ✓ Présenter la stratégie d'index testing au cas-index durant la session de counseling pré-test ou lors de la visite PTME.
- ✓ Obtenir une liste des partenaires sexuels, de ceux qui ont partagé du matériel d'injection et des enfants biologiques de moins de 15 ans avec un statut VIH inconnu.
- ✓ Identifier tous les partenaires qui pourraient être auteurs de violence
- ✓ Déterminer la méthode préférée de notification de partenaires ou de dépistage des enfants pour chaque personne listée. Les enregistrer sur les formulaires de notification ou ceux relatifs aux enfants.
- ✓ Contacter les enfants de moins de 15 ans et tous les adultes, avec un statut VIH inconnu qui ont été listés en utilisant la méthode choisie.
- ✓ Enregistrer les résultats de la notification et du dépistage sur les formulaires /fiches de dépistage .
- ✓ Fournir les services appropriés aux enfants et aux partenaires testés, basés sur le résultat du dépistage .

II.2.3. Dépistage ciblé

Le dépistage ciblé permet, grâce à l'utilisation d'un outil d'évaluation du (**voir annexes 6 et 7**) sous forme de questionnaire, de repérer les personnes, adultes, adolescents comme enfants, présentant un risque de contracter ou d'avoir une infection à VIH et d'éliminer toutes celles qui présentent des risques quasi-nuls.

Le dépistage ciblé permet ainsi d'avoir un meilleur rendement du dépistage en identifiant plus de cas VIH+ en testant peu de personnes.

Il peut être initié par le prestataire de soins ou dans le cadre d'un dépistage à partir d'un cas index.

Dans le cas du dépistage à l'initiative du prestataire, il pourra être ciblé chez les partenaires sexuels des PVVIH, les membres de famille des PVVIH, les patients tuberculeux, malnutris, chez les populations à risque, etc.

II.3. Dépistage chez les femmes enceintes

Un dépistage du VIH/syphilis lors des consultations prénatales dans le cadre de l'e-TME permet de réduire considérablement les nouvelles infections pédiatriques par le VIH et d'augmenter la prise de TAR par les femmes séropositives.

Les services de dépistage du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes constituent un point d'entrée dans ces mêmes services pour leurs partenaires. Il est donc conseillé de faire le dépistage de tous les partenaires des femmes enceintes.

En raison du risque élevé de TME par le VIH et la syphilis, il est recommandé :

- ✓ De faire le dépistage du VIH/syphilis à la femme enceinte au premier contact dans les services de CPN de préférence au premier trimestre de la grossesse ou au premier contact quel que soit le motif de consultation ;
- ✓ Initier le traitement ARV et/ou de la Syphilis si le résultat est positif ;
- ✓ Chez les couples sérodiscordants ou dans des situations d'exposition continue ou comportement à risque, refaire le dépistage du VIH et de la syphilis si le résultat est négatif tous les trois mois pendant la grossesse et un dépistage du VIH seulement tous les trois mois pendant l'allaitement maternel.
- ✓ Si le couple est séronégatif et si le risque d'exposition continue a été écarté, refaire un dépistage du VIH et de la Syphilis au troisième trimestre de la grossesse et un test de VIH seulement à 6 mois pendant l'allaitement
- ✓ Chez les couples séro- discordants ou dans des situations d'exposition continue ou comportement à risque (population à haut risque) en plus des mesures ci-haut cités, il leur sera proposé une PrEP.

- ✓ Pour toutes les femmes enceintes, il est recommandé de faire le dépistage de l'hépatite B et un vaccin contre l'hépatite B est donné aux nouveaux nés dont les mères ont une hépatite B (Ag HbS+).

N.B Voir algorithme annexe 4

II.4. Dépistage précoce des enfants exposés

En l'absence de traitement, la mortalité chez le nourrisson infecté par le VIH est très élevée -25 à 30 % -au cours de la première année de vie. Il est donc indispensable de réaliser un dépistage précoce du VIH, d'assurer un rendu rapide des résultats et de débiter rapidement un traitement chez les enfants ayant un résultat PCR positif.

Le dépistage pour les nourrissons doit être mis en œuvre en vue d'identifier au plus tôt le plus grand nombre d'enfants infectés.

Chez le nourrisson de moins de 18 mois, seul le test virologique permet de diagnostiquer une infection à VIH. Le test virologique, à l'aide de technologies de dépistage par l'acide nucléique (TAN), peut être effectué sur des échantillons de goutte de sang séché (DBS) et/ou sang total collectés sur sites puis envoyés au laboratoire d'analyse.

Le diagnostic précoce du VIH se fera comme suit :

- ✓ **Chez le nourrisson de moins de 18 mois** dont l'exposition au VIH est connue ou incertaine doit être testé (avec un test virologique) à l'âge de **4 à 6 semaines ou dès que possible si la PCR I n'a pas été réalisé à cette période.**
 - Si la PCR I est négatif, faire une deuxième PCR à **9 mois** et initier un traitement ARV si le résultat est positif.
 - Il est aussi recommandé de faire la PCR à 6 semaines après le sevrage.
- ✓ **Chez un enfant âgé de 18 mois ou plus, chez qui une infection à VIH ou une exposition au VIH est suspectée**, il est recommandé de réaliser un test sérologique conformément à l'algorithme national en place pour le dépistage de l'infection à VIH utilisé chez l'adulte.
- ✓ **Chez un nourrisson qui présente des signes ou des symptômes évocateurs d'une infection à VIH**, il est recommandé de réaliser **un test virologique** si enfant a moins de 18mois et **un test sérologique** si enfant a 18mois et plus.

NB : Si la PCR est positif, prélever un autre échantillon pour un test de confirmation puis initier le TARV en attendant le résultat (**voir algorithme annexe 5**).

II.5. Dépistage au niveau communautaire

En plus des approches du conseil/dépistage du VIH initié par le bénéficiaire et celui initié par le prestataire mises en œuvre actuellement dans les établissements de soins de santé, il est recommandé d'effectuer un conseil/dépistage du VIH à base communautaire afin d'atteindre les personnes vivant avec le VIH au plus tôt de l'évolution de l'infection.

Cette nouvelle approche permet également d'atteindre les personnes qui ne consultent généralement pas les services de santé (les jeunes, les adolescents et autres groupes vulnérables). Les acteurs communautaires œuvrant autour d'une FOSA seront mis à profit dans la mobilisation pour le dépistage et l'établissement des liens entre la communauté et la FOSA pour le suivi des cas VIH positifs.

II.6. Diagnostic de l'infection à VIH chez l'adulte et l'adolescent

Tous les dépistages du VIH doivent être effectués en suivant les instructions du fabricant du test utilisé. Il convient en outre d'établir des procédures opératoires standardisées (POS) et des listes de vérification pour aider les prestataires à minimiser les erreurs de test et de notification, et ainsi améliorer la qualité des résultats.

N.B Voir algorithme annexe 3

CHAPITRE III. UTILISATION DES ANTIRETROVIRAUX POUR LA PREVENTION ET LE TRAITEMENT DU VIH

III.1. Préparation du malade à débiter le traitement antirétroviral

Avant de débiter le TARV, le personnel de santé :

Doit mener une discussion détaillée avec le malade (Counseling) afin de lui expliquer les bénéfices du traitement, la dose, les horaires de prise, les possibles effets secondaires, les interactions médicamenteuses, les avantages de rester sur la première ligne, le suivi sous ARV et une bonne observance pour éviter la survenue des résistances au traitement

En cas de doute, le prestataire peut refaire le test VIH afin de se rassurer du statut de sérologie VIH positif chez le patient.

S'il s'agit d'un enfant, cette discussion doit se faire avec les parents ou avec le tuteur et doit porter aussi sur la révélation de la maladie à l'enfant (Annonce)

III.2. La Thérapie antirétrovirale

III.2.1. Objectifs du traitement antirétroviral

Le but du traitement ARV est de :

- ✓ Rendre la charge virale indétectable le plus longtemps possible,
- ✓ Diminuer le risque de transmission du VIH,
- ✓ Restaurer l'immunité,
- ✓ Restaurer la croissance et le développement normaux chez l'enfant,
- ✓ Augmenter la durée de vie,
- ✓ Améliorer la qualité de vie.

Les principes de traitement sont :

- ✓ Une approche de santé publique qui privilégie la standardisation et la simplification des schémas de traitement. Ainsi, les orientations fournies sont complètes et couvrent l'utilisation des ARV pour différentes tranches d'âge et pour différentes catégories de populations.
- ✓ Un traitement ARV à base d'une trithérapie pour maximiser l'efficacité du traitement
- ✓ Maximiser la durabilité et l'efficacité des traitements ARV de première ligne et proposer des possibilités de 2^{ème} et 3^{ème} ligne chez les patients en échec thérapeutique.

III.2.2. Quand initier le traitement ARV ?

Le traitement ARV est initié le plus tôt possible, et de préférence le même jour, à toute personne ayant été dépistée positive au plus tard dans les 7 jours après le résultat positif

L'administration précoce des ARV apporte des avantages significatifs en termes de prévention de nouvelles infections à VIH en plus d'améliorer la santé et de prolonger la durée de vie des patients. Pour tous les patients VIH+, avant d'introduire les ARV, il faut d'abord :

S'assurer pour chaque molécule qui va être utilisée de l'absence de contre-indications et mesurer le poids pour connaître la posologie à prescrire en particulier chez les nourrissons et les enfants.

III.3. Les protocoles de traitement ARV

III.3.1. Les schémas de traitement chez l'adulte, l'adolescent et la femme

III.3.1.1. Le schéma de traitement ARV de 1^{ère} ligne

Le schéma de première ligne recommandé comprend 2 INRT et 1 INIs (Inhibiteur de l'intégrase). Il s'agit d'un schéma efficace, simplifié, mieux toléré, et disponible sous forme combinée en comprimé unique.

Tableau I : Schéma de première ligne recommandée chez l'adulte, l'adolescent et la femme .

Catégorie de population	Option de 1 ^{ère} ligne recommandée	Alternatives pour la 1 ^{ère} ligne
Adultes, adolescents et femmes en âge de procréer ou femme enceinte	TDF/3TC/DTG	AZT/3TC+DTG

Précautions particulières chez la femme en âge de procréer ou femme enceinte

- ✓ Exclure une grossesse avant de prescrire un schéma contenant DTG et proposer une contraception chez une femme en âge de procréer.
- ✓ En cas de grossesse, prescrire un schéma contenant DTG et compléter la femme en acide folique durant toute la durée de la grossesse.
- ✓ Si une grossesse survient chez une femme sous schéma contenant DTG, continuer le même schéma et compléter la femme en acide folique.

III.3.1.2. Le schéma de traitement ARV de 2^{ème} ligne

Le traitement de 2^{ème} ligne est proposé **en cas d'échec thérapeutique de la 1^{ère} ligne de traitement** (cfr. Chap. sur l'échec thérapeutique). Il doit comprendre au minimum trois ARV dont un provient d'une nouvelle classe de traitement non encore utilisée pour le patient.

Tableau 2: Schéma de deuxième ligne recommandée chez l'adulte, l'adolescent et la femme

Catégorie de population	Patient en échec sous 1 ^{ère} ligne	Option de 2 ^{ème} ligne recommandée	Alternatives pour la 2 ^{ème} ligne
Adultes, adolescents et femmes	TDF/3TC/DTG	AZT/3TC + ATV/r	AZT/3TC+LPV/r
			ABC/3TC + ATV/r
	TDF/3TC(OU FTC)/EFV	AZT/3TC+DTG	ABC/3TC + LPV/r
			AZT/3TC+ATV/r
	AZT/3TC+EFV	TDF/3TC/DTG	ABC/3TC+DTG
			TDF/3TC(OU FTC) +ATV/r
		ABC/3TC + LPV/r	

III.3.1.3. Le schéma de traitement ARV de 3^{ème} ligne

Tout changement pour une troisième ligne **doit être décidé par un comité d'experts (Cliniciens, pharmaciens et PNLS/IST)** en cas d'échec confirmé de la 2^{ème} ligne de traitement.

Cette question de 3^{ème} ligne se pose actuellement avec les malades qui sont déjà en 2^{ème} ligne associant 2 INRT + 1 IP/r, en pratique ABC/3TC + ATZ/r. Pour ces patients, le choix des médicaments composant la 3^{ème} ligne comprendrait un anti intégrase et un IP/r nouvelle génération. En pratique le dolutégravir et le darunavir/ritonavir seraient respectivement l'anti intégrase et l'anti protéase de choix associé à INRT ou à l'étravirine: DRV/r + DTG + INRT (3TC).

Quant aux patients qui vont commencer la 1^{ère} ligne avec du DTG, l'objectif étant déjà d'avoir un traitement robuste qui n'expose pas facilement aux résistances et partant retarde l'apparition d'un échec thérapeutique, envisager une 3^{ème} ligne maintenant serait très prématuré.

Cependant, une association DRV/r + ETV + INRT (3TC) pourrait être une possibilité.

Ce schéma de 3^{ème} ligne proposé ne concerne que les patients qui n'ont pas eu le DTG en 1^{ère} ligne.

Le schéma recommandé est le suivant : DRV/r + 3TC + DTG, alternative DRV/r + ETV + DTG

III.3.2. Les schémas de traitement ARV chez les nourrissons et l'enfant

III.3.2.1. Le schéma de traitement ARV de 1^{ère} ligne.

Tout nourrisson et enfant diagnostiqué VIH positif (par PCR avant 18 mois ou par sérologie dès 18 mois de vie) doit être mis immédiatement sous ARV. Compte tenu de l'immaturité métabolique, de la tolérance, de la facilité de prise et de la disponibilité des formulations pédiatriques, les molécules du traitement ARV chez l'enfant sont choisies sur base de considérations d'âge, de poids et de l'existence des coïnfections et autres comorbidités.

Tableau 3 : schémas de première ligne recommandée chez le nourrisson et l'enfant

Tranche d'âge	Option de 1 ^{ère} ligne recommandée	Alternative pour la 1 ^{ère} ligne
Moins de 3ans	ABC/3TC+LPV/r ABC/3TC/LPV/r	ou ABC/3TC+RAL
3ans -6ans	ABC/3TC+LPV/r ABC/3TC/LPV/r	ou ABC/3TC+EFV
6ans -10 ans	ABC/3TC+DTG	AZT/3TC+DTG
Plus de 10 ans	Cfr schéma adulte	Cfr schéma adulte

N.B : Chez l'enfant de la tranche d'âge de 6ans - 10 ans, le dolutégravir (DTG) est donné à partir de 20kg. Si l'enfant a moins de 20kg, il va rester sous ABC/3TC+LPV/r ou ABC/3TC+EFV

III.3.2.2. Le schéma de traitement ARV de 2^{ème} ligne.

Comme chez l'adulte, le traitement de 2^{ème} ligne est proposé à l'enfant **en cas d'échec thérapeutique de la 1^{ère} ligne de traitement.**

Tableau 4: Schémas de deuxième ligne recommandée chez le nourrisson et l'enfant

Tranche d'âge	Echec sous 1 ^{ère} ligne	Option recommandée pour la 2 ^{ème} ligne
Moins de 3ans	ABC/3TC+LPV/r ABC/3TC/LPV/r ABC/3TC+RAL	ou AZT/3TC+RAL AZT/3TC+LPV/r
3ans -6ans	ABC/3TC+LPV/r ABC/3TC/LPV/r ABC/3TC+EFV	ou AZT/3TC+RAL AZT/3TC+LPV/r

Tranche d'âge	Echec sous 1 ^{ère} ligne	Option recommandée pour la 2 ^{ème} ligne
6ans -10 ans	ABC/3TC+DTG AZT/3TC+DTG	AZT/3TC+LPV/r ABC+3TC+LP/r
Plus de 10 ans	Cfr schéma adulte	Cfr schéma adulte

N B. A noter cependant qu'un échec thérapeutique chez l'enfant surtout de moins de 3 ans ne devrait pas se voir compte tenu des délais courts de traitement. Il s'agit le plus souvent de question de dose ou d'observance.

III.3.3. Les schémas de traitement ARV dans les situations particulières

III.3.3.1. Cas de coinfection VIH/Tuberculose

Le traitement de la TB doit être initié en premier, suivi au plus vite par le TAR et cela dans les 2 à 4 semaines de traitement de la tuberculose.

La tuberculose (TB) est une infection opportuniste fréquente dans les pays en développement. Elle est une porte d'entrée fréquente dans la prise en charge des PVVIH.

Le schéma de première intention recommandé chez les patients adultes qui n'ont pas encore démarré le traitement ARV est : **TDF/3TC/DTG**.

Etant donné l'effet antagoniste de la Rifampicine sur le DTG, la dose journalière du DTG doit être doublée La prise de la dose additionnelle de DTG est à espacer de 12 heures avec le schémas TDF/3TC/DTG durant toute la période de traitement de la tuberculose.).

Pour les PVVIH qui développent une TB étant déjà sous TAR, le schéma ARV doit être adapté comme le montre le tableau ci-dessous :

Tableau 5: Schémas de traitement ARV recommandés chez l'adulte et l'adolescent en cas de coïnfection TB/VIH

1 ^{ère} ligne ou seconde ligne de traitement ARV	Traitement ARV au moment de la survenue de la TB	Les options
1 ^{ère} ligne	TDF/3TC/DTG	Continuer le même traitement en doublant la dose de DTG durant la période du traitement anti-TB. La prise de la dose additionnelle de DTG est à espacer de 12 heures avec le schémas TDF/3TC/DTG.
	AZT/3TC+ DTG	Continuer le même traitement en doublant la dose de DTG durant la période du traitement anti-TB. La prise de la dose additionnelle de DTG est à espacée de 12 heures avec le schémas AZT/3TC+DTG
2 ^e ligne	AZT/3TC+ ATV/r	AZT/3TC+ LPV/r (remplacer l'ATV/r par du LPV/r et doubler la dose de LPV/r durant la période de prise de traitement anti-TB
	AZT/3TC+DTG	Continuer le même traitement en doublant la dose de DTG durant la période du traitement anti-B. La prise de la dose additionnelle de DTG est à espacée de 12 heures avec le schémas AZT/3TC+DTG
	TDF/3TC/DTG	Continuer le même traitement en doublant la dose de DTG durant la période du traitement anti-B. La prise de la dose additionnelle de DTG est à espacée de 12 heures avec le schémas TDF/3TC/DTG

Tableau 6: Schémas de traitement ARV recommandé chez l'enfant et le nourrisson en cas de coïnfection tuberculose/VIH

Traitement antituberculeux	Age		Recommandations de traitement ARV
Enfant déjà sous traitement antituberculeux qui débute le TARV	Moins de 3 ans		ABC/3TC+LPV/r ou ABC/3TC/LPV/r (doubler la dose de LPV/r durant le traitement anti-B) ABC/3TC+RAL (doubler la dose de RAL durant le traitement anti-B)
	3 ans à 6 ans		ABC/3TC+LPV/r ou ABC/3TC/LPV/r (doubler la dose de LPV/r durant le traitement anti-B) ABC/3TC+EFV (continuer même le schéma)
	6 ans à 10 ans		ABC/3TC+DTG (doubler la dose de DTG durant le traitement anti-TB si plus de 25Kg) AZT/3TC+DTG (doubler la dose de DTG durant le traitement anti-TB si plus de 25Kg)
	Plus de 10 ans		Cfr schéma adulte
Enfant qui débute le traitement anti Tuberculeux en étant déjà sous TARV	Tranche d'âge	Schéma ARV en cours	Schéma recommandé
	Moins de 3 ans	ABC/3TC+LPV/r ou ABC/3TC/LPV/r	Continuer le même schéma et doubler la dose de LPV/r durant la période de traitement anti-TB
		ABC/3TC+RAL	Continuer le même schéma et doubler la dose de RAL durant la période de traitement anti-TB
	3 ans à 6 ans	ABC/3TC+LPV/r ou ABC/3TC/LPV/r	Continuer le même schéma et doubler la dose de LPV/r durant la période de traitement anti-TB
		ABC/3TC+EFV	Continuer le même schéma
	6 ans à 10 ans	ABC/3TC+DTG	Continuer le même schéma contenant et doubler la dose de DTG durant la période de traitement anti-TB si poids plus de 25Kg
		AZT/3TC+DTG	Continuer le même schéma contenant et doubler la dose de DTG durant la période de traitement anti-TB si poids plus de 25Kg
	Plus de 10 ans	Cfr schéma adulte	Cfr schéma adulte

III.3.3.2. Cas de coinfection VIH/Hépatite B

La recommandation de traitement ARV chez l'adulte et l'adolescent en cas de coinfection VIH/VHB est une trithérapie associant **TDF/3TC/DTG**.

En cas d'échec sous première ligne, un patient coinfecté VIH/VHB devra recevoir un schéma contenant toujours TDF et 3TC :

- ✓ **TDF+AZT/3TC+DTG**
- ✓ **TDF+AZT/3TC+ATV/r**
- ✓ **TDF+ABC/3TC+DTG**

N.B Si la combinaison de substitution à la première ligne ne renferme pas TDF, le patient coinfecté VIH/VHB continuera à prendre le TDF en plus des molécules ARV prescrites en deuxième ou troisième ligne.

Le nouveau-né d'une mère infectée VIH/VHB doit recevoir un vaccin contre l'hépatite B à la naissance.

III.3.3.3 Comorbidité diabète/VIH

Chez une PVVIH souffrant de diabète qui est sous metformine, il faut éviter un schéma ARV contenant le DTG. L'autre possibilité est de garder le DTG et de diminuer les doses de metformine. En effet le DTG joue un rôle potentialisateur sur la metformine (risque d'hypoglycémie induite par la prise concomitante de DTG et de Metformine).

III.3.3.4 Contraception chez les femmes VIH+ sous TAR

Il existe plusieurs options contraceptives, notamment des préservatifs, des contraceptifs oraux, des implants, des injectables et des dispositifs contraceptifs intra-utérins (DIU).

Chez les femmes en âge de procréer sous TAR, les méthodes doubles sont recommandées et consistent en une méthode hormonale ou DIU pour prévenir la grossesse et une méthode barrière (préservatifs masculins / féminins) pour prévenir la transmission des IST et du VIH.

Il est cependant démontré que la transmission du VIH par une personne sous ARV avec une charge virale indétectable est très faible, presque nulle.

Le choix de la méthode contraceptive doit respecter les droits humains et permettre aux clients de faire des choix éclairés après avoir reçu des informations complètes et scientifiquement précises.

III.4. UTILISATION DES ARV DANS LA PREVENTION

III.4.1. Les ARV dans la prévention de la transmission du VIH de la mère à son enfant

❖ Mesure de la charge virale chez la femme enceinte/allaitante séropositive au VIH pour la gestion de l'enfant exposé :

L'intérêt de la surveillance par la mesure de la charge virale chez toute femme enceinte séropositive au VIH est de s'assurer de la suppression virale pour minimiser le risque de transmission du virus de la mère à l'enfant.

Pour la femme infectée par le VIH déjà sous TARV, il est recommandé de réaliser une charge virale dès la première consultation prénatale si la dernière charge virale date de plus de 3 mois.

Pour la femme enceinte nouvellement dépistée séropositive au VIH, il faut réaliser une première charge virale 3 mois après initiation du TARV.

La réalisation de la charge virale au dernier trimestre de la grossesse est nécessaire chez toute femme enceinte séropositive au VIH sous TARV sauf si la charge virale précédente date de moins de trois mois. Dans ce cas, il faut tenir compte du résultat de cette charge virale pour la gestion de l'enfant exposé.

❖ Prophylaxie ARV au nouveau-né d'une mère VIH+

A la fois pour éviter la transmission du VIH de la mère à l'enfant mais également pour le bénéfice propre de la mère, lorsqu'une femme séropositive est enceinte ou allaite, le traitement ARV doit être débuté le plus tôt possible, dès que sa séropositivité est connue et il est poursuivi à vie. Pour minimiser le risque de transmission du VIH à l'enfant, en plus du traitement de la mère, une prophylaxie ARV chez le nouveau-né doit être instaurée dès la naissance.

Tableau 7: Prophylaxie ARV recommandée au nouveau-né d'une mère VIH+

Personnes	Mère	Nouveau-né
Nouveau -né	Peu importe la date de début de la PTME chez la mère (ARV)	Bithérapie pendant 12 semaines : NVP une prise /j AZT deux prises/j pendant 12 semaines

Le tableau ci-dessous montre la dose de NVP et d'AZT en fonction de l'âge et du poids de naissance.

Tableau 8: Dose de NVP et d'AZT dans le cadre de la prophylaxie ARV chez le nouveau-né.

AGE	Dose NVP	Dose AZT
Naissance à 6 semaines de vie		
PN entre 2000g-2500g	10mg/j (1ml/j)	10mgx2 /j (1mlx2/j)
PN>2500g	15 mg/j (1,5ml/j)	15mgx2/j (1,5mlx2 /j)
6 semaines à 12 semaines		
	20mg/j (2ml/j) ou 1/2cp de 50mg/j	60mgx2/j (6mlx2 /j) ou 1 cp de 60mgx2 /j

Chez tout nourrisson dont l'exposition au VIH n'est pas connue ou est incertaine lorsqu'il est vu dans un établissement de santé au moment de la naissance ou peu après lors de la première visite postnatale (habituellement à l'âge de 4 à 6 semaines), il est fortement recommandé de confirmer le statut par rapport à l'exposition au VIH :

Si la mère est disponible, lui proposer un test VIH,

Si la mère est introuvable, faire un test sérologique : si le résultat est positif, l'enfant a été exposé, il faut appliquer le protocole de PTME. Si le test est négatif, l'enfant n'a pas été exposé.

❖ **Les aspects complémentaires de la PTME**

En complément au traitement ARV chez la femme enceinte ou allaitante, il y a d'autres considérations qui doivent être abordées pour mieux assoir les interventions complètes de la PTME.

❖ **Situation des couples séro- différents**

Dans un couple sérodiscordant , afin de réduire la transmission du VIH au partenaire qui n'est pas infecté, un TAR doit être proposé aux deux partenaires :

Une thérapie antirétrovirale chez la personne séropositive au VIH.

Une prophylaxie pré exposition (PrEP) à base de TDF/3TC chez la personne non infectée jusqu'à la négativité de la charge virale. Avec le nouveau schéma a base du DTG, l'indétectabilité est obtenue rapidement, parfois même après un mois de traitement. Dans ce cas de couple séro différent, la charge virale chez la personne infectée est proposée après les premiers 3 mois de traitement.

❖ **L'accouchement propre**

La voie basse est préférée si la charge virale faite au troisième trimestre de grossesse est indétectable, mais il est nécessaire de le faire proprement :

- Désinfecter le vagin
- Raccourcir le délai entre la rupture des membranes et l'accouchement
- Limiter les gestes invasifs : éviter l'épisiotomie et les extractions instrumentales, ne pas traire le cordon, aspiration douce de l'enfant
- Nettoyer les sécrétions à l'aide d'une compresse stérile
- Nettoyer les yeux du nouveau-né avec du sérum physiologique avant d'instiller le collyre antibiotique.

❖ **Recommandations relatives à l'alimentation des nourrissons**

On sait qu'en l'absence d'intervention, la transmission du VIH par l'allaitement maternel survient dans 5 à 20% des cas. Il est actuellement démontré que :

L'allaitement au sein exclusif présente un risque de transmission du VIH inférieur à l'allaitement mixte au cours des 6 premiers mois de vie. La présence d'un traitement ARV efficace pendant toute la durée de l'allaitement (allaitement maternel protégé) permet de réduire de façon très importante le risque de transmission du VIH au nourrisson.

L'allaitement artificiel augmente le risque de mortalité du nourrisson dans les pays en développement.

Par conséquent, il est recommandé à toutes les mères séropositives d'allaiter l'enfant exclusivement au sein durant les six premiers mois de la vie et quand le nourrisson a six mois de poursuivre **l'allaitement au sein**, accompagné d'aliments de complément **et** cesser complètement l'allaitement au sein, à partir de 12 mois ou dès qu'il est possible de nourrir l'enfant de manière nutritionnellement appropriée et sûre sans lait maternel.

La mère doit continuer à prendre son traitement ARV à vie.

Un suivi régulier de la mère et de son enfant est donc recommandé.

Concernant la mère séropositive pour laquelle il n'est pas possible de pratiquer l'allaitement maternel protégé, on peut proposer l'allaitement artificiel. Néanmoins, il est nécessaire que celui-ci soit Acceptable, Faisable, Abordable financièrement, Durable et Sûr (critères AFADS).

III.4.2. Prévention basée sur les ARV

Le traitement ARV permet de stopper l'évolution de l'infection à VIH vers le SIDA-maladie. De plus, c'est un moyen efficace pour empêcher la transmission du virus dans la mesure où les personnes sous ARV avec une charge virale indétectable ne transmettent presque pas le VIH.

❖ Le traitement précoce d'une personne séropositive comme moyen de prévention

La probabilité de transmission du VIH est directement corrélée au nombre de copies du virus en circulation dans le corps de la personne séropositive, autrement dit à sa charge virale. Plus la charge virale est faible (peu de copie du virus), moins la personne est contaminante.

❖ Prophylaxie préexposition (PrEP)

Le risque de transmission du VIH est très élevé parmi certaines catégories de populations notamment les couples sérodiscordants et les populations clés. Il est recommandé de leur procurer des antirétroviraux en prophylaxie pré exposition s'ils sont dépistés VIH négatifs.

Dans un couple sérodiscordant désirant avoir une grossesse, le partenaire séronégatif doit aussi bénéficier de cette prophylaxie si la charge virale du partenaire est encore détectable.

La PrEP vient renforcer (et non remplacer) les autres moyens de prévention combinée qui associent le préservatif, le dépistage répété, le diagnostic rapide après la contamination, l'effet préventif du traitement des personnes séropositives, etc. Ces moyens combinés devraient permettre de réduire les risques de transmission du VIH dans les différents groupes de la population. La PrEP consiste à prendre une bithérapie associant TDF/3TC(ou FTC).

Les modalités de prise seront détaillées dans le document de mise en œuvre

III.4.3. Prophylaxie Post-Exposition

❖ Cas d'accident d'exposition aux liquides biologiques

Un accident d'exposition aux liquides biologiques (AELB) est défini comme un contact avec du sang ou un autre liquide biologique contaminé, lors d'une effraction cutanée (piqûre ou coupure), ou par un contact suite à une projection sur une plaie, une peau lésée ou une muqueuse. Il expose à un risque de transmission virale (VIH, VHB, VHC...).

Devant un accident d'exposition au VIH, la personne exposée doit consulter immédiatement et une prise en charge appropriée doit être entreprise.

La PPE étant une urgence, elle doit être débutée le plus tôt possible au mieux dans les premières minutes et dans tous les cas avant 48H. La durée de la prophylaxie est de quatre semaines ;

Schéma recommandé dans le cadre de la PPE est :

- ✓ **TDF/3TC /DTG à partir de 10 ans**
- ✓ **ABC/ 3TC +DTG entre 6ans et 10 ans**
- ✓ **ABC/3TC+LPV/r pour les enfants de moins de 6ans**

❖ Cas d'exposition sexuelle

La personne exposée doit se rendre le plus tôt possible vers une structure de soins. La prophylaxie post exposition par les ARV sera prescrite dans les mêmes conditions qu'en cas d'exposition aux liquides biologiques, c'est-à-dire le plus vite possible. Le schéma recommandé et la durée de prise est identique à celui de la post exposition aux liquides biologiques.

Lorsqu'il s'agit de cas de VSBG :

Tenter de retrouver le partenaire ou l'agresseur ;

Prendre des dispositions médico-légales nécessaires.

En plus de la sérologie VIH, un Test de grossesse, le dépistage et la prise en charge des autres IST doivent être faits.

Pour la prophylaxie ARV, se référer à la prophylaxie post exposition.

III.5. Surveillance des résistances aux ARV

La résistance est un phénomène par lequel un virus échappe à l'action de certains médicaments alors que ceux-ci devraient limiter sa multiplication.

Pour éviter l'apparition des résistances, la charge virale doit être maintenue à un seuil d'indélectabilité (C.V inférieure à 1000 copies /ml). Pour cela il faut suivre le traitement ARV tel que prescrit et cela demande une motivation et une organisation, de et de bien respecter les consignes de prise des traitements.

La résistance au traitement ARV est suspectée par la charge virale toujours détectable après deux mesures consécutives associées ou pas à l'apparition de nouvelles infections malgré le renforcement de l'observance et du suivi des PVVIH. Dans ce cas, changer la ligne de traitement et continuer de renforcer l'observance.

III.6. Surveillance de la toxicité et des effets indésirables aux médicaments ARV

Les inquiétudes face aux toxicités et effets indésirables des ARV sont parmi les raisons les plus fréquemment données pour le non-respect de l'observance du TAR, l'arrêt du TAR ou la substitution d'ARV. Il est recommandé d'utiliser une approche normalisée pour intégrer la surveillance de la toxicité et des effets indésirables dans le système de suivi et d'évaluation.

Diverses interventions doivent être menées :

- ✓ Collecter les informations en rapport avec la toxicité et les effets indésirables dus aux ARV dans les dossiers des patients.
- ✓ Remplir une fiche de notification et rapporter régulièrement des effets indésirables des médicaments.
- ✓ Collecter des indicateurs d'alerte précoce (IAP)

Tableau 9 : Les toxicités les plus fréquentes des ARV de première ligne et deuxième ligne

Type de toxicité	Molécule incriminée	Molécule de substitution
Médicaments de 1^{ère} ligne		
Toxicité rénale : atteinte tubulaire rénale	TDF	AZT
Toxicité médullaire (anémie, neutropénie)	AZT	TDF
Toxicité mitochondriale : Acidose lactique, toxicité hépatique, lipodystrophie, myopathies	AZT	TDF
Médicaments de 2^{ème} ligne		
Réaction d'hypersensibilité	ABC	AZT ou TDF
Toxicité rénale	TDF	ABC
Anomalies métaboliques : hyperlipidémie, accumulation de graisses, insulino résistance, diabète et ostéogénie	LPV/r	ATZ/r

La décision de modifier le traitement dépend de l'imputabilité de la toxicité à un produit donné et de la sévérité des signes de toxicité.

Tableau 10 :Principes de gestion de la toxicité aux ARV

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Déterminer l'importance de la toxicité (grade) ✓ Inventorier les traitements concomitants et évaluer si la toxicité est liée à un ARV ou un autre traitement (exemple : le cotrimoxazole) ou à une autre cause ✓ Considérer les autres maladies possibles car tout événement survenant en cours de traitement n'est pas forcément lié aux ARV ✓ Évaluer l'imputabilité en fonction des signes cliniques ou biologiques, des autres hypothèses et de la chronologie des événements ✓ Gérer les effets secondaires en fonction de leur gravité : <ul style="list-style-type: none"> • Grade 4 (sévère mettant en jeu le pronostic vital) : arrêt immédiat de tous les ARV, traiter les effets secondaires (symptomatiquement ou de façon spécifique) et réintroduire les ARV modifiés en fonction de la molécule en cause dans la toxicité quand le patient sera stabilisé • Grade 3 (réaction sévère) : substituer l'ARV en cause sans arrêter les autres ARV • Grade 2 (réaction modérée) : continuer les ARV aussi longtemps que possible. Si le patient ne répond pas au traitement symptomatique, envisager une substitution de la molécule en cause en continuant le traitement ARV. • Grade 1 (réaction mineure) : pas de changement de traitement ✓ S'assurer de l'adhésion au traitement en cas de réaction mineure ou modérée ✓ Si le traitement ARV est arrêté pour une toxicité majeure, tous les ARV doivent être arrêtés jusqu'à la stabilisation du patient. <p>NB : 1. Il reste conseillé de surveiller et renseigner les effets secondaires graves dans le but de collaborer pour une meilleure gestion. 2. Le respect des protocoles nationaux reste de rigueur</p>

Tableau 11 : Gestion des interactions médicamenteuses les plus fréquentes avec DTG

Médicament clé	Précautions à prendre
Amodiaquine	Utiliser un autre médicament antipaludique
Carbamazepine	Doubler la dose de DTG ou utiliser un autre anticonvulsivant
Phénytoïne ou Phénobarbital	Utiliser un autre anti convulsant
Metformine	Limiter la dose de Metformine à 1000mg par jour et contrôler la glycémie en cas de combinaison à base de DTG ou l'éviter
Rifampicine	Doubler la dose de DTG ou l'éviter
Produits contenant Al, Mg, Ca, Zn (anti acides, multivitaminés et suppléments)	Les prendre 2h avant DTG ou 6heures après DTG

CHAPITRE IV : PREVENTION DES INFECTIONS OPPORTUNISTES

La prévention des IO par la chimio prophylaxie est une stratégie qui vise à utiliser des médicaments chez les PVVIH pour réduire l'apparition des infections opportunistes (prophylaxie primaire) ou la réapparition d'une infection antérieurement traitée et contrôlée (prophylaxie secondaire).

IV.1. La prophylaxie primaire au cotrimoxazole

Le cotrimoxazole (CTX) est la prophylaxie primaire la plus rentable, accessible et qui prévient plusieurs infections opportunistes : la Toxoplasmose, la Pneumocystose et l'Isosporose.

Le Cotrimoxazole a aussi démontré son efficacité sur la prévention de certaines diarrhées parasitaires, du paludisme, des pneumopathies bactériennes (pneumocoque).

Les critères d'initiation de la prophylaxie au CTX sont les suivantes :

Chez le nouveau-né exposé

Commencer la prophylaxie à partir de 6 semaines de vie et la maintenir jusqu'à ce que tout risque de transmission ait cessé et qu'une infection à VIH soit complètement écartée au plus tard à 18 mois.

Chez les enfants et adultes y compris les femmes enceintes.

Commencer la prophylaxie au cotrimoxazole dès la confirmation de l'infection VIH, à l'exception des femmes enceintes sous Traitement Prophylactique Intermittent du paludisme pendant la Grossesse (TPIg) à base de sulfadoxine/Pyriméthamine (Fansidar) ou en cas des effets indésirables au Cotrimoxazole. Le Burundi étant un Pays à forte prévalence du paludisme, il est recommandé de ne pas arrêter le cotrimoxazole prophylactique chez les PVVIH

Le tableau 12 montre les critères de mise en route de la prophylaxie au cotrimoxazole et les modalités d'arrêt.

Tableau 12/ Critères de mise en route et d'arrêt de la prophylaxie au cotrimoxazole

Âge	Critères pour la mise en route	Critères pour l'arrêt
Nourrissons exposés au VIH		
A partir de 6 semaines de vie	Tous les nourrissons exposés au VIH	Jusqu'à l'arrêt du risque de transmission du VIH ou l'exclusion d'une infection VIH au plus tard à 18 mois de vie
Personnes infectées		
Enfants et adultes	Dès la confirmation de l'infection à VIH sauf s'il y a des effets indésirables à ce traitement.	A vie sauf s'il y a apparition des effets indésirables
Femmes enceintes	Dès la confirmation de l'infection à VIH sauf si la femme enceinte est sous sulfadoxine/Pyriméthamine(TPIg). Dans ces conditions, le cotrimoxazole est institué après accouchement.	A vie sauf s'il y a apparition des effets indésirables

IV.2. La prophylaxie primaire de la tuberculose

La prophylaxie primaire de la tuberculose par RPT/INH (Rifapentine et INH) pendant 1 mois (à démarrer en 2021) réduit le risque d'évolution vers la tuberculose maladie chez les PVVIH. En effet, le risque de tuberculose maladie chez les PVVIH est de 10 à 30%. Cette prophylaxie consiste à donner de Rifapentine et INH) par jour tous les jours pendant 1 mois chez les enfants et chez les adultes. Il doit être donné à tous les PVVIH, adultes et enfants même sous ARV depuis longtemps.

La prophylaxie de la Rifapentine et INH) chez les PVVIH, adultes et enfants, est donnée après avoir éliminé une tuberculose évolutive. Un seul screening négatif suffit pour démarrer la prophylaxie. La couverture de cette prophylaxie est de 5 ans. Idéalement, il faudrait la répéter tous les 5 ans.

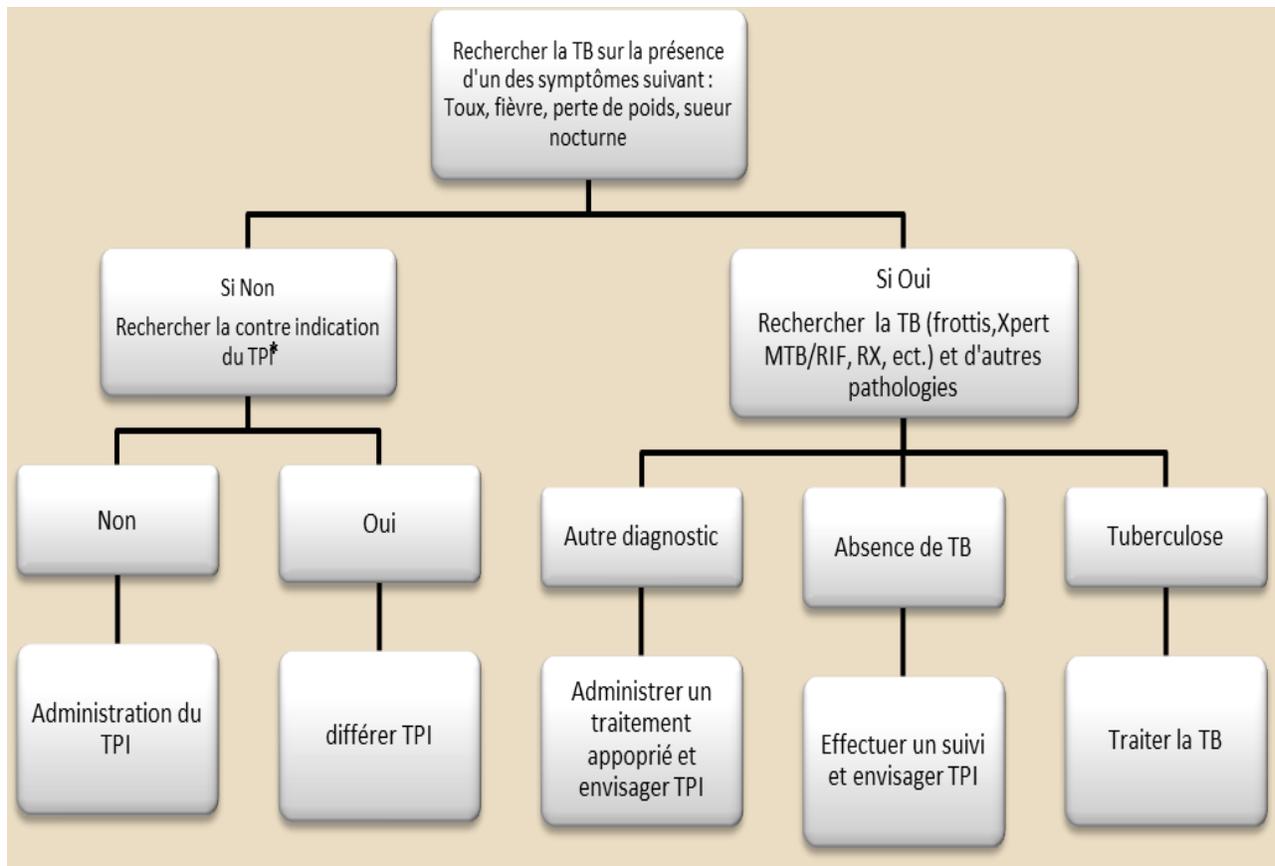


Figure 1 : Algorithme de l'initiation du TPI

IV.3. Les autres prophylaxies

En cas d'infection opportuniste, particulièrement en cas de cryptococcose neuro-méningée maîtrisée, en plus d'instaurer un traitement ARV chez un patient qui n'est pas encore sous ARV, ou de changer la ligne de traitement ARV chez celui qui était déjà sous traitement, il est nécessaire de maintenir une prophylaxie secondaire au fluconazole jusqu'à une remontée du taux de CD4 à plus de 200 CD4.

CHAPITRE V. SUIVI DES PATIENTS SOUS TRAITEMENT ARV

Une évaluation clinique minutieuse doit être faite à la recherche des infections ou affections liées au VIH. Cette évaluation permet entre autres de classer le patient en stade clinique de l’OMS.

Bien que le dosage des CD4 ne soit pas un critère de début du traitement ARV, il reste nécessaire pour des raisons de suivi de l’état immunologique des PVVIH. En particulier, il est utile avant ou en début du traitement (dans les 3 premiers mois de traitement) pour évaluer l’état immunitaire du patient et partant son risque par rapport aux infections opportunistes et d’autre part au moins une fois après contrôle de l’infection, une année ou deux après le début du traitement pour évaluer le niveau ou la qualité de récupération immunologique sous traitement.

Chez les personnes sous ARV, un test de mesure de la charge virale reste l’approche privilégiée pour évaluer l’efficacité du TAR et le diagnostic précoce de l’échec thérapeutique, en plus du suivi clinique.

V.1. Bilan biologique initial

Il comprend :

- ✓ Retesting en cas de doute
- ✓ Le dosage de l’Hb (si AZT)
- ✓ La recherche de l’AgHBs (si possible).
- ✓ Le test de grossesse chez toute femme en âge de procréer.

NB : En cas d’AgHBs positif, utiliser une combinaison contenant le TDF et 3TC.

V.2. Suivi clinique

V.2.1. Les patients qui débutent un traitement ARV

Chez les patients qui viennent d’être mis sous ARV, le suivi clinique recommandé est à M1, M2, M3, M4, M5, M6 et puis tous les 3 mois s’il n’y a pas de problème.

V.2.2. Suivi clinique des patients sous ARV

❖ Patient stable

Est considéré comme stable tout patient sous TARV qui répond strictement à toutes les conditions ci-dessous énumérées :

- ✓ Avoir reçu le TAR pendant au moins un an,
- ✓ Ne présenter aucun effet indésirable aux médicaments nécessitant une surveillance régulière,
- ✓ Ne présenter aucune maladie opportuniste
- ✓ Ne pas être enceinte ou allaitante
- ✓ **Ne pas être un enfant de moins de 10ans**
- ✓ Être observant au TARV avec la preuve de la réussite du traitement (2 mesures consécutives de la charge virale indétectable).

Fréquence des visites : un patient stable effectue une visite clinique tous les 3 mois et l'approvisionnement en ARV se fait une fois les 3 mois. Cependant, il est possible de faire une visite tous les 6 mois en fonction de la capacité du patient à gérer son traitement.

❖ Patients non stables

Est considéré comme non stable un patient qui ne remplit pas une des conditions ci-haut citées.

Fréquence des visites : Pour les patients non stables, le suivi clinique et approvisionnement en ARV se font à M1-M2-M3-M4-M5-M6, puis tous les 2 mois jusqu'à M12, si patient est bien observant. Si le patient a deux C.V consécutives indétectables, il est considéré comme stable.

NB : Le suivi des patients sous INH est mensuel mais ils ne sont pas classés dans la catégorie des patients non stables. A la fin de six mois que dure la TPI le patient est suivi comme patient stable.

V.3. Suivi biologique des patients sous TARV

Chez les patients qui viennent d'être mis sous ARV, le suivi biologique recommandé est à M3 et M6 puis tous les 12 mois s'il n'y a pas de problème. Le dosage de la Charge virale est fait à 6 mois (3 mois avec un schéma à base de DTG) et à 12 mois à partir du début de la mise sous traitement ARV puis une fois l'année. Toutefois, la mesure de la charge virale se fait une fois les 6 mois pour les enfants et les adolescents pour lesquels le risque d'inobservance est élevé.

Dans tous les cas chez les femmes enceintes, la charge virale doit être faite systématiquement au dernier trimestre de la grossesse si la C.V antérieure date de plus de 3mois afin d'évaluer le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Un récapitulatif des tests de laboratoire recommandés avant et après le début du traitement ARV se trouvent dans le Tableau. Tableau 13: Bilan initial et de suivi des patients VIH+

Examens	Bilan initial	Bilans de Suivi sous TARV				
		3 ^{ème} mois	6 ^{ème} mois	Tous les six mois	Chaque année	Tous les 3 ans
Test de Grossesse	X					
NFS/Hb (si AZT)		X			X	
Urée et Créatinine (TDF)		X			X	
Albuminurie (TDF)		X			X	
Transaminases si DTG		X		X		
Glycémie à jeun (IP)					X	
Charge virale VIH			X		X	
CD4	X				X	
Sérologie HVB	X					
Bilan lipidique (Cholesterol total,HDL,LDL ;Triglycerides)						X
Frottis cervical						X

N.B : La charge virale peut se faire à 3 mois en cas de schéma contenant DTG.

En cas d'infection opportuniste ou d'autres pathologies associées au VIH, ou de situations de contre-indication d'une molécule d'ARV, des bilans d'exploration peuvent être demandés sur prescription médicale entre autres :

- ✓ Le bilan hépatique,
- ✓ L'acide urique,
- ✓ Le bilan lipidique,
- ✓ L'Amylasémie ou amylasurie,
- ✓ Tout autre examen en fonction du contexte pathologique.

V.4. Rétention des patients sous ARV et réengagement aux soins

V.4.1. Rétention des patients sous ARV

❖ Considérations générales

Tester et traiter ne suffit pas. Il faut aussi maintenir dans les soins les personnes dépistées séropositives. Une fois le traitement débuté, les patients doivent poursuivre le traitement antirétroviral indéfiniment. La clé du succès du traitement antirétroviral, qui a pour objectif la suppression durable de la charge virale, réside dans le respect des schémas thérapeutiques prescrits.

L'échec du traitement et l'apparition de résistance aux médicaments qui en résultent peuvent compromettre les options de traitements futures. La suppression durable des virus réduit la morbidité et la mortalité et empêche la transmission du VIH. La rétention aux soins est essentielle au maintien de la santé des PVVIH et à la maîtrise de l'épidémie. La rétention aux soins est plus difficile pour les enfants, les adolescents, les femmes enceintes, allaitantes et en post-partum, les hommes ainsi que les populations à risque. Pour maintenir les personnes dans les soins, une des clés est de proposer des services adaptés à leurs besoins.

❖ Considérations lors de l'instauration d'un traitement antirétroviral

Bien qu'optimiser l'observance thérapeutique et le lien aux soins soit essentiel quel que soit la période considérée du traitement antirétroviral, les preuves indiquent que la pharmacorésistance est plus fréquente chez les personnes qui initient le traitement plus tard au cours de l'infection que chez celles qui ont débuté le traitement au premier jour de l'annonce du statut sérologique. Il est important de discuter des stratégies pour optimiser l'adhésion et la rétention dans les soins avec les patients avant le début du traitement.

❖ Considérations lors des six premiers mois de mise sous traitement ARV

Bien que le traitement antirétroviral dure toute la vie, les premiers mois de traitement sont particulièrement importants. Une amélioration clinique et immunologique et une suppression virale sont attendues lorsque les individus adhèrent au TAR, mais des infections opportunistes (IO) et / ou un syndrome inflammatoire de reconstitution immunitaire peuvent se développer, ainsi que des réactions indésirables précoces aux médicaments telles qu'une hypersensibilité aux trois premiers mois de traitement.

Le traitement antirétroviral diminue significativement la mortalité globale mais les taux de mortalité sont également les plus élevés au cours des trois premiers mois du traitement antirétroviral chez les patients qui commencent le traitement à un stade avancé de l'immunodépression.

De plus en plus d'informations suggèrent que les personnes qui ratent leurs rendez-vous dans les premiers mois de mise sous traitement sont celles susceptibles d'avoir des comportements défavorables à leur santé entraînant une morbidité et mortalité accrues. Inversement, la rétention précoce est associée à une suppression virologique et à de meilleurs résultats pour les patients. Les visites manquées à la pharmacie peuvent être un marqueur de substitution qui identifie les personnes à risque d'échec virologique ou qui seront perdues de vue.

❖ **Stratégies pour renforcer la rétention aux soins**

Les stratégies suivantes ont fait la preuve de leur efficacité au Burundi et ailleurs, et devront être largement mises en œuvre.

Stratégies	Justificatifs
Optimisation des schémas thérapeutiques chez les adultes, adolescents et enfants vivant avec le VIH.	La transition vers des médicaments plus efficaces et mieux tolérés, ainsi que la réduction du nombre de prises vont corriger ou prévenir des effets indésirables, améliorer la qualité de vie du patient, et optimiser l'adhésion aux traitements.
Fourniture de services différenciés	Pour accueillir le nombre croissant d'individus stables sous traitement antirétroviral et améliorer la rétention aux soins et l'impact du traitement sur leur santé, des modèles innovants de prestation de services ont été développés : espacement des rendez-vous et prescription multi-mensuelle, mise en place de points de distribution communautaires, extension des heures de visite, organisation de week-ends thérapeutiques pour les enfants et leurs familles et les adolescents... Ces modèles réduisent la congestion dans les formations sanitaires en diminuant la fréquence des visites à la formation sanitaire et en dispensant des médicaments pour de plus longues périodes, et ont permis d'améliorer la rétention des patients et la suppression de la charge virale. Les modèles communautaires vont rapprocher les services des patients et réduire les coûts de transport pour les patients. Le temps des prestataires de santé sera libéré et ils pourront ainsi consacrer davantage de temps aux patients qui en ont le plus besoin.
Dispensation multi-mensuelle	Il a été démontré que la dispensation multi mensuelle (DMM) améliore la rétention aux soins et réduit la charge sur les sites de prise en charge. Les patients stables sous traitement ARV devraient se voir proposer trois à six mois de traitement avec recharges, avec un modèle optimisé de dispensation.

Stratégies	Justificatifs
Recherche active des patients perdus de vue	Identifier et localiser les PVVIH qui ne sont pas liés aux soins, qui manquent au rendez-vous dès la première semaine ou qui sont perdus, est une mesure importante de la qualité des soins. Le suivi et la localisation réussis des PVVIH perdues de vue permettront des interventions ciblées pour aider à les ramener aux soins/traitement.
Renforcement de l'observance	De manière générale, quand les patients sont éduqués et bien conseillés, ils sont habilités à prendre en charge leurs soins et ont plus de chance de rester pris en charge. Les personnes dont la CV est encore détectable, celles qui viennent de commencer le traitement ARV, celles qui ont raté des rendez-vous, les enfants et les adolescents requièrent de la part des prestataires des interventions ciblées, novatrices et adaptées au vécu de ces patients, ainsi qu'un soutien plus intensif.

Les sites de prise en charge devraient avoir la capacité de fournir 3 à 6 mois de traitement en une fois. On estime qu'environ 80% des PVVIH sous traitement seront éligibles et auront le choix de recevoir trois à six mois de traitement à la fois.

❖ **Considérations relatives à la rétention aux soins de différents profils de population**

➤ ***Les femmes enceintes vivant avec le VIH, allaitantes ou en post-partum***

Pour ces femmes, la transition entre les soins VIH et les soins prénatals est un point potentiel de perte de suivi. Les interventions comprennent :

L'alignement des registres pour s'assurer que les femmes sont suivies à travers les différents points de prestation de services ARV ;

Le soutien par les paires pour améliorer la transition à travers les différents points de prestation de services,

L'organisation de groupes de soutien entre, les femmes enceintes adolescentes vivant avec le VIH.

Une meilleure implication des hommes.

Une approche centrée sur la famille.

➤ **Les enfants**

Les parents et/ou tuteurs des enfants ont la responsabilité de comprendre l'importance de retenir dans les soins les enfants pris en charge, en particulier les plus jeunes. L'annonce du statut sérologique positif aux enfants a généralement lieu tardivement. Il est donc difficile de discuter de l'importance du suivi.

Les interventions comprennent :

L'invitation des parents et/ou tuteurs à se présenter pour un suivi régulier. L'alignement des visites cliniques des enfants, y compris le lieu et le moment de la visite avec ceux des parents ou tuteurs pour faciliter la rétention des soins tant pour les soignants que pour les enfants.

Le renforcement du processus d'annonce de la séropositivité aux enfants. Cela peut commencer tôt avec des messages et des outils adaptés à l'âge.

Les prestataires de soins doivent également faire un bon suivi de l'évolution pondérale des enfants, surtout entre deux et dix ans, afin d'ajuster régulièrement les posologies.

➤ **Adolescents**

Les adolescents (âgés de 10 à 19 ans) et les jeunes (âgés de 20 à 24 ans) vivant avec le VIH (PVVIH) ont les taux de rétention et d'observance au traitement antirétroviral et de suppression des virus les plus faibles que les autres groupes d'âge.

Les raisons sont multiples : dégoût des visites fréquentes dans les formations sanitaires, temps passé à attendre les services et à rater l'école, attitudes négatives des prestataires de soins, préoccupations des adolescents concernant leur vie privée et la confidentialité, possibilité limitée de discuter de leurs préoccupations, distance jusqu'aux formations sanitaires ou sites de prise en charge, ainsi que les dépenses de santé sont autant d'obstacles à la rétention des adolescents aux soins.

Les interventions comprennent :

- ✓ Les modèles de prestation de services en dehors des formations sanitaires qui aident les adolescents à s'engager dans les soins, telles que les interventions par les pairs et les services communautaires ;
- ✓ La mise en œuvre d'approches de services de santé adaptés aux adolescents pour améliorer la qualité (Centres de santé pour jeunes, services de santé amis des jeunes...);
- ✓ La fourniture de services pour adolescents à des moments précis ou dans des zones séparées avec des systèmes de rendez-vous adaptés à leur scolarité ;
- ✓ Des services complets qui répondent à plusieurs besoins, y compris psychosociaux, et en matière de santé sexuelle et reproductive,
- ✓ La surveillance étroite de l'engagement des adolescents dans les soins, un suivi rapide et proactif et une mise en œuvre de stratégies de réengagement.
- ✓ La formation des prestataires sur les soins adaptés aux adolescents vivant avec le VIH ;

- ✓ L'existence de procédures opératoires normalisées et de procédures relatives aux soins centrés sur le patient.
- ✓ L'optimisation de l'engagement des jeunes en intégrant leur perspective et feedbacks dans la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des interventions.

Le suivi de la mise en œuvre des stratégies visant la rétention aux soins

Le suivi de la mise en œuvre et de l'efficacité des stratégies est un élément essentiel des efforts visant à améliorer la rétention et à déterminer les interventions qui ont le plus d'impact. Tous les services de prise en charge doivent clarifier l'ampleur des problèmes de rétention et développer des interventions visant à maintenir les patients sous traitement.

Ils sont censés surveiller de près les performances, en examinant la suppression de la charge virale et les marqueurs directs et indirects de la rétention aux soins.

Pour quantifier et encourager la recherche des patients qui ont raté leur rendez-vous, il faut inventorier tous les patients sous TAR qui ont raté un rendez-vous et amorcer immédiatement leur recherche et rapporter l'issue de cette recherche dans les 28 jours suivant le rendez-vous manqué.

Un registre de rendez-vous manqués doit être mis en place dans toutes les formations sanitaires où le traitement antirétroviral est initié ou fourni. Ces registres doivent capturer les informations nécessaires pour le suivi des patients et la génération de rapports sur l'indicateur, les tentatives de contact et les résultats de chaque tentative. Les numéros de téléphone doivent être vérifiés en les appelant / testant pendant que le patient est à la clinique et les informations de contact doivent être mises à jour / vérifiées à chaque visite.

Les raisons de la sous-performance en termes de rétention et de suppression de la charge virale doivent être documentées avec des plans d'amélioration clairs.

V.4.2. Réinitiation du traitement antirétroviral chez les patients ayant interrompu leur traitement

Un réengagement dans les soins demande une recherche d'informations sur l'historique de soins du patient ayant interrompu le traitement. Il faudra consigner tous les antécédents suivants :

Quels médicaments le patient prenait-il et pendant combien de temps?

Les raisons de l'arrêt du traitement ;

La survenue ou non d'effets indésirables

Toute information sur les mesures de la charge virale effectuées dans le passé.

Il y a dès lors, plusieurs cas de figures à considérer :

- ✓ Si le patient suivait bien son schéma thérapeutique de première intention, que les effets secondaires n'étaient pas la raison de son arrêt et que **la charge virale était supprimée** (ou si aucun résultat de la charge virale n'est disponible), redémarrer le schéma thérapeutique initial. Faire une charge virale après 6 mois de traitement antirétroviral. Si **la**

charge virale n'est pas supprimée après six mois de traitement, renforcer l'observance et refaire la CV après 3 mois. Si leur charge virale reste toujours > 1000 c / ml, gérer l'échec virologique

- ✓ Si le patient a arrêté le traitement en raison d'effets secondaires, gérer d'abord les effets secondaires.

CHAPITRE VI. ECHEC AU TRAITEMENT ARV ET CHANGEMENT POUR UNE AUTRE LIGNE DE TRAITEMENT

La confirmation de l'échec thérapeutique doit être faite après s'être assuré d'une bonne observance. En cas de mauvaise observance, il faut d'abord renforcer cette dernière et réévaluer plus tard.

Le changement pour la deuxième ou la troisième ligne de traitement est réalisé en cas d'échec du traitement ARV. L'évaluation de l'échec thérapeutique se fait à 3 niveaux : virologique par la mesure de la charge virale, immunologique par la mesure des CD4 et clinique par l'évaluation de la progression de la maladie.

La charge virale reste privilégiée pour le suivi du succès thérapeutique et la détection précoce des échecs au traitement ARV.

L'échec virologique est défini par une CV ≥ 1000 copies, 6 mois après un traitement bien conduit ou une CV indétectable redevenant détectable en cours du traitement.

L'échec clinique est défini par l'apparition de nouvelles infections classant le patient en stade 4 ou 3 de l'OMS après plus de 6 mois de traitement ARV.

Cependant, cette dernière définition comporte ses limites en fonction des faibles possibilités de diagnostic des infections opportunistes dans les centres de prise en charge. De plus, les patients ayant démarré le traitement ARV avec un taux très bas de CD4 et qui ne remonte pas de beaucoup souvent, restent exposés aux infections liées au VIH même s'ils sont en succès virologique. Dans ce contexte, chez les patients qui ont démarré le traitement ARV tardivement, un nouveau dosage de CD4 peut être utile pour évaluer le niveau de récupération immunologique sous traitement.

Ces échecs peuvent être isolés ou associés.

Une charge virale CV ≥ 1000 copies/ml à 2 mesures réalisées à 3 mois d'intervalle oriente vers un échec virologique et conduit au changement de traitement.

L'apparition d'une nouvelle infection ou affection classant stade 3 ou 4 (peut être un indicateur d'échec thérapeutique, d'où l'intérêt du dosage de la mesure de la CV dans ces conditions pour confirmer ou infirmer l'échec au traitement.

En cas d'échec identifié tel que défini ci-dessus, **il faut avant tout analyser les causes de l'échec et notamment le niveau d'observance**. Une fois l'analyse de l'échec réalisée **et les causes corrigées**, proposer au patient un traitement de 2^{ème} ligne s'il était en 1^{ère} ligne et de 3^{ème} ligne s'il était en 2^{ème}. La cause de l'échec thérapeutique est souvent une résistance au traitement, induit par une mauvaise observance. Il est indispensable, d'une part, de discuter de l'indication de passage à une ligne supérieure (2^{ème} ou 3^{ème}) en équipe multidisciplinaire pour poser l'indication de l'échec mais aussi pour en comprendre les raisons et d'autre part, de renforcer l'observance avant le passage à une ligne suivante :

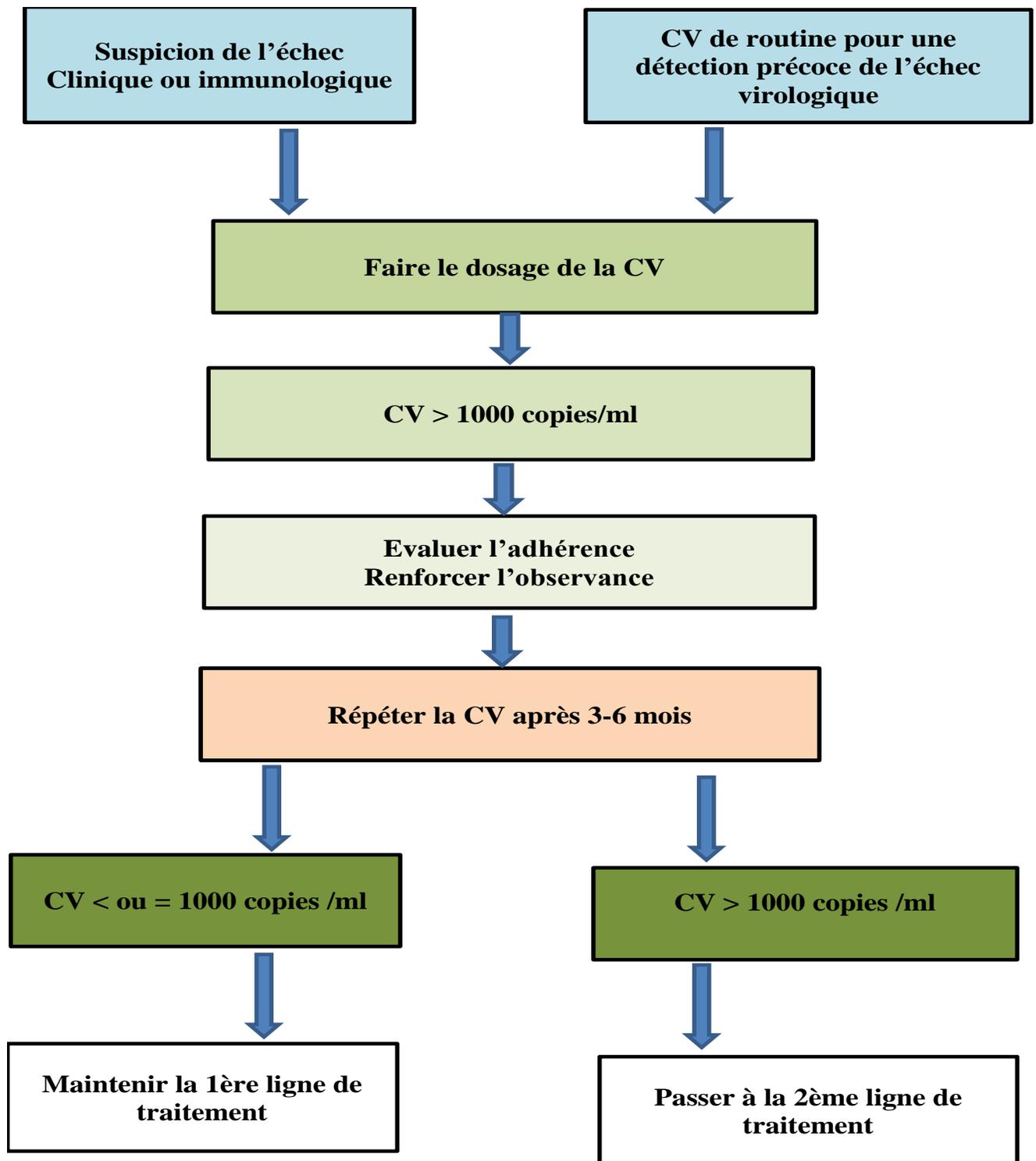


Figure 2 :CAT devant une charge virale augmentée

CHAP VII. ORGANISATION DE L'OFFRE DES SOINS ET DES SERVICES DE PRISE EN CHARGE DES PVVIH

VII.1. Introduction

L'organisation de l'offre de service est un élément important pour mieux offrir les soins de qualité. Une meilleure organisation de services doit tenir en compte des éléments suivants :

- ✓ Les capacités du Système de santé à offrir les soins de qualité
- ✓ La motivation des prestataires à offrir les soins selon les normes et procédures nationales
- ✓ La capacité des patients à utiliser les services disponibles
- ✓ La communauté sensibilisée pour assoir un continuum des soins structuré

Dans le cadre de l'offre de services VIH, l'organisation de l'offre de soins aux PVVIH doit permettre aux prestataires de mieux assurer la gestion des patients de la file active en tenant compte des besoins réels de chaque patient. Or, actuellement, avec un traitement ARV efficace, le visage de l'infection à VIH ressemble à celui d'une maladie chronique ; l'organisation de soins doit alors se baser sur la gestion de la file active en pleine croissance dans le temps et dans laquelle beaucoup de patients sont en bonne santé mais doivent poursuivre le traitement ARV à vie.

Une bonne organisation des services permet :

- Aux prestataires d'offrir les soins en temps réel à ceux qui en ont le plus besoin.
- De réduire la surcharge évitable des prestataires de soins et des FOSA.
- De faciliter les PVVIH sous traitement ARV de continuer à être des acteurs de leur développement socio-économique en évitant les visites non rentables dans les sites de suivi.

De ce fait, les directives nationales donnent les orientations organisationnelles suivantes :

VII.2. Au niveau des sites de prise en charge et FOSA.

Les interventions suivantes doivent être réalisées :

- ✓ La catégorisation des patients de la file active en fonction de leur ancienneté au traitement ARV, à l'efficacité du traitement et à l'état clinique du patient.
- ✓ Le renforcement du modèle différencié de l'offre de soins aux PVVIH en fonction de chaque catégorie des patients de la file active.
- ✓ La généralisation du système de rendez-vous et l'octroi des prescriptions et dispensations mensuelles ou multi mensuelles en fonction de la catégorie d'appartenance de chaque patient.
- ✓ Le renforcement de la médiation en santé pour limiter les perdus de vue

- ✓ Le renforcement du continuum de soins et le lien des FOSA avec la communauté à travers la mise en place des réseaux communautaires pour le soutien aux PVVIH, l'adhérence et la rétention dans les soins ainsi que l'augmentation de la demande du dosage de la charge virale.
- ✓ Le renforcement de l'intégration des services VIH avec d'autres services de santé notamment :
- ✓ L'intégration des services VIH dans le Services de santé Maternelle Néonatale et Infantile « SMNI » et vice versa en particulier pour intensifier le dépistage du VIH chez les enfants et le renforcement de l'ÉTME.
- ✓ L'intégration des services VIH dans les services de la Tuberculose et vice versa y compris la chimioprophylaxie à l'INH chez les PVVIH screenées négatif pour la TB.
- ✓ L'intégration des services VIH dans les services de la Santé de la Reproduction et vice versa en particulier la recherche de la grossesse et la contraception chez les PVVIH de sexe féminin recevant la combinaison ARV contenant le DTG.
- ✓ L'intégration des services VIH dans les services de prise en charge des IST et vice versa.
- ✓ L'intégration des services VIH dans les services de l'hospitalisation en particulier l'utilisation de l'outil d'évaluation pour orienter le dépistage du VIH chez les enfants, adolescents et adultes en hospitalisation.

VII.3. Au niveau, des BPS et Districts sanitaires

Le renforcement de transfert de compétences et délégation des tâches à travers l'organisation des sessions d'apprentissage sur site, l'élaboration des **normes et procédures opérationnelles standards** pour chaque type de prestations VIH en fonction des gaps identifiés dans les étapes du processus de l'offre de prestations VIH.

Le renforcement de la décentralisation du traitement ARV en particulier chez les enfants et les adolescents.

Le renforcement de la supervision et le coaching aux prestataires des sites en utilisant un même canevas de référence nationale mise à disposition par le PNLS/IST et ses partenaires de mise en œuvre.

Identification régulière des besoins en formation dictés par des changements de protocoles ou directives nationales ou les besoins spécifiques et contextuels des prestataires de quelques sites. Un formulaire qui servira de support de cette identification sera fourni par le PNLS IST.

VII.3. Au niveau central

La mise en place d'un système de la pharmacovigilance incluant la notification active des effets secondaires ou adverses des médicaments ARV, la documentation active des patients avec CV détectable afin de statuer sur la pharmaco-résistance du VIH aux molécules constitutives du schéma national de traitement ARV.

Le renforcement de l'encadrement des prescriptions ARV à travers la mise en place d'un système de surveillance de la compliance des prestataires aux respects des prescriptions des ARV de première ligne et le switch au **TLD**. Ce système permettra également de faire un encadrement de proximité pour le passage aux combinaisons de deuxième et troisième ligne.

BIBLIOGRAPHIE

1. Directives Nationales de Prévention de la transmission Mère-Enfant du VIH et du traitement ARV chez les enfants et adolescents vivant avec le VIH en Côte d'Ivoire, 2019
2. Directives nationales d'utilisation des antirétroviraux pour la prévention et le traitement du VIH au Burundi, Novembre 2016
3. Addendum aux Directives Nationales d'utilisation des Antirétroviraux pour la prévention et le traitement du VIH au Burundi, Juillet 2018
4. **WHO**, updated recommendations on first-line and second-line antiretroviral regimens and post-exposure prophylaxis and recommendations on early infant diagnosis of HIV, supplement to the 2016 consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection, December 2018.
5. **WHO**, update of recommendations on first- and second-line antiretroviral regimens, July 2019.
6. **WHO**, Maintaining and Improving Quality of care within HIV clinical services, July 2019.
7. Stigma and discrimination: Human right and HIV/AIDS. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/hiv/events/wad2003/departments/en>, accessed 8 July 2019).
8. Crossing the global quality chasm: improving health care worldwide. Washington (DC): National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; 2018 (<http://nationalacademies.org/hmd/Reports/2018/crossing-global-quality-chasm-improvinghealth-care-worldwide.aspx>, accessed 8 July 2019).
9. Consolidated guidelines on person-centered HIV patient monitoring and case surveillance. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255702/9789241512633-eng.pdf?sequence=1>, accessed 8 July 2019).
10. Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care. Geneva: World Health Organization; 2018 (https://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/qhc/nqps_handbook/en, accessed 8 July 2019).
11. WHO, HIV molecular diagnostics toolkit to improve access to viral load testing and infant diagnosis, July 2019.
12. **WHO**, consolidated guidelines on HIV testing services, July 2015.

ANNEXES

Annexe I : PRESENTATION GALENIQUE ET POSOLOGIE DES MEDICAMENTS EN COMPRIMES DE LA 1ERE, 2EME ET 3EME LIGNE CHEZ L'ADULTE ET ADOLESCENT.

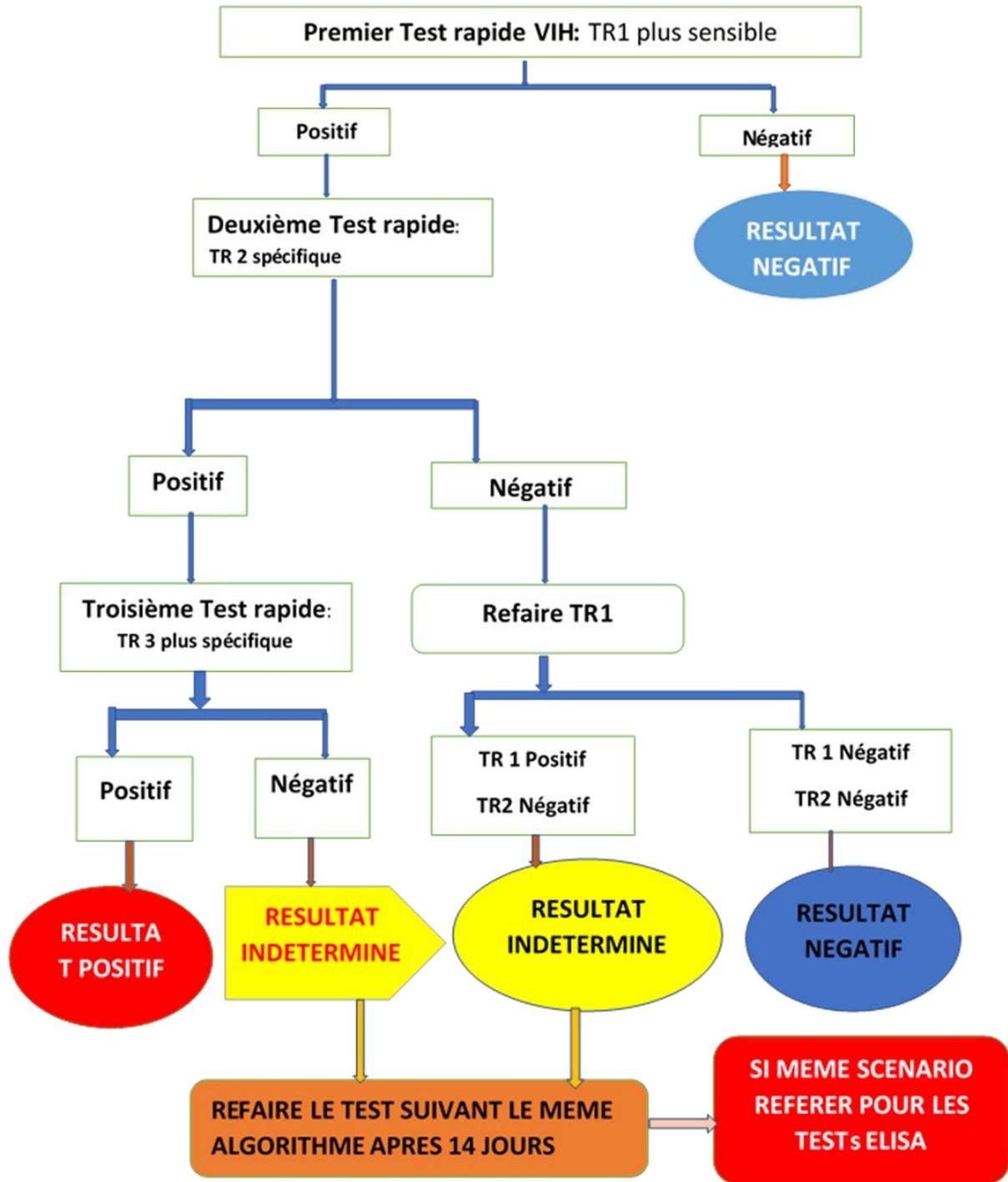
	Les formes combinées	Posologie
1^{ère} ligne et 2^{ème} ligne et 3^{ème} ligne	TDF300mg /3TC300mg/DTG 50mg (TLD)	1 cp/jour
	TDF (300mg) /3TC (300mg) / EFV (600 ou 400 mg)	1 cp / jour au coucher
	TDF (300mg)	1 cp / jour
	EFV (600 ou 400 mg)	1 cp / jour au coucher
	AZT (300mg) /3TC (150mg) : (Zidovudine+lamivudine)	1 cp deux fois par jour
	TDF (300mg) /3TC (300mg) : (Tenofovir +Lamivudine)	1 cp / jour pendant repas
	ABC (600mg) / 3TC (300mg) : (Abacavir +Lamivudine)	1 cp / jour
	ATV (300mg) / RTV (100mg) :(Atazanavir +Ritonavir)	1 cp / jour
	LPV (200mg) / RTV (50mg) : (Lopinavir +ritonavir)	2 cp 2 fois / jour
	Dolutégravir DTG (50 mg)	1 cp / jour
	DRV (600 mg) /RTV(100 mg)	1 cp deux fois / Jour
	ETV cp 100 mg (Etravirine)	2cp de 100mg deux fois par jour
	ETV cp 200 mg	1 cp de 200 mg deux fois par jour

**Annexe 2 : PRESENTATION GALENIQUE ET POSOLOGIE DES MEDICAMENTS EN COMPRIMES DE LA 1ERE,
2EME ET 3EME LIGNE CHEZ L'ENFANT**

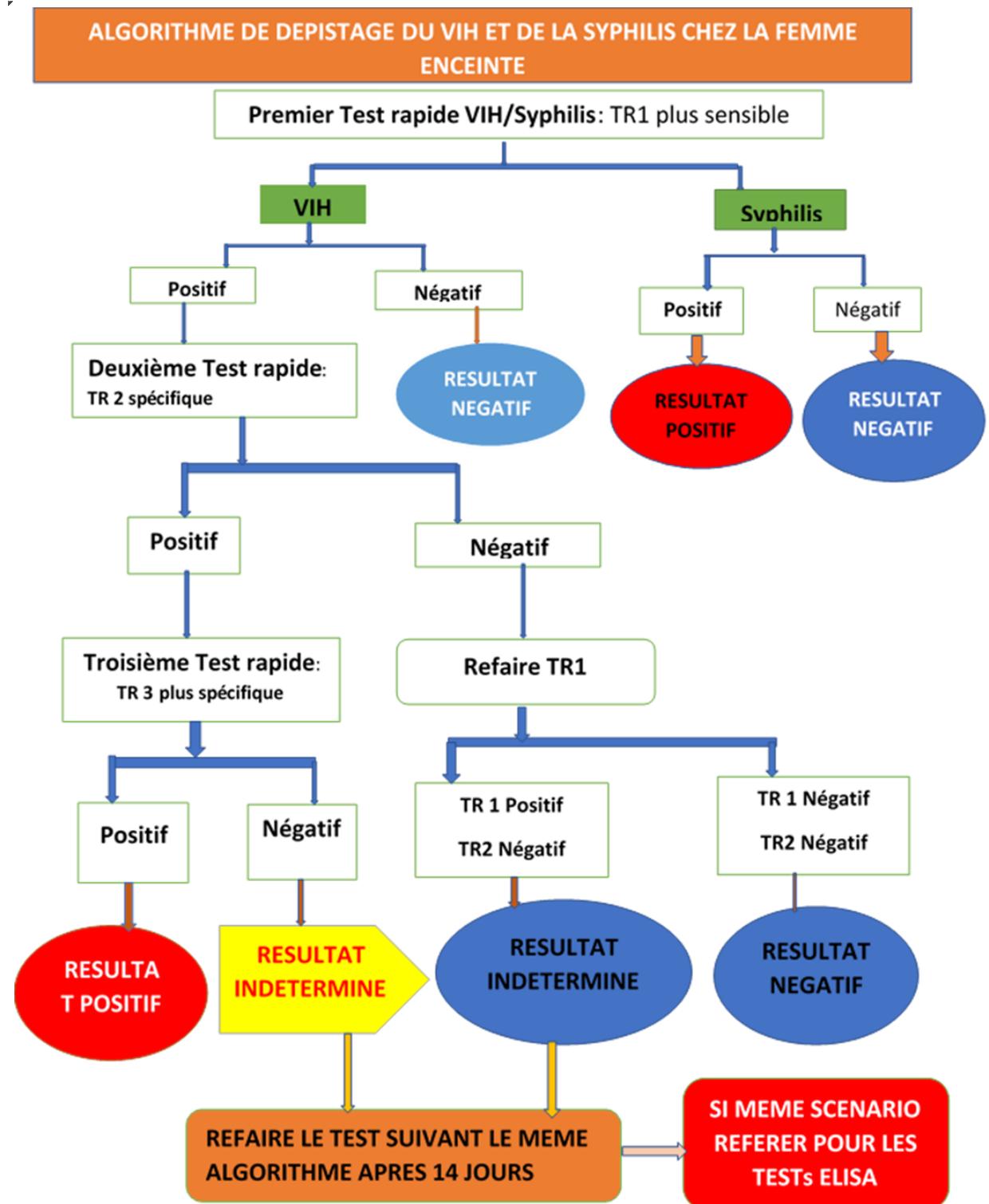
Molécules ARV	Dosages pédiatriques	Enfants de 3 à 25 kg âgés de plus de 4 semaines										Dosages adultes	≥25 kg	
		Quantité de comprimés à prendre											Quantité de comprimés à prendre	
		3 -5 ,9 kg		6 – 9,9 kg		10 – 13,9 kg		14 – 19,9 kg		20 – 24,9 kg			25- 34.9 kg	
		Matin	Soir	Matin	Soir	Matin	Soir	Matin	Soir	Matin	Soir		Matin	Soir
AZT / 3TC	Comprimés dispersible 60 mg + 30 mg	1	1	1,5	1,5	2	2	2,5	2,5	3	3	Comprimés 300 mg/150 mg	1	1
ABC / 3TC	Comprimé dispersible 60 mg + 30 mg	1	1	1,5	1,5	2	2	2,5	2,5	3	3	Comprimé 600 mg + 300 mg	0,5	0,5
	Comprimé dispersible 120 mg + 60 mg	0,5	0,5	0,5	1	1	1	1,5	1,5	1,5	1,5		Ou 1 fois par jour en une prise.	
NVP	Solution buvable 10 mg / ml	5 ml	5 ml	8 ml	8 ml	10 ml	10 ml	-	-	-	-	-	-	-
EFV	Comprimé non dispersible ou gélule 200 mg	-	-	-	-	1 le soir		1,5 le soir		1,5 le soir		200 mg	2 le soir	
AZT	Solution buvable 10 mg / ml	6 ml	6 ml	9 ml	9 ml	12 ml	12 ml	-	-	-	-	-	-	-
TDF	Comprimé non dispersible 300 mg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	300 mg	1 si >35 kg	
LPV/r	Microgranules 40 mg / 10 mg	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6	-	-	
	Comprimé non dispersible 100 mg / 25 mg	-	-	-	-	2	1	2	2	2	2	100/25 mg	3	3
	Comprimé non dispersible 200 mg / 50 mg	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	200/50 mg	2	1
ATV/RTV	Comprimés 300 / 100 mg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	300/100mg	1 si >30 kg	
DRV	Comprimé non dispersible 400 mg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	400 mg	1	1
RTV	Comprimé non dispersible 100 mg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100 mg	1	1
RAL	Granules 100 mg / sachet 0,25	0,25 sachet	0,25 sachet	0,5 sachet	0,5 sachet	-	-	-	-	-	-	-	-	
DTG	Comprimé non dispersible 50 mg	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	50 mg	1 par jour	
TDF/3TC/DTG	Comprimé non dispersible 300/300/50 mg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	300/300/50 mg	1 par jour si >35 kg ou plus de 10 ans	

Annexe 3 : ALGORITHME DE DEPISTAGE DU VIH CHEZ L'ADULTE ET L'ENFANT AGE DE 18 MOIS ET PLUS

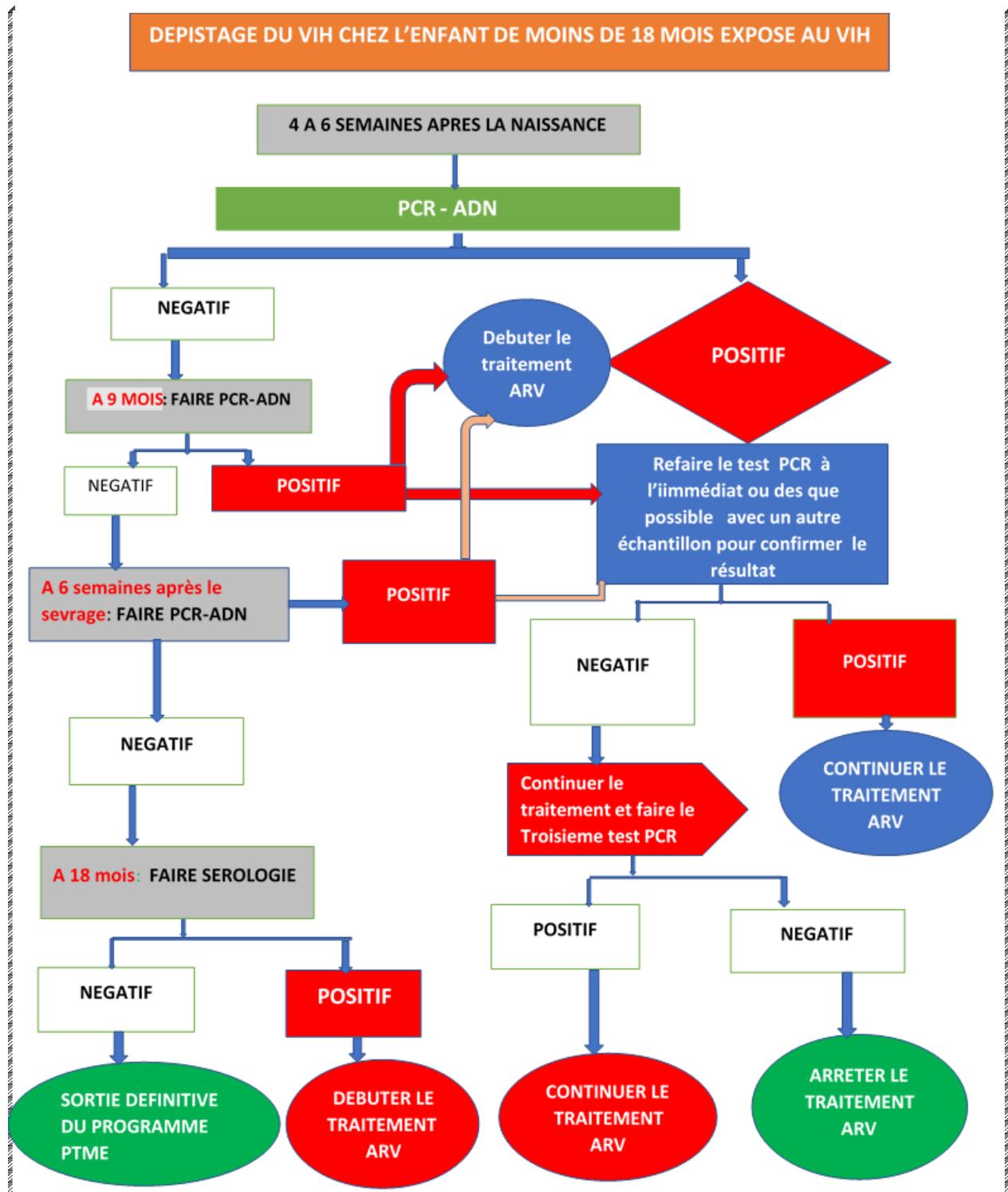
ALGORITHME DE DEPISTAGE DU VIH CHEZ L'ADULTE ET L'ENFANT DE PLUS DE 18 MOIS



Annexe 4 : ALGORITHME DE DEPISTAGE DU VIH ET DE LA SYPHILIS CHEZ LES FEMMES ENCEINTES



Annexe 5 : ALGORITHME DE DEPISTAGE DU VIH CHEZ L'ENFANT DE MOINS DE 18 MOIS EXPOSE AU VIH



Annexe 6 : OUTIL D’EVALUATION DES RISQUES D’INFECTION A VIH CHEZ L’ADULTE

Exemple d’introduction : Je vais vous poser des questions personnelles, pour estimer votre niveau d’exposition à un risque d’infection à VIH. Vos réponses à ces questions vont nous aider à vous offrir les conseils et services les plus adaptés à votre situation. Vos réponses resteront confidentielles.

Donnez-vous votre consentement ? Oui Non

Avez-vous des questions avant que nous ne commençons ?

Prendre le temps de répondre à toutes les questions. Ne pas juger. Etre à l’écoute.

DATE : .../...../.....**Nom, Prénom(s) ou code d’identification:**

..... **SEXE :** M F

AGE : **Commune :**

COLLINE/QUARTIER :

FOSA : **BDS** **BPS :**

TYPE DE DEPISTAGE : Initié par le prestataire Initié par le cas-index

No	QUESTION	RÉPONSE
1	Avez-vous déjà été testé pour le VIH ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
2	Si oui de quand date-t-il et quel en a été le résultat ? (Si test positif arrêt à ce niveau)/...../..... Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/>
3	Si ce n’est pas le premier test, de quand date le dernier et quel a été le résultat/...../..... Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Si positif arrêt à ce niveau
4	Etes-vous concerné par l’une des activités suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • Rapports sexuels occasionnels sans utilisation de préservatifs • Rapport sexuel avec une professionnelle du sexe • Travail de sexe • Rapport sexuel anal • Rapport sexuel avec une personne de même sexe • Sexe oral sans protection • Utilisation occasionnelle de drogues • Partage de matériel d’injection • Consommation d’alcool avant un rapport sexuel 	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

5	Avez-vous de multiples partenaires ? Si oui, combien de partenaires sexuels avez-vous eu au cours des 3 derniers mois ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 1-5 <input type="checkbox"/> 5-10 <input type="checkbox"/> >10 <input type="checkbox"/>
6	A votre connaissance, pensez-vous que votre ou vos partenaire(s) a/ont d'autres partenaires sexuels ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
7	Avez-vous un partenaire VIH positif connu ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
8	A votre connaissance, votre partenaire ou un de vos enfants serait-il décédé de maladie faisant suspecter le SIDA comme un amaigrissement inexplicable, une toux qui dure, une éruption cutanée, ...	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
9	Avez-vous déjà développé un signe d'infection sexuellement transmissible comme un écoulement ou une ulcération génitale, ...	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
10	Arrive-t-il à votre partenaire de passer un temps long en dehors du foyer pour des raisons variées ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Annexe 7 : OUTIL D’EVALUATION DES RISQUES D’INFECTION A VIH CHEZ L’ENFANT

Exemple d’introduction : Je vais vous poser des questions concernant la situation familiale et la santé de [Nom de l’enfant], pour estimer son niveau d’exposition à un risque d’infection à VIH. Vos réponses à ces questions vont nous aider à lui offrir les conseils et services les plus adaptés à sa situation. Vos réponses resteront confidentielles.

Donnez-vous votre consentement ? Oui Non

Avez-vous des questions avant que nous ne commençons ?

Prendre le temps de répondre à toutes les questions. Ne pas juger. Etre à l’écoute.

DATE :/...../..... **COLLINE/QUARTIER :** **FOSA :**

BDS **BPS :**

Nom, Prénom(s) ou code d’identification de l’enfant:

SEXE : M F **DATE DE NAISSANCE :**/...../.....

Nom de l’accompagnant :

Téléphone :

Relation/Lien de parenté :

Nom du père de l’enfant:.....

Nom de la mère de l’enfant :.....

TYPE DE DEPISTAGE : Initié par le prestataire Initié par le cas-index

1	[Nom de l’enfant] a-t-il un parent, frère ou sœur vivant avec le VIH ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
2	[Nom de l’enfant] a-t-il perdu un parent ou tous les deux parents ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
3	[Nom de l’enfant] a-t-il été abandonné par ses parents ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
4	[Nom de l’enfant] a-t-il déjà été hospitalisé ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
5	[Nom de l’enfant] a-t-il des problèmes de peau récurrents ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
6	[Nom de l’enfant] a-t-il été en mauvaise santé au cours des 3 derniers mois ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
7	[Nom de l’enfant] a-t-il été diagnostiqué positif pour la tuberculose ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

8	[Nom de l'enfant] a-t-il un retard staturo-pondéral (taille inférieure à la moyenne d'enfant de son âge, faible poids) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
8	[Nom de l'enfant] a-t-il eu une diarrhée récurrente, ou l'enfant a-t-il eu au moins deux épisodes de diarrhée au cours des 3 derniers mois ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Question ouverte :

Quelles sont d'autres raisons qui vous motiverez à faire le test du VIH pour [Nom de l'enfant]?

.....
.....
.....

Conclusion :

- (1) Si la réponse à une seule de ces questions est « oui », offrir le test.
- (2) Si l'accompagnant de l'enfant a pu fournir des informations concluantes concernant l'exposition au risque d'infection à VIH de l'enfant, offrir le test.

PRESTATAIRE DE SOINS

Nom du prestataire de soins :

Résultat de l'évaluation de risque : recommandation du test

Oui Non

Question pour le prestataire de soins :

Si l'enfant n'est concerné par aucun des facteurs de risque cités plus haut, qu'est-ce qui motive alors l'offre de dépistage ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

N.B : Ce formulaire rempli doit être conservé dans le dossier de l'enfant pour référence en temps opportun.