

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

**PLAN DE MISE EN ŒUVRE DES
DIRECTIVES NATIONALES POUR LA
PREVENTION ET LE TRAITEMENT DU VIH**

Octobre 2020

PREFACE

Le Burundi à travers le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida a actualisé les directives pour la prévention et le traitement du VIH en janvier 2020. L'actualisation de ces directives s'est basée sur les récentes orientations de l'OMS de Juillet 2019 suggérant l'élargissement de l'utilisation des combinaisons comprenant le Dolutegravir (DTG) chez les enfants, les adolescents et les adultes y compris les femmes en âge de procréer. Il s'agit d'un nouvel outil qui permettra aux prestataires de services d'utiliser de façon optimale les médicaments antirétroviraux pour la prévention et le traitement de l'infection à VIH.

En adoptant ces nouveaux protocoles pour la prévention et le traitement de l'infection à VIH et des comorbidités y associées, et en les mettant à la disposition des dispensateurs de soins, le Gouvernement montre une fois de plus par des mesures concrètes, sa volonté de mettre en pratique la vision d'un pays où le bien-être et la qualité de vie des PVVIH soient garantis au sein de la communauté. Cette vision est partagée par l'ensemble des acteurs et partenaires dans le domaine de la santé.

C'est dans ce cadre qu'un plan de mise en œuvre de ces directives vient d'être élaboré et validé en concertation large avec toutes les institutions, structures et personnes impliquées dans la lutte contre le VIH/sida au Burundi. L'objectif de ce document est de proposer une approche stratégique et opérationnelle pour accompagner la mise en œuvre de nouvelles recommandations cliniques et programmatiques. Bien plus, la mise œuvre de ces directives sera une responsabilité partagée, elle nécessitera un accroissement des investissements nationaux et en provenance des partenaires techniques et financiers de la santé.

Grâce à la mise en œuvre de ces nouvelles directives, le Burundi contribuera à atteindre les cibles mondiales de l'élimination de l'épidémie du VIH/SIDA d'ici 2030.

Je saisis cette opportunité pour remercier tous les partenaires qui ont contribué à l'élaboration de ce document de plan de mise en œuvre des directives nationales pour la prévention et le traitement de l'infection à VIH.

Nous souhaitons vivement qu'ils puissent continuer leur appui dans la lutte contre le VIH/SIDA et les Infections sexuellement transmissibles.

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	iii
COMPOSITION DE L'EQUIPE DE REDACTION.....	iv
SIGLES ET ABREVIATIONS	v
I. INTRODUCTION.....	1
II. PREVENTION DU VIH PAR LES ANTIRETROVIRAUX.....	2
II.1. Introduction	2
II.2. Prévention de la transmission du VIH de la mère à son enfant	2
II.3. La Prophylaxie Préexposition (PrEP).....	7
II.4. La prophylaxie post-exposition (PPE).....	14
II.5. La prophylaxie primaire de la tuberculose	15
II.6. Les autres prophylaxies	15
III. UTILISATION DES ANTIRETROVIRAUX DANS LE TRAITEMENT DE L'INFECTION A VIH.....	16
III.1. Liens entre le dépistage du VIH et les soins	16
III.2. Préparation du malade à débiter le traitement antirétroviral	17
III.3. Prescription des schémas de traitement ARV.....	17
IV. BILAN INITIAL ET DE SUIVI DES PATIENTS SOUS TRAITEMENT ARV	24
IV.1. Bilan initial	24
IV.2. Suivi clinique et biologique	24
IV.3. Rétention des patients sous ARV et réengagement aux soins	26
IV.4. Organisation, procédures de mise en place et fonctionnement des Points de Distribution à base communautaire des ARV	33
IV.5. Surveillance des résistances et gestion des échecs thérapeutiques	39
V. OPTIMISATION DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DES PATIENTS PVVIH	42
V.1. Attitudes et principes généraux à suivre par les prestataires.	42
V.2. Les principales Sessions et Etapes à suivre.	43
V.3. Les étapes spécifiques additionnelles en fonction de certains groupes cibles	50
VI. ORGANISATION DE L'OFFRE DES SOINS ET DES SERVICES DE PRISE EN CHARGE DES PVVIH.....	52
VI.1. Introduction.....	52
VI.2. Au niveau communautaire.....	52
VI.3. Au niveau des sites de prise en charge et FOSA.	54

VI.4. Au niveau, des BPS et Districts sanitaires.....	54
VI.5. Au niveau central.....	55
ANNEXES	56
BIBLIOGRAPHIE.....	58

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : SCHEMA DE 1ERE LIGNE CHEZ L'ADULTE, L'ADOLESCENT ET LA FEMME	4
TABLEAU 2 : PROPHYLAXIE ARV RECOMMANDEE AU NOUVEAU-NE D'UNE MERE VIH+	6
TABLEAU 3 : DOSE DE NVP ET D'AZT DANS LE CADRE DE LA PROPHYLAXIE ARV CHEZ LE NOUVEAU-NE.....	6
TABLEAU 4 : SCHEMA DE PREMIERE LIGNE RECOMMANDE CHEZ L'ADULTE, Y COMPRIS LA FEMME ENCEINTE ET L'ADOLESCENT DE PLUS DE 35 KG	18
TABLEAU 5 : EVOLUTION DE L'OPTIMISATION DE L'UTILISATION DE NOUVELLES COMBINAISONS.....	20
TABLEAU 6 : SCHEMAS DE TRAITEMENT ARV RECOMMANDES CHEZ L'ADULTE ET L'ADOLESCENT EN CAS DE COÏNFECTIION TB/VIH	21
TABLEAU 7 : SCHEMAS DE TRAITEMENT ARV RECOMMANDE CHEZ L'ENFANT ET LE NOURRISSON EN CAS DE COÏNFECTIION TUBERCULOSE/VIH	22
TABLEAU 8 : BILAN INITIAL ET DE SUIVI DES PATIENTS VIH+.....	25
TABLEAU 9 : LES TOXICITES LES PLUS FREQUENTES DES ARV DE PREMIERE LIGNE ET DEUXIEME LIGNE	36
TABLEAU 10 : GRADE POUR L'EVALUATION DE TOXICITE	36
TABLEAU 11 : PRINCIPES DE GESTION DE LA TOXICITE AUX ARV	38
TABLEAU 12 : GESTION DES INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES LES PLUS FREQUENTES AVEC DTG	39
TABLEAU 13 : SCHEMA DE DEUXIEME LIGNE RECOMMANDEE CHEZ L'ADULTE, L'ADOLESCENT ET LA FEMME	41
TABLEAU 14 : SCHEMAS DE DEUXIEME LIGNE RECOMMANDEE CHEZ LE NOURRISSON ET L'ENFANT	41

COMPOSITION DE L'EQUIPE DE REDACTION

Nom et prénom	Institution
1. Dr Aimé NDAYIZEYE	PNLS/IST
2. Dr Saïdi KAREMANGINGO	PNLS/IST
3. Dr Noëlla RURIHOSE	PNLS/IST
4. Dr Alice NDIHOKUBWAYO	PNLS/IST
5. KARIYO Léonide	DPPS
6. NKUNDIMANA Jacqueline	PNLS/IST
7. Dr Olive NIYONKURU	CPAMP-CHUK
8. Dr David NDAYISHIMIYE	PNLS/IST
9. Dr Achille SHINGIRO	PNILT
10. Dr Freddy NYABENDA	PNLS/IST
11. NIZIGIYIMANA Célestin	PNLS/IST
12. NGENDAKUMANA Vénuste	PNLS/IST
13. HATUNGIMANA Aaron	DPML
14. BIZIMANA Pascal	CNTS
15. NAHIMPEREYE Sylvain	INSP
16. Dr Sylvain Pagnol NIRAGIRA	ANSS-BURUNDI
17. Dr Jean Bosco BIZABISHAKA	SWAA-BURUNDI
18. Dr Bède MATITUYE	FHI360
19. Dr Evode NIMBONA	Croix Rouge du Burundi
20. Dr Désiré SAKUBU	FHI360
21. Audace NGENDAKUMANA	FHI360
22. Ph Bède NAHAYO	GHSC-PSM
23. Ph Ildéphonse NDUWAYO	GHSC-PSM
24. Déo KAVAMAHANGA	PSI

SIGLES ET ABREVIATIONS

- 3TC : Lamivudine
- ABC : Abacavir
- AELB : Accident d'Exposition au Sang et autres Liquides Biologique
- AFADS : Acceptable, Faisable, Abordable financièrement, Durable et Sûr
- AgHBs : Antigène de l'hépatite B
- AIDS : Acquired ImmunoDeficiency Syndrom
- ANSS : Association National pour le Soutien des personnes Séropositives
- ARV : Antirétroviral
- ATV/r : Atazanavir/ritonavir
- AZT : Zidovudine
- BDS : Bureau de District Sanitaire
- BPS : Bureau de la Province Sanitaire
- C.V : Charge virale
- Ca : Calcium
- CD4 : Cluster de différenciation stade 4
- CDV : Charge Virale
- CHUK : Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge
- CNTS : Centre National de Transfusion Sanguine
- CPN : Consultation prénatale
- DMM : Dispensation Multi mensuelle
- DPML : Département des Pharmacies, Médicaments et Laboratoires
- DPPS : Direction des Programmes et Projets de Santé
- DTG : Dolutégravir
- EFV : Efavirenz
- étME : Elimination de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
- FHI : Family Health International
- FOSA : Formation Sanitaire
- FTC : Emtricitabine
- GASC : Groupement d'Agents de Santé Communautaire
- GHSC-PSM: Global Health Supply Chain-Procurement and Supply Management
- Hb : Hémoglobine
- HDL : High Density Lipoprotein
- IAP : Indicateur d'Alerte Précoce
- IEC : Information Education et communication
- INH : Isoniazide
- INIs : Inhibiteur de l'Intégrase
- INRT : Inhibiteur de la Réverse Transcriptase
- INSP : Institut National de Santé Publique
- IO : Infection Oportuniste
- IST : Infection Sexuellement Transmissible

- LDL : Low Density Lipoprotein
- LPV/r : Lopinavir/ritonavir
- M1 : Mois 1
- Mg : Magnésium
- Ml : millilitre
- NFS : Numération Formule Sanguine
- NVP : Névirapine
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PCR : Polymerase Chain reaction
- PDMM : Point de Distribution Multi Mensuelle
- PEC : Prise en charge
- PEPFAR: Presidency Emergence Program for AIDS Relieve
- PF : Planification Familiale
- PN : Poids de Naissance
- PNILT : Programme National Intégré de Lutte contre la Lèpre et la Tuberculose
- PNLIS/IST : Programme National de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement transmissibles
- PODI : Point de Distribution
- PPE : Prophylaxie Post-Exposition
- PrEP : Prophylaxie Préexposition
- PSI : Population Service International
- PTME : Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
- PVVIH : Personne Vivant avec le Virus d'Immunodéficience Humaine
- RAFG: Reaching an AIDS Free Generation - RAL: Raltégravir
- SIDA : Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
- SMS : Short Message Service
- SWAA: Society for Women Against AIDS in Africa
- TAR : Traitement Antirétroviral
- TBC : Tuberculose
- TDF : Ténofovir Disoproxil fumarate
- TLD : Ténofovir Lamivudine Dolutégravir
- TLE : Ténofovir Lamivudine Efavirenz
- TME : Transmission Mère Enfant
- TPI : Thérapie Préventive à L'Isoniazide
- USAID: United State Aid for International Development
- VHB : Virus de l'hépatite B
- VHC : Virus de l'hépatite C
- VIH : Virus d'Immunodéficience Humaine
- VSBG : Violence Sexuelle Basée sur le Genre
- Zn : Zinc

I. INTRODUCTION

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, en 2020, le Burundi à travers son Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida amorce l'avance vers l'attente des cibles plus ambitieuses 95-95-95 d'ici 2030. Une des stratégies de ces objectifs est la mise en œuvre des stratégies et recommandations internationales. Ainsi, il vient de se doter des nouvelles directives pour la prévention et le traitement du VIH en janvier 2020.

L'actualisation de ces directives s'est basée sur les récentes orientations de l'OMS de Juillet 2019 suggérant l'élargissement de l'utilisation des combinaisons comprenant le DTG en première ligne pour toutes les catégories de la population à l'exception des enfants de moins de 3 ans.

Il importe alors de mettre en place une approche stratégique et opérationnelle pour accompagner la mise en œuvre de ces nouvelles directives par les acteurs et intervenants à tous les niveaux. C'est dans cette optique que ce plan de mise en œuvre fournit des orientations opérationnelles visant à améliorer la qualité de vie des patients vivant avec le VIH et réduire la mortalité liée au VIH

II. PREVENTION DU VIH PAR LES ANTIRETROVIRAUX

II.1. Introduction

La prévention du VIH repose sur la combinaison des méthodes biomédicales (comme l'utilisation des ARVs, du Préservatifs etc.), comportementales et structurelles dans le but de réduire les nouvelles infections à VIH. En plus des méthodes de prévention couramment utilisées les nouvelles directives ont introduit la prophylaxie pré exposition (PrEP) au sein des groupes à haut risque de transmission du VIH (couples sérodiscordants et populations clés)

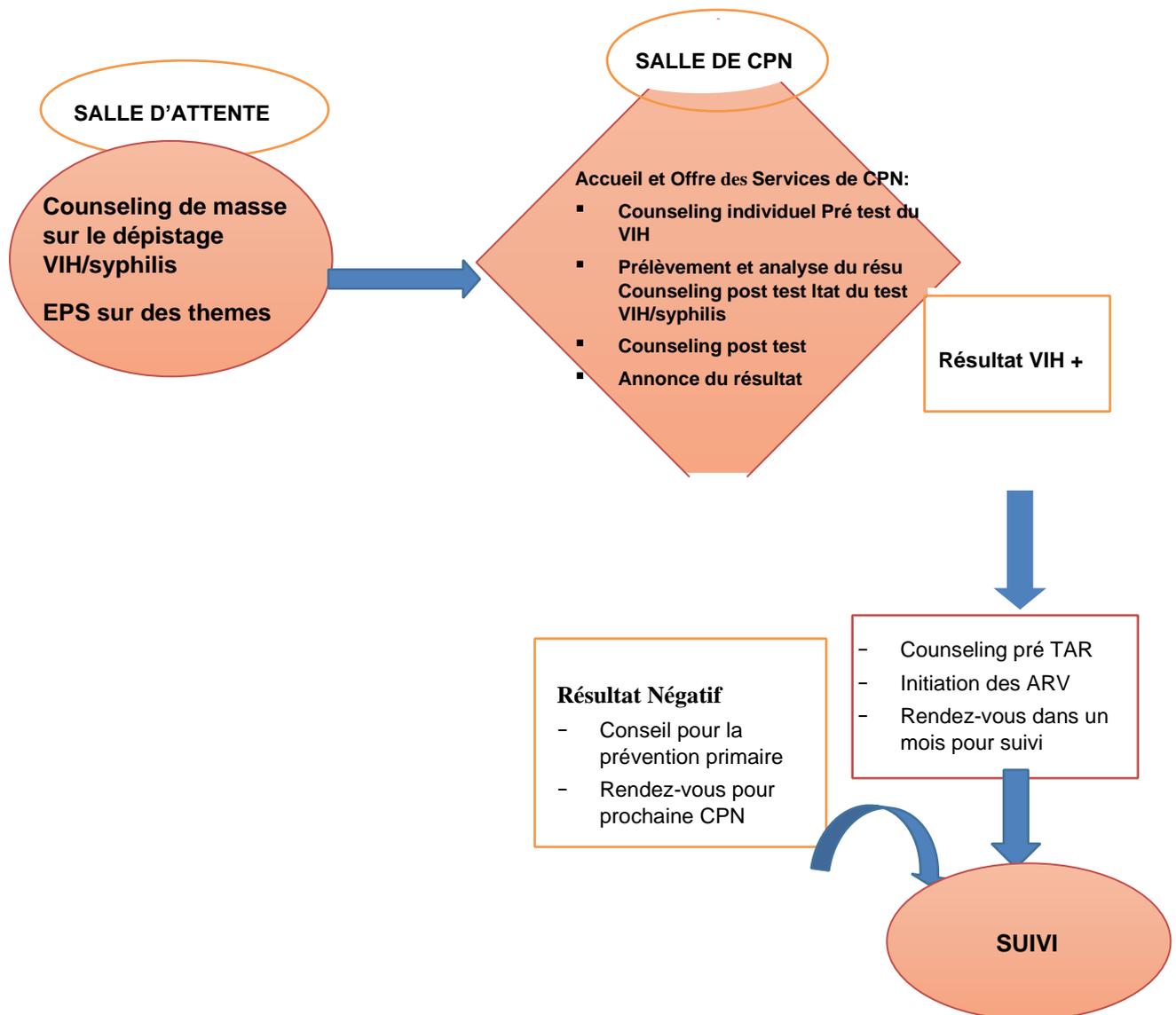
II.2. Prévention de la transmission du VIH de la mère à son enfant

L'utilisation des antirétroviraux chez la femme enceinte ou allaitante séropositive associée à d'autres mesures a prouvé son efficacité dans la réduction du taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant. Selon les directives nationales, les approches de mise en œuvre des interventions de PTME sont :

- L'intégration du dépistage systématique du VIH dans les services des soins prénatals ;
- L'initiation immédiate au traitement ARV chez la femme dépistée VIH+ ;
- Le suivi clinique et virologique de la femme enceinte/allaitante sous TAR ;
- La conduite d'un accouchement à moindre risque de transmission du VIH
- L'administration d'une prophylaxie ARV au nouveau-né et le suivi du nourrisson exposé y compris après l'allaitement ;
- Et les pratiques d'alimentation à moindre risque de transmission du Virus

II.2.1. L'intégration du dépistage de la femme enceinte dans les services de soins prénatals

Un dépistage du VIH/syphilis lors des consultations prénatales dans le cadre de l'é-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. Schématiquement et de façon chronologique, le prestataire procèdera comme suit :



En raison du risque élevé de la 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.
- ✓ Refaire le dépistage du VIH et de la syphilis si le résultat est négatif tous les trois mois pendant la grossesse chez les couples séro-discordants ou dans des situations d'exposition continue ou comportement à risque
- ✓ Refaire un dépistage du VIH et la syphilis au troisième trimestre de la grossesse si le couple est séronégatif
- ✓ Pendant l'allaitement, refaire le dépistage du VIH tous les trois mois chez les couples séro-discordants ou dans des situations d'exposition continue ou comportement à risque et seulement à 6 mois chez le couple séronégatif ou si le risque d'exposition continu a été écarté
- ✓ Si la femme est séronégative et que son partenaire est séropositif (couple sérodiscordant), ou dans des situations d'exposition continue ou comportement à risque (population à haut risque) En plus des mesures ci-haut citées, il leur sera proposé une Prophylaxie pré exposition (PrEP) si le partenaire sexuel reste avec une charge virale non supprimée ou lorsque la charge virale n'est pas disponible.

II.2.2. L'initiation immédiate du traitement ARV à la femme dépistée VIH+

Toute femme enceinte ou allaitante dépistée VIH+ doit immédiatement être mise sous TAR. Le schéma recommandé est identique à celui des adultes et adolescents si la femme dépasse 35 kg. Il 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 1 : SCHEMA DE 1ERE LIGNE 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 >35 kg et femmes enceintes ou allaitantes	TDF/3TC/DTG	TDF/3TC (OU FTC) /EFV (400mg) AZT/3TC+DTG AZT/3TC+EFV (400mg)

Bon à savoir

- ✓ *Faire un test de grossesse avant de prescrire un schéma contenant DTG*
- ✓ *En cas de grossesse, prescrire un schéma contenant DTG et supplémenter la femme en acide folique durant le premier trimestre de la grossesse*
- ✓ *Si une grossesse survient chez une femme sous schéma contenant le DTG, continuer le même schéma et supplémenter la femme en acide folique*

II.2.3. Le suivi clinique et virologique de la femme enceinte/allaitante sous TAR

➤ **Suivi clinique**

La femme enceinte/allaitante VIH+ mise sous TAR devra bénéficier d'un suivi clinique en plus du suivi biologique. Ceci pour renforcer l'observance au traitement et la suppression de la charge virale qui sont des éléments importants pour la réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Rythme de la mesure de la charge virale :

- Pour la femme infectée par le VIH déjà sous TAR, 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 TAR.
- La réalisation de la charge virale au dernier trimestre de la grossesse est nécessaire chez toute femme enceinte séropositive au VIH sous TAR sauf si la charge virale précédente date de moins de trois mois.

II.2.4. L'administration d'une prophylaxie ARV au nouveau-né et le suivi du nourrisson exposé

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 2 : 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

TABLEAU 3 : DOSE DE NVP ET D'AZT DANS LE CADRE DE LA PROPHYLAXIE ARV CHEZ LE NOUVEAU-NE

Poids de naissance	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 1cp de 60mgx2 /j

II.2.5. 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 asseoir les interventions complètes de la PTME.

II.2.5.1. 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 avec une solution de Chlorhexidine ;
- ✓ 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.

II.2.5.2 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 ;
- Quand le nourrisson a six mois, de poursuivre l'allaitement au sein, accompagné d'aliments de complément ;
- Et de 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).

II.3. La Prophylaxie Préexposition (PrEP)

II.3.1. Le contexte de l'introduction de la PrEP

Le Burundi à l'instar d'autres pays se trouve dans la phase de contrôle de l'épidémie du VIH/SIDA. Il est important d'adopter une approche de santé publique, de droits de l'homme et centrée sur la personne lors de l'offre des services de santé (prévention, traitement, rétention, suppression de la charge virale) en général et en particulier la PrEP pour toute personne qui présente un risque élevé de VIH. Comme d'autres interventions de prévention et de traitement du VIH, une approche fondée sur les droits de l'homme donne la priorité aux questions concernant la couverture sanitaire universelle, l'égalité des sexes et les droits liés à la santé, notamment l'accessibilité, la disponibilité, l'acceptabilité et la qualité des services de PrEP offerts aux bénéficiaires. Certains pays ont déjà mise en œuvre la PrEP et les résultats sont satisfaisants en matière de réduction des nouvelles infections.

La PrEP était consignée dans les anciennes directives mais n'a pas été mise en œuvre par manque de moyens logistiques.

Dans les directives 2020, l'approche a été reconduite pour amplifier davantage les approches de prévention afin d'optimiser la réduction de nouvelles contaminations.

Le présent chapitre vient pour donner des précisions sur la mise en œuvre de la PrEP au Burundi.

a. Populations cibles

Les groupes prioritairement bénéficiaires de la PrEP sont les suivants :

- ✓ Les couples sérodiscordants ;
- ✓ Les populations clés (hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, les femmes professionnelles de sexe, UDI ...).

b. Couverture géographique

Pour la personne séronégative au sein d'un couple sérodiscordant, l'approche sera mise en œuvre au niveau national.

Pour les populations clés, étant donné que l'approche est nouvelle et que sa mise en œuvre nécessite un plateau technique en termes d'encadrement et de suivi des prestataires qui vont offrir les prestations y relatives, son introduction se fera de façon graduelle en commençant par un nombre limité de FOSA avec une évolution graduelle vers la mise à l'échelle au niveau national qui permettra de dupliquer les meilleures pratiques tirées de la phase pilote.

II.3.2. L'approche de la PrEP

La PrEP (prophylaxie préexposition) consiste à l'utilisation des antirétroviraux par des personnes qui ne sont pas infectées par le VIH afin de réduire le risque de contracter le VIH. Par définition, il s'agit d'une chimioprophylaxie active dans le cadre du contrôle du VIH/SIDA.

La PrEP doit être fournie à des personnes ayant un risque substantiel d'infection à VIH et celles qui ont des risques continus d'exposition au VIH.

a. Les principes de la PrEP

- ❖ La PrEP est initiée chez les personnes séronégatives pour réduire le risque de transmission du VIH.
- ❖ Le PrEP repose sur l'utilisation d'un schéma d'ARV avec moins d'effets secondaires : TDF/3TC
- ❖ La PrEP est une intervention de prévention additionnelle, d'où la nécessité de combiner la PrEP avec d'autres interventions de prévention tels que

l'utilisation continue et constante de préservatifs ainsi que le traitement des IST qui augmente de façon significative l'efficacité de la PrEP

- ❖ La PrEP est efficace si la prise des médicaments est régulière
- ❖ Évaluation des contre-indications et des effets secondaires de la PrEP : le client ou la cliente devra être examiné pour rechercher les contre-indications telles que des pathologies rénales préexistantes.

b. Le counseling dans l'approche PrEP

Les principaux aspects à aborder lors des séances de counseling avant le démarrage de la PrEP sont les suivants :

- ✓ Dosage nécessaire pour une meilleure protection ;
- ✓ Conduite à tenir en cas de l'oubli d'une dose ;
- ✓ Les stratégies individuelles pour améliorer l'observance ;
- ✓ L'importance d'une surveillance pendant la PrEP ;
- ✓ Gestion des effets secondaires;
- ✓ Comment interrompre et redémarrer la PrEP en toute sécurité ;
- ✓ Mesures de protection de la santé sexuelle au-delà de la PrEP ;
- ✓ Réduction des méfaits pour les consommateurs de drogues ;
- ✓ Orientation globale sur la prévention du VIH.

Lors des séances de counseling, les prestataires doivent répondre à différentes interrogations des populations bénéficiaires de la PrEP (Populations clés et les couples sérodiscordants)

c. Préalables pour la PrEP

1. Dépistage du VIH

La PrEP peut seulement être commencée dès qu'une personne obtient un résultat négatif au test de VIH.

Par ailleurs, le bénéficiaire de la PrEP devra être prêt à avoir un suivi continu avec des tests de dépistage du VIH tous les 3 mois. La PrEP continue d'être administrée aussi longtemps que l'exposition existe.

2. L'évaluation clinique et la préparation à l'adhérence

L'évaluation clinique est centrale dans le processus d'administration de la PrEP. Il s'agit d'une étape capitale pour minimiser la survenue de résistance aux molécules utilisées dans le cadre de la PrEP avant l'initiation de la PrEP. Le client ou la cliente devra être examiné pour rechercher les contre-indications possibles et les autres pathologies, préexistantes (des pathologies rénales, les hépatites B).

La préparation et le soutien à l'adhérence est un élément important de la PrEP du fait que l'efficacité de la PrEP est fortement associée à l'adhérence quotidienne au traitement. La PrEP doit être fournie dans des conditions favorables à un bon niveau d'adhérence au traitement, de même l'évaluation et le soutien de l'adhérence à la PrEP doivent se faire à chaque contact avec le client ou la cliente ; les clients ou les clientes recevant la PrEP devront être informés du lien vers les services de PEC du VIH en cas de résultat positif au VIH lors des tests du VIH trimestriels.

Bon à savoir :

1. ***En raison du faible niveau de développement de résistances aux molécules utilisées dans la PrEP, les clients VIH+ qui ont précédemment bénéficié d'une PrEP devront être mis sous ARV selon les schémas de première ligne en vigueur après l'arrêt de la PrEP***
2. ***Les clients qui décident d'arrêter la PrEP (disparition des facteurs majeurs d'exposition au VIH) ou qui doivent l'arrêter en raison de la survenue d'effets secondaires ou à volonté devront continuer à bénéficier***

d. Modalités de Prescription de la PrEP

La prescription de la PrEP consiste en une prise quotidienne et unique du TDF/3TC ou TDF/FTC (emtricitabine) de façon continue jusqu'à la cessation du risque majeur d'exposition.

Chez les couples sérodiscordants, le partenaire séronégatif doit bénéficier d'une prophylaxie pré-exposition pour une période d'au moins 6 mois à condition que le

partenaire séropositif pour le VIH mis sous traitement ARV ait effectué 2 mesures de la CV consécutives qui sont revenues indétectables.

En cas de prise continue, la protection de la PrEP ne devient effective et efficace qu'après 7 jours de prise chez les hommes et 21 jours chez les femmes. Il doit être poursuivi jusqu'à 2 jours après le dernier rapport sexuel.

Il existe un schéma alternatif de PrEP (PrEP « à la demande ») c'est-à-dire une prise discontinuée de PrEP. Il est efficace pour les personnes qui planifient leurs rapports sexuels. Il est important de ne rater aucune dose.

Si la personne décide de programmer les relations sexuelles sans préservatif 24 heures à l'avance, le protocole suivant est efficace pour la prévention :

- ✓ Prendre 2 comprimés 2 à 24 heures avant le rapport sexuel
- ✓ Prendre 1 comprimé 24 heures plus tard
- ✓ Puis prendre 1 comprimé supplémentaire 48 heures après.

Si l'individu a des relations sexuelles pendant une période prolongée, peut-être sur quelques jours ou un week-end, continuer à prendre un comprimé de TDF/3TC toutes les 24 heures jusqu'à ce qu'on ait 2 jours sans rapport sexuel.

NB :

Cette option d'arrêt n'est pas recommandée à l'individu qui a une hépatite B active. Les médicaments contenus dans la PrEP suppriment également le virus de l'hépatite B et donc le démarrage et l'arrêt de la PrEP peuvent provoquer des poussées virales et une inflammation du foie. Chez un patient avec hépatite B, la bithérapie va être continuée à vie. de services de prévention du VIH et autres IST.

Algorithme de la PrEP (Voir annexe 1)

II.3.3. Suivi - Evaluation et rapportage

Les outils de SUIVI-EVALUATION vont permettre de disposer des données collectées au niveau des sites d'implémentation de la PrEP. Ces données seront analysées et permettront de prendre des décisions au cours de la mise en œuvre de l'approche PrEP.

1. Les outils de la PrEP

a. Fiche d'évaluation du risque et admissibilité à la PrEP

Cet outil fait état du processus permettant d'établir l'admissibilité à la PrEP des patients qui désirent en commencer une pré-prophylaxie. Bien que la définition de l'admissibilité à la PrEP diffère d'un pays à l'autre en fonction du contexte local et du programme, trois critères sont universellement essentiels avant d'offrir une PrEP individuelle :

- ✓ Statut séronégatif confirmé,
- ✓ Absence de symptôme d'infection aiguë par le VIH,
- ✓ Etre considéré comme étant à risque potentiel élevé pour le VIH (évaluation des facteurs de risque VIH).

b. Registre patient

Cet outil fournit un résumé des données longitudinales essentielles relatives à chaque patient inscrit dans le rapport d'établissement PrEP.

c. Dossier Client sous PrEP

Cet outil sert de dossier médical du patient et doit être conservé dans l'établissement de santé qui offre la PrEP.

d. Rapport mensuel

Il s'agit d'un formulaire-type permettant aux structures de santé d'enregistrer des informations cumulatives mensuelles au sujet des services de PrEP. Les données agrégées peuvent être calculées grâce aux informations inscrites dans le registre des patients PrEP.

e. Rapport trimestriel des clients sous PrEP

Cet outil inclut une feuille de calcul et un document type de rapport sommaire permettant de calculer et de rendre compte des résultats liés à la PrEP, comme la rétention des patients et la réalisation des tests de suivi de dépistages du VIH. Les informations nécessaires pour remplir ce rapport sont disponibles dans le registre des patients PrEP.

2. Cascade PrEP(suivi)

Un programme de PrEP efficace est un programme dans lequel les personnes à risque élevé de contracter le VIH sont correctement identifiées, se voient proposer la PrEP et l'utilisent ensuite comme indiqué.

Pour ce faire, le programme de PrEP doit être correctement ciblé en fonction du profil épidémiologique pour atteindre les groupes de populations et les individus les plus à risque. La prestation de services PrEP suit une cascade qui est analogue à la cascade de traitement du VIH et comprend les étapes suivantes :

- ✓ Dépistage des personnes à risque de VIH pour identifier les candidats potentiels à la PrEP ;
- ✓ Déterminer l'admissibilité et l'intérêt pour la PrEP ;
- ✓ Initier la PrEP ;
- ✓ Améliorer l'observance (c'est-à-dire, prendre les médicaments prescrits);
- ✓ Continuer à prendre la PrEP au fil du temps (y compris la surveillance clinique) si le risque persiste ; ✓ Arrêt de la PrEP.

II.3.4 Coordination

Les structures vont produire mensuellement un rapport d'activités et documenter les défis et les bonnes pratiques qui feront objet d'échanges dans les réunions mensuelles à l'échelle du district sanitaire.

De même, une réunion trimestrielle de suivi sera organisée au niveau provincial.

Le PNLS/IST et ses partenaires de mise en œuvre vont assurer la coordination des structures mettant en œuvre cette approche et un état d'avancement sera présenté

lors des réunions semestrielles de suivi et coordination des interventions de lutte contre le VIH.

Des missions ponctuelles de supervision des prestataires seront réalisées pour se rassurer de la bonne mise en œuvre de l'approche (les outils d'implémentation).

II.4. La prophylaxie post-exposition (PPE)

II.4.1. 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 6 ans.

II.4.2. 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 fait ;
- Pour la prophylaxie ARV, se référer à la prophylaxie post exposition.

II.5. La prophylaxie primaire de la tuberculose

La prophylaxie primaire de la tuberculose par RPT/INH (Rifapentine et INH) pendant 1 mois réduit le risque d'évolution vers la tuberculose maladie chez les PVVIH. 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.

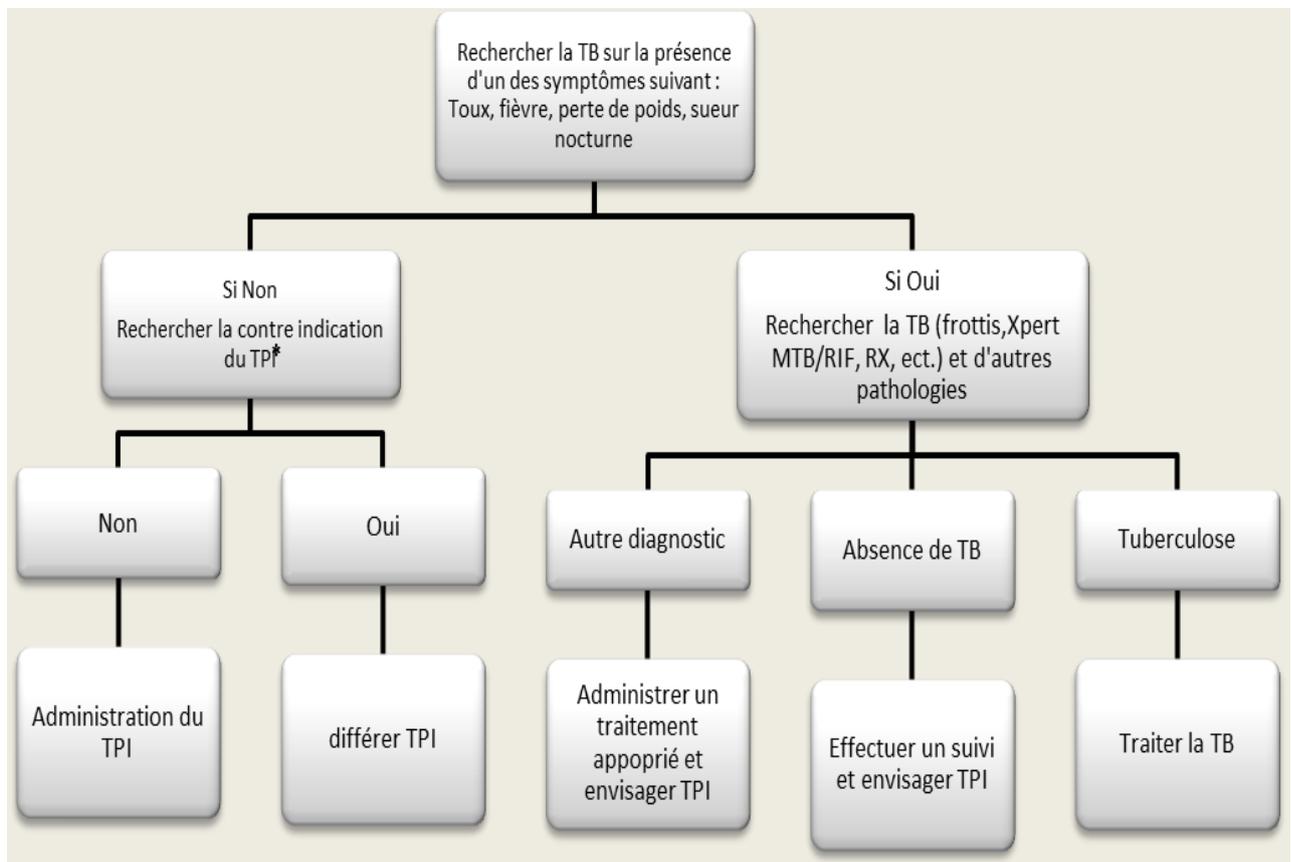


Figure 1 : Algorithme de l'initiation du TPI

II.6. Les autres prophylaxies

En cas d'infection opportuniste, particulièrement en cas de cryptococcose neuroméningée 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.

III. UTILISATION DES ANTIRETROVIRAUX DANS LE TRAITEMENT DE L'INFECTION A VIH

III.1. Liens entre le dépistage du VIH et les soins

Le traitement ARV est initié le plus tôt possible, et de préférence le même jour, à toute personne ayant été dépistée positive pour le VIH au plus tard dans les 7 jours après le résultat positif : « **Tester et traiter** ». Le retard aux soins peut également mener à l'initiation du TAR (traitement antirétroviral) à un stade avancé de la maladie, ce qui compromet les résultats optimaux de traitement. Face à l'accroissement continu de la file active des PVVIH, les approches nouvelles en matière de traitement reposent sur la prescription et la distribution multi mensuelle à travers la mise en place des Points de Distribution (PODI) et des Groupement d'Agents de Santé Communautaire (GASCs). Aussi, faut-il noter l'inaccessibilité géographique des sites de traitement du fait de la non-intégration du traitement ARV dans tous les centres de santé.

A côté des occasions manquées qui font qu'une grande partie des enfants exposés ne soit pas diagnostiquée au VIH en temps opportun, les faiblesses dans le continuum des soins font qu'une partie non négligeable des enfants diagnostiqués VIH + ne sont pas enrôlés dans les structures de prise en charge ou le sont très tardivement. Cela se produit également chez les adultes où il arrive que des personnes dépistées VIH+ soient perdues de vue avant même d'être enrôlées au traitement ARV. En vue de faire face à cette situation, diverses interventions sont proposées comme suit :

- Standardiser, multiplier et diffuser une carte/fiche de liaison entre les services de dépistage et PEC (document de référence et de contre référence) : le patient sera enregistré sous le même code qu'il a eu lors du service de dépistage du VIH. Elle sera donnée à toute personne dépistée séropositive dans le CDV et précisera le site de PEC le plus proche ou préféré par le patient. Dans un souci de minimiser les perdus de vue, il est conseillé que le patient dépisté VIH+ soit suivi sur le même site. S'il arrive que le patient souhaite être référé pour une prise en charge sur un autre site, un document de référence doit être fait, et suivi activement pour assurer le lien avec le site de leur choix. Pour les références internes, il est conseillé que les patients soient accompagnés du point de dépistage vers le service de prise en charge par un médiateur de santé, aide-soignant ou autres.
- Procéder à l'ouverture du dossier et à une évaluation clinique de toute personne dépistée VIH+ le même jour et prescrire les soins appropriés (Cotrimoxazole pour la prophylaxie des IO, TPI pour les clients screennés négatifs pour TBC, et ARV si la préparation à l'adhérence est terminée) en fonction des capacités de la FOSA, ou référez-vous pour les services TAR au besoin.
- Faire un calendrier de suivi en commun accord avec le patient, pour minimiser les risques de découragement et d'abandon, en conformité avec les directives nationales.

III.2. Préparation du malade à débiter le traitement antirétroviral

Avant de débiter le TAR, le personnel de santé :

Doit mener une discussion détaillée avec le client (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 et le maintien à long terme de la charge virale indétectable.

En plus de ces avantages individuels, le patient reçoit aussi des informations sur la réduction des risques de transmission du VIH en cas de charge virale indétectable. 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)

N.B : Un guide de procédure opérationnel standard de l'offre du counseling pour l'adulte et l'enfant adapté à l'approche « tester et traiter » sera produit comme aide-mémoire et mise à la disposition du prestataire.

III.3. Prescription des schémas de traitement ARV

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.

Les directives nationales pour la prévention et le traitement du VIH (2020) ont défini des schémas thérapeutiques optimisés. Elles se fondent sur l'élargissement de l'utilisation des combinaisons à base de Dolutégravir pour tous les adultes, adolescents et enfants de plus de 20 kg

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.

III.3.1. Prescription du traitement ARV aux nouveaux cas dépistés VIH positifs

TABLEAU 4 : SCHEMA DE PREMIERE LIGNE RECOMMANDE CHEZ L'ADULTE, Y COMPRIS LA FEMME ENCEINTE ET L'ADOLESCENT DE PLUS DE 35 KG

Catégorie de population	Option de 1 ^{ère} ligne recommandée	Alternatives pour la 1 ^{ère} ligne
Adultes, adolescents de plus de 35 kg et femmes enceintes	TDF/3TC/DTG	TDF/3TC (OU FTC) /EFV (400mg) AZT/3TC+DTG AZT/3TC+EFV (400mg)

L' enrôlement au TLD se fait systématiquement pour les nouveaux PVVIH sauf en cas de contre-indication.

III.3.2. Prescription du traitement ARV aux PVVIH qui étaient sous les anciens schémas thérapeutiques

❖ PVVIH adulte :

La mise en œuvre des nouvelles directives doit nécessiter le passage des anciens schémas aux schémas optimisés. Toute combinaison à base de névirapine est à éviter. Le tableau ci-dessous résume les modalités de passage des anciens aux nouveaux schémas.

- Patient sous la première ligne de TAR

Anciennes combinaisons	Nouvelles combinaisons	
	Option privilégiée	Alternatif
TDF/3TC/EFV(600)	TDF/3TC/DTG	TDF/3TC/EFV(400)
AZT/3TC/NVP	TDF/3TC/DTG	AZT/3TC+DTG
AZT/3TC+EFV(600)	TDF/3TC/DTG	AZT/3TC+DTG
TDF/3TC+NVP	TDF/3TC/DTG	AZT/3TC+DTG

- Patient sous molécules de deuxième ligne de TAR

Anciennes combinaisons	Nouvelles combinaisons	
	Option privilégiée	Alternatif
ABC/3TC+ATV/r	ABC/3TC+ATV/r	ABC/3TC+DTG
ABC/3TC+LPV/r	ABC/3TC+DTG	ABC/3TC+ATV/r
AZT/3TC+ATV/r	AZT/3TC+DTG	AZT/3TC+ATV/r
TDF/3TC+ATV/r	TDF/3TC/DTG	TDF/3TC+ ATV/r

❖ **PVVIH enfant :**

Tranche d'âge	Anciennes combinaisons	Nouvelles combinaisons	
		Option privilégiée	Alternatif
Moins de 3 ans (< 15 kgs)	ABC/3TC+LPV/r	ABC/3TC+LPV/r ou ABC/3TC/LPV/r	ABC/3TC+RAL
	AZT/3TC+LPV/r		
3 à 6 ans (15-20Kg)	ABC/3TC+EFV	ABC/3TC+LPV/r ou ABC/3TC/LPV/r	ABC/3TC+EFV
	ABC/3TC + NVP		
	AZT/3TC/NVP		
6 à 10 ans (20-30kg)	ABC/3TC+EFV	ABC/3TC+DTG	AZT/3TC+DTG
	ABC/3TC + NVP		
	AZT/3TC/NVP		
Plus de 10 ans (>30kgs)	Voir adulte	Voir adulte	Voir adulte

Pour les PVVIH qui étaient déjà sous schémas 1^{ère} ligne d'autres que TLD et TLE, ils vont passer aux schémas optimisés jusqu'en juillet 2020.

A partir du mois d'août 2020, toute PVVIH sous schéma de 1^{ère} ligne ne contenant pas DTG devra passer sous schéma contenant DTG. Ce passage devra se terminer au 31 décembre 2020.

Le tableau ci-dessous détaille l'évolution mensuelle de l'optimisation de l'utilisation de nouvelles combinaisons.

TABLEAU 5 : EVOLUTION DE L'OPTIMISATION DE L'UTILISATION DE NOUVELLES COMBINAISONS

SCHEMA	Janv20	Fev-2020	mars-20	avr20	mai20	juin20	juil20	Août-20	sept20	oct20	nov20	déc20	%
TOTAL FILE ACTIVE SOUS TLE	35380	35380	35380	35380	35380	35380	35380	15380	380	80	0	0	0%
TOTAL FILE ACTIVE SOUS TLD	30104	30374	30644	30913	31183	31453	31723	51962	67201	67742	68061	68262	96,54%
TOTAL FILE ACTIVE SOUS AZT/3TC+EFV	2273	2273	2273	2273	2273	2273	2273	273	73	0	0	0	0%
TOTAL FILE ACTIVE SOUS AZT/3TC+DTG	77	86	96	106	115	125	135	2135	2335	2408	2408	2447	3,46%
TOTAL	67833	68113	68392	68672	68951	69231	69511	69750	69990	70230	70469	70709	100%

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

III.3.3 1. Cas de coïnfection 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.

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 (soit 1 comprimé de TLD + 1 comprimé de DTG 50 mg par jour) 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 6 : SCHEMAS DE TRAITEMENT ARV RECOMMANDES CHEZ L'ADULTE ET L'ADOLESCENT EN CAS DE COÏNFECTIION 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 soit 50 mg à 100 mg.
	AZT/3TC+ DTG	Continuer le même traitement en doublant la dose de DTG durant la période du traitement anti-TB
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- TB
	TDF/3TC/DTG	Continuer le même traitement en doublant la dose de DTG durant la période du traitement anti-B

TABLEAU 7 : SCHEMAS DE TRAITEMENT ARV RECOMMANDE 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 (< 15 kgs);		ABC/3TC+LPV/r ou ABC/3TC/LPV/r (doubler la dose de LPV/r durant le traitement anti- TB) ABC/3TC+RAL (doubler la dose de RAL durant le traitement anti- TB)
	3 à 6 ans (15-20Kg);		ABC/3TC+LPV/r ou ABC/3TC/LPV/r (doubler la dose de LPV/r durant le traitement anti- TB) ABC/3TC+EFV (continuer même le schéma)
	6 à 10 ans (20-30kg)		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 (>30kgs)		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 (< 15 kgs);	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 à 6 ans (15-20Kg);	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 à 10 ans (20-30kg)	ABC/3TC+DTG	Continuer le même schéma contenant et doubler la dose de DTG durant la période de traitement antiTB si poids plus de 25Kg
		AZT/3TC+DTG	Continuer le même schéma contenant et doubler la dose de DTG durant la période de traitement antiTB si poids plus de 25Kg
Plus de 10 ans (>30kgs)	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.

N.B. 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.

IV. BILAN INITIAL ET DE SUIVI DES PATIENTS SOUS TRAITEMENT ARV

IV.1. Bilan initial

Il comprend :

- ✓ Retesting en cas de doute
- ✓ Le dosage de l'Hb (si AZT)
- ✓ Dosage des CD4 si possible
- ✓ 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.

IV.2. Suivi clinique et biologique

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.

a) Suivi clinique

- *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 problèmes.*
- **Suivi clinique des patients sous ARV : les patients sous ARV sont classés en deux catégories et le rythme de suivi en dépend :**

Patient stable :



Tout patient sous TAR qui répond strictement à toutes les conditions ci-dessous :

- ✓ 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,
- ✓ Être observant au TAR 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 d'évaluation et de prescription ARV tous les 6 mois et l'approvisionnement en ARV se fait une fois les 3 mois.

NB Les patients sous TPI l'approvisionnement en INH se fait également tous les trois mois au même moment que les ARVs.

Selon la préférence du patient, son approvisionnement en ARV pourra se faire au niveau du site de prise en charge ou au niveau du PODI communautaire.

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.

b) Suivi biologique des patients sous TAR

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 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 ci-dessous.

TABLEAU 8 : BILAN INITIAL ET DE SUIVI DES PATIENTS VIH+

Examens	Bilan initial	Bilans de Suivi sous TAR				
		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

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 amylassurie,
- ✓ Tout autre examen en fonction du contexte pathologique

IV.3. Rétention des patients sous ARV et réengagement aux soins

IV.3.1. 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, mais elle 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.

IV.3.2. 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.

IV.3.3. 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.

Il est à souligner que les personnes qui ratent leurs rendez-vous dans les premiers mois de mise sous traitement sont susceptibles d'avoir des comportements défavorables à leur santé entraînant ainsi une morbidité et mortalité accrues. Par contre la rétention précoce au traitement entraîne une suppression virologique avec une amélioration de l'état de santé des patients.

IV.3.4. 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	<p>Dans le but de désengorger les FOSA, des approches innovantes de prestations de soins ont été développées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Espacement des rendez-vous - Prescription multi-mensuelle, - Mise en place de points de distribution communautaires, - Extension des heures de visite, - Organisation des séances de soutien à l'observance (week-ends thérapeutiques, groupe de parole, colonies de vacances etc.) pour les enfants et leurs familles et les adolescents <p>Le temps des prestataires de santé sera libéré et ils pourront ainsi consacrer davantage de temps aux patients qui en ont le plus besoin.</p>
Dispensation multimensuelle	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.
Recherche active des patients qui ont raté les rendez vous	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	<p>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.</p> <p>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.</p>

IV.3.5. Rétention aux soins de différentes catégories de population

a) Les femmes VIH+ enceintes, allaitantes ou en post-partum

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

- Consultation 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 approche centrée sur la famille et une meilleure implication des hommes.

b) 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. Tant que le niveau de maturité chez l'enfant est encore faible pour comprendre ce que c'est le VIH, l'annonce du statut sérologique positif aux enfants a généralement lieu tardivement. Il est donc difficile de discuter avec eux de l'importance du suivi.

Les interventions comprennent :

L'invitation des parents et/ou tuteurs à se présenter pour un suivi régulier.

La programmation 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.

c) Adolescents

En général, 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, ainsi, que la suppression de la charge virales 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 (services de santé pour les jeunes disponibles dans les centres de santé amis des jeunes...) ;
- ✓ La fourniture de services pour adolescents à des moments précis ou dans des zones séparées de ceux des adultes, 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.

IV.3.6. Stratégie de recherche active des patients qui ont raté les rendez-vous

Le traitement ARV reste jusqu'ici à vie. Les prises sont quotidiennes. L'efficacité du traitement est toujours le résultat d'une bonne observance et adhérence. L'évaluation de son efficacité est faite par le dosage de la charge virale. Le non-respect du rendez-vous est un signe d'alerte précoce d'une mauvaise adhérence/observance. Pour mieux améliorer la rétention et maintenir la file active, les sites de traitement ARV devront suivre les procédures opérationnelles suivantes :

Norme 1: Mettre dans la routine de l'offre de soins l'octroi de rendez-vous.

- ✓ Enregistrer dans son dossier et dans le carnet du patient la date de prochain rendez-vous.
- ✓ Avant de rentrer, le patient passe à l'accueil pour faire enregistrer la date de prochain rendez-vous dans l'agenda tenu par le service d'accueil.

Norme 2: Chaque jour, le service de l'accueil dresse la liste des patients qui ont un rendez-vous le lendemain.

- ✓ La liste est transmise au service pour lequel le patient a un rendez-vous.

- ✓ Les prestataires de ces services consultent la liste et font l'analyse des dossiers de ces patients.
- ✓ S'il y a l'un ou l'autre patient qui doit être rappelé, le prestataire l'appelle soit par appel téléphonique, SMS, WhatsApp ou autre canal de communication convenu.

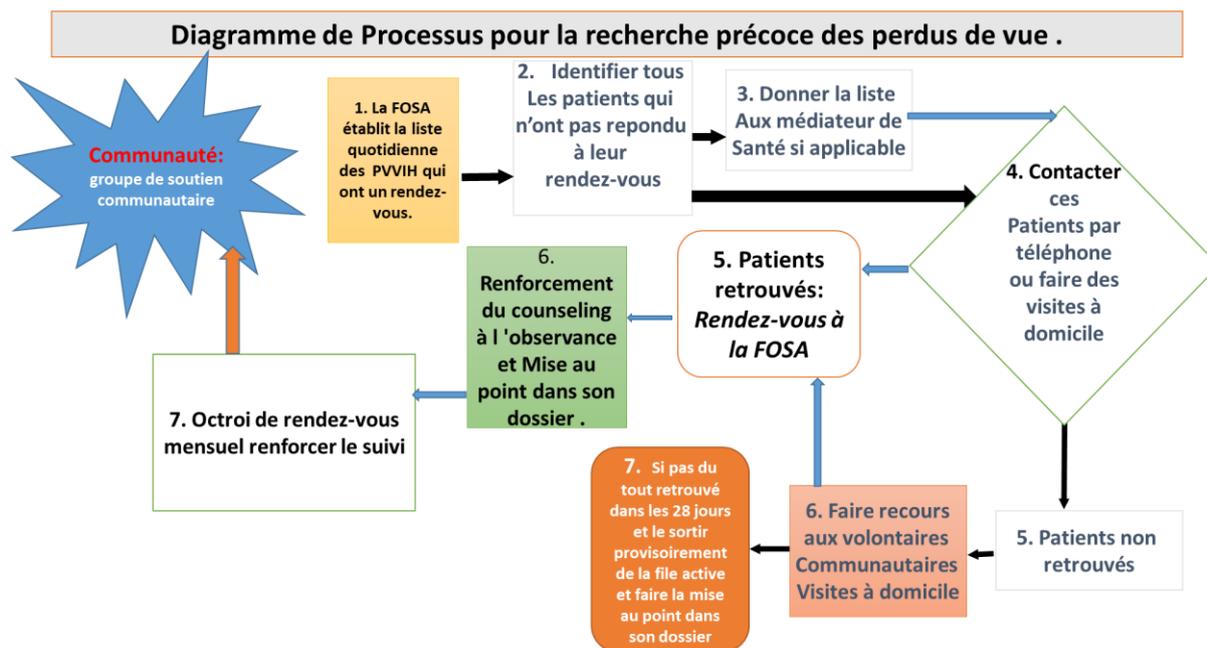
Norme 3 : Chaque jour, le service de l'accueil dresse la liste des patients qui n'ont pas répondu au rendez-vous.

- ✓ La liste de ces patients est transmise dans tous les services.
- ✓ Les noms et prénoms de ces patients sont enregistrés dans le support de recherche active des patients n'ayant pas répondu au rendez-vous;
- ✓ La liste doit aussi contenir les adresses et les numéros de contact des patients ou de leurs référents.
- ✓ Les prestataires des sites entament la recherche active de ces patients en utilisant les appels téléphoniques et les visites à domicile.
- ✓ Les médiateurs de santé collaborent avec les relais communautaires /Agents de santé Communautaire pour la recherche.
- ✓ Au bout de 28 jours de recherche, les prestataires complètent les modalités qui sont proposées dans le registre et si le patient n'a pas été retrouvé, il faut le soupçonner de perdue de vue et continuer la recherche. Après trois mois de recherche sans succès, le patient sera classifié de perdu de vue et retiré dans la file active.

Norme 4 : Si le patient a été retrouvé, le prendre comme patient instable.

- ✓ Planifier avec lui des consultations de suivi mensuel ;
- ✓ Reprendre les sessions et les étapes de l'éducation thérapeutique telles que mentionnées ci-haut ;
- ✓ Concevoir ou ajuster avec le patient son plan d'adhérence et d'observance ;
- ✓ Une consultation médicale de mise au point est obligatoire ;
- ✓ Refaire le plan de prélèvement de la charge virale adapté à la situation du patient.

Le diagramme suivant donne une aperçue globale des étapes du processus de recherche active des perdus de vue et de gestion des patients retrouvés.



IV.3.7. Ré initiation 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 ARV le patient prenait-il et pendant combien de temps avant qu'il soit perdu de vue ?
- ✓ 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.

IV.4. Organisation, procédures de mise en place et fonctionnement des Points de Distribution à base communautaire des ARV

IV.4.1. Pourquoi les PODI chez les PVVIH stables ?

Les patients stables et adhérant au traitement ARV ont besoin de recevoir leurs médicaments et si besoin les soins, en un temps record pour qu'ils continuent à vaquer à leurs occupations, supporter leurs familles et atteindre d'autres objectifs de la vie.

IV.4.2. Avantages pour les patients

- ✓ Accès facile, rapide et continu aux médicaments ARV et autres médicaments;
- ✓ Opportunité d'établir un groupe de soutien avec d'autres patients ;
- ✓ Le patient est encouragé à se prendre en charge et à se contrôler ;
- ✓ Entraide mutuelle des patients de la même communauté y compris le suivi de ceux qui ne se présentent pas dans les services de soins ;
- ✓ Amélioration de la rétention des patients au traitement et la suppression de la charge virale ;
- ✓ Opportunité d'établir un groupe de soutien avec d'autres patients ;
- ✓ Le patient est encouragé à se prendre en charge et à se contrôler ;

IV.4.3. Avantages pour le système de santé et les formations sanitaires

- Réduction du volume des patients qui visitent les formations sanitaires avec un gain sur la qualité des soins ;
- Les cliniciens ont plus de temps pour :
 - Recevoir les nouveaux patients :
 - Les initier au traitement,
 - S'occuper des patients instables ou à risque d'échec au traitement.

IV.4.4. Procédure de mise en place des PODI autour des FOSA

Les prestataires identifient dans la file active tous les patients stables ;

- ✓ En fonction du nombre, du volontariat et de leur provenance, les prestataires facilitent leur répartition en différents PODI-Groupe ;
- ✓ Le PODI-Groupe porte un nom par rapport à la formation sanitaire à laquelle il est affilié et un numéro en fonction du nombre de groupes de soutien retenus par FOSA (exemple ANSS PODI-Groupe 1, ANSS PODI-Groupe 2 etc...) ;
- ✓ Chaque PODI-Groupe comprend un maximum de 30 bénéficiaires (5-30) ;
- ✓ Pendant la consultation au niveau de la formation sanitaire, les prestataires proposent au patient nouvellement stable le PODI-Groupe en lui présentant les avantages, la procédure, le fonctionnement ;
- ✓ Les prestataires élaborent une fiche de référence vers le PODI-Groupe que ce dernier a choisi en deux copies ;
- ✓ Cette fiche doit comprendre en plus de l'identification du patient, le régime thérapeutique :

- Une copie est placée dans le dossier patient au niveau de la FOSA,
 - Une deuxième copie est placée dans le dossier PODI-Groupe
- ✓ Le facilitateur (ASC/ou pair PVVIH) responsables du PODI-Groupe inscrit dans la fiche du patient le nom/numéro du PODI-Groupe de soutien communautaire auquel il a été transféré ;
 - ✓ Le facilitateur PODI-Groupe inscrit le nom du patient sur la liste du PODI-Groupe auquel il a été transféré ;
 - ✓ Le patient est informé sur la date de la prochaine visite dans le cadre du PODI-Groupe ;
 - ✓ Le patient reçoit les instructions sur le point de rencontre pour la prochaine visite PODI-Groupe ;
 - ✓ Le patient est aussi informé sur ce à quoi il faut s'attendre à la prochaine visite.

En Bref, il faut :

- La Catégorisation systématique des patients stables et non stables ;
- Avoir une liste des patients éligibles à la PDMM et l'actualiser mensuellement;
- S'assurer de la disponibilité /usage des ordonnanciers ou registres de prescription multi mensuelle dans les FOSA ;
- Faire la Prescription/Dispensation multi mensuelle (6 mois/ 3 mois) pour les patients stables éligibles ;
- Constituer les groupes de soutien communautaire/PODI des patients de même localité suivant leur consentement (5 à 30 patients par le Groupement d'Agents de Santé Communautaire « GASC ») ;
- Organiser une réunion d'orientation sur le fonctionnement des GASC/PODI au niveau communautaire avec les membres ;
- Encadrer l'élection des responsables des GASC/PODI ;
- Rapprocher les rendez-vous d'approvisionnement des membres de chaque GASC/PODI.

IV.4.5. Organisation de la fréquentation au PODI-Groupe

- ✓ Tous les membres du PODI-Groupe doivent se présenter le jour de distribution des médicaments ;
- ✓ En cas d'absence, le patient doit s'approvisionner au niveau de la FOSA ;
- ✓ Si le patient n'a pas retiré ses médicaments le jour de rendez-vous, ses détails seront envoyés à la formation sanitaire pour être inclus dans le système de traçage et suivi des patients ;
- ✓ En collaboration avec les autres membres du PODI-Groupe, le facilitateur se chargera de documenter la raison de non-approvisionnement.

IV.4.6. Les modalités d'approvisionnement.

- Les prescriptions médicales sont renouvelables pour 3 à 6 mois ;
- Elles sont faites en deux copies dont :
 - L'une est gardée dans le dossier du patient à la formation sanitaire,
 - L'autre dans le dossier du PODI-Groupe auquel le patient appartient.

IV.4.7. Accès aux Médicaments dans le PODI-Groupe

- Les médicaments seront reconditionnés à la pharmacie de la formation sanitaire pour une période de 90 jours (trois mois pour chaque patient);
- Le jour de rencontre, le facilitateur amène les médicaments au lieu de rencontre ;
- Chaque patient signe pour la réception de ses médicaments ;
- Un contact soutenu avec le gestionnaire de la pharmacie est nécessaire pour s'assurer que les médicaments sont apprêtés le jour du PODI-Groupe ;
- Les médicaments qui ne sont pas distribués le jour du PODI-Groupe doivent être retournés à la pharmacie le même jour.

IV.4.8. Suivi et Evaluation des interventions des PODI

- ✓ Chaque PODI-Groupe doit avoir un registre ;
- ✓ La formation sanitaire aura un fichier-PODI contenant les prescriptions de tous les patients affiliés au groupe ;
- ✓ Le registre PODI-Groupe est utilisé à chaque visite (se référer au registre et guide d'utilisation) ;
- ✓ Le registre doit être retourné à la formation sanitaire après la visite ;
- ✓ Le registre doit être contrôlé régulièrement par le facilitateur du PODI au niveau de la formation sanitaire (chargée de la dispensation)

NB : Après la rencontre du PODI-Groupe, toutes les informations contenues dans le registre du PODI-Groupe doivent être transférées dans le registre de la formation sanitaire.

IV.4.9. 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) de la résistance du VIH aux ARV.

TABLEAU 9 : LES TOXICITES LES PLUS FREQUENTES DES ARV DE PREMIERE LIGNE ET DEUXIEME 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 : GRADE POUR L'EVALUATION DE TOXICITE

Hématologie	Grade 1	Grade 2	Grade 3	Grade 4
Hémoglobine	8,0 – 9,4 g/dl	7,0 – 7,9 g/dl	6,5 – 6,9 g/dl	< 6,5 g/dl
Neutrophiles	1000 – 1500/ mm ³	750 – 999/ mm ³	500 – 749/ mm ³	< 500/ mm ³
Plaquettes	75000 – 99000/ mm ³	50000 – 74999/ m ³	20000 – 49999/ mm ³	< 20000 /mm ³
Enzymes hépatiques				
AST (SGOT)	1,25 – 2,5 x NI	> 2,5 – 5,0 x NI	> 5,0 – 10 x NI	> 10 x Normal
ALT (SGPT)	1,25 – 2,5 x NI	> 2,5 – 5,0 x NI	> 5,0 – 10 x NI	> 10 x Normal
GGT	1,25 – 2,5 x NI	> 2,5 – 5,0 x NI	> 5,0 – 10 x NI	> 10 x Normal

Phosphatases alcalines	1,25 – 2,5 x NI	> 2,5 – 5,0 x NI	> 5,0 – 10 x NI	> 10 x Normal
Enzymes pancréatiques				
Amylase	> 1,0 – 1,5 x NI	> 1,5 – 2,0 x NI	> 2,0 – 5,0 x NI	> 5,0 x Normal
Lipase	> 1,0 – 1,5 x NI	> 1,5 – 2,0 x NI	> 2,0 – 5,0 x NI	> 5,0 x Normal
Lactate	< 2,0 – 1,5 x	< 2,0 – 1,5 x	Augmenté	Augmenté
	NI Sans acidose	NI avec acidose	pH < 7,3 sans gravité clinique	pH < 7,3 sans gravité clinique
Troubles gastro intestinaux				
Nausées	Fiabiles ou transitoire, sans impact sur la prise alimentaire	Modérées ou prise alimentaire réduite pour moins de 3 jours	Sévère ou réduction alimentaire de plus de 3 jours	Nécessitant une hospitalisation
Vomissements	Faible ou transitoire ; 2 à 3 épisodes par jour ou faible vomissement de moins d'une semaine	Modérés ou persistants ; 4 à 5 épisodes par jour ou vomissement de plus d'une semaine	Sévères avec rejet de toute alimentation ou liquides dans les 24 heures ou hypotension orthostatique ou perfusion requises	Choc hypovolémique ou hospitalisation pour réhydratation requise
Diarrhée	Faible ou transitoire ; 2 à 3 épisodes par jour ou faible diarrhée de moins d'une semaine	Modérée ou persistante ; 5 à 7 épisodes par jour ou diarrhée de plus d'une semaine	Diarrhée abondante ou hypotension orthostatique ou plus de 7 selles/jour ou perfusion requises	Choc hypovolémique ou hospitalisation pour réhydratation requise

Rash d'hypersensibilité	Erythème, prurit	Rash maculo papuleux diffus	Vésicules ou desquamation ou ulcération	Un des éléments suivants : Dermatite exfoliative, érythème multiforme, syndrome de Stevens Johnson, lésions muqueuses extensives
-------------------------	------------------	-----------------------------	---	---

TABLEAU 11 : PRINCIPES DE GESTION DE LA TOXICITE 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.
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Evaluer l'imputabilité en fonction des signes cliniques ou biologiques, des autres hypothèses et de la chronologie des événements
<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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
<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Il est 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

TABLEAU 12 : GESTION DES INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES LES PLUS FREQUENTES 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 6 heures après DTG

IV.5. Surveillance des résistances et gestion des échecs thérapeutiques

IV.5.1. 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'in détectabilité (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 pour le respect des consignes de prise des traitements.

La résistance au traitement ARV est suspectée par une 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.

IV.5.2. Gestion des échecs thérapeutiques

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,
- Clinique par l'évaluation de la progression de la maladie (survenue/persistance des IO).

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, 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. (L'annexe 2 détaille la conduite à tenir devant une charge virale augmentée).

Les tableaux ci-dessous indiquent le schéma de deuxième ligne proposée en cas d'échec thérapeutique au schéma de première ligne :

TABLEAU 13 : SCHEMA DE DEUXIEME LIGNE RECOMMANDEE CHEZ L'ADULTE, L'ADOLESCENT ET LA FEMME

Catégorie de population	Patient en échec sous 1 ^{ère} ligne	Option de 2 ^{ème} ligne recommandée
Adultes, adolescents de plus de 35 kg et femmes	TDF/3TC/DTG	AZT/3TC + ATV/r
	AZT/3TC+DTG	ABC/3TC+ ATV/r

TABLEAU 14 : SCHEMAS DE DEUXIEME LIGNE RECOMMANDEE CHEZ LE NOURRISSON ET L'ENFANT

Tranche d'âge	Echec sous 1 ^{ère} ligne		Option recommandée pour la 2 ^{ème} ligne
Moins de 3 ans (< 15 kgs);	ABC/3TC+LPV/r ABC/3TC/LPV/r ABC/3TC+RAL	ou	AZT/3TC+RAL AZT/3TC+LPV/r
3 à 6 ans (15-20Kg);	ABC/3TC+LPV/r ABC/3TC/LPV/r ABC/3TC+EFV	ou	AZT/3TC+RAL AZT/3TC+LPV/r
6 à 10 ans (20-30kg);	ABC/3TC+DTG AZT/3TC+DTG		AZT/3TC+LPV/r ABC+3TC+LP/r
Plus de 10 ans (>30kgs)	Cfr schéma adulte		Cfr schéma adulte

V. OPTIMISATION DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DES PATIENTS

PVVIH

L'éducation thérapeutique est un processus qui consiste à fournir au patient des informations utiles qui lui permettront de mieux gérer sa maladie et son traitement.

Le processus de l'éducation commence dès le premier contact du patient avec le prestataire de soins. L'importance de ce chapitre est de décrire les principales étapes du processus que les prestataires de soins doivent suivre pour offrir les séances de counseling à l'initiation des ARV, de l'éducation thérapeutique et de soutien à l'adhérence. Pour optimiser les résultats de ce processus, les éléments suivants sont à tenir en compte.

V.1. Attitudes et principes généraux à suivre par les prestataires.

V.1.1. Avant la session/séance.

Avant de recevoir les patients, les prestataires doivent s'assurer de la disponibilité des intrants et outils appropriés à savoir :

- ✓ Les stylos et les autres outils qui sont utilisés pendant la séance ;
- ✓ Les registres nécessaires ;
- ✓ Les dossiers vierges des patients ;
- ✓ Les médicaments ;
- ✓ Les supports de l'éducation thérapeutique ;
- ✓ La liste des organisations de soutien communautaires / relais communautaires ;
- ✓ Etc.

Avant de recevoir le patient suivant, prendre au moins 1 minute pour se concentrer à mieux l'accueillir.

V.1.2. Pendant la session/séance.

- Bien accueillir le client, dire bonjour, l'inviter à s'asseoir, se présenter, prendre connaissance avec lui ;
- Mettre le client à l'aise et confortable ;
- Poser des questions ouvertes qui facilitent le dialogue afin d'avoir beaucoup plus d'informations ;
- Lui garantir la confidentialité de toutes les informations qui seront collectées pendant la séance ;
- Ecouter avec beaucoup d'attention, encourager le client à parler par des mots, des gestes...
- Utiliser un langage clair pour fournir les informations/explications au client, se servir d'exemples pour faciliter la compréhension ;
- Aider le client à acquérir des connaissances en matière de VIH/SIDA et du traitement ARV

- Encourager les clients à poser des questions sur l'adhérence et l'observance au traitement ARV ;
- Répéter les informations fournies, les reprendre avec d'autres mots (reformuler), utiliser d'autres exemples pour s'assurer que le client a compris ;
- Demander au client la personne de référence Communautaire qui peut lui fournir une assistance en cas de besoins ;
- Informer le client sur l'existence des autres services notamment le service de la PF, de CPN, de TBC, diététique, etc...

V.1.3. Après la session/séance.

- Faire la synthèse des messages clés issus de l'entretien ;
- Discuter sur les autres sujets que le patient peut avoir,
- Planifier avec le patient les autres visites de suivi et le contenu qui sera discuté;
- Compléter dans le registre et dossier la date du prochain rendez-vous ;
- Encourager le patient à bien adhérer au traitement et à répondre au rendez-vous fixé ;
- Lui demander de désigner une personne qui peut lui rappeler le rendez – vous et ou effectuer une visite à son domicile en cas de besoin ;
- Donner au patient les supports IEC sur l'adhérence si disponibles au site ;
- Lui donner le nom et le numéro de téléphone d'un prestataire du site qu'il pourrait contacter en cas de besoin ;
- Mettre à jour le dossier du patients et les registres.

V.2. Les principales Sessions et Etapes à suivre

Pour tout patient dépisté VIH positif, les prestataires des sites devront offrir un counseling adapté à l'initiation de traitement ARV le même jour et à l'éducation thérapeutique pour une meilleure adhérence et observance. Etant donné que le patient ne peut pas tout retenir en une seule séance, les prestataires du site veilleront à organiser trois sessions échelonnées dans le temps avec un contenu spécifique.

Session/séance 1 : Le jour de diagnostic et de l'initiation des ARV

Session/séance 2 : La première consultation de suivi après le premier mois de traitement ARV

Session/séance 3 : La deuxième consultation de suivi après deux mois de traitement ARV.

Session/séance 1 : Le jour de diagnostic et de l'initiation des ARV.

Cette première séance devra être conduite pour aider le patient à concevoir un plan individuel d'adhérence. Pour y arriver, le prestataire devra suivre les étapes suivantes:

Etape 1 : Echange avec le patient sur la nature de la maladie et du traitement.

- ✓ Evaluer les connaissances et la perception du patient sur la nature de la maladie VIH/SIDA
- ✓ Identifier les attentes du patient par rapport au traitement ARV
Expliquer les objectifs du traitement ARV et les avantages de faire le dosage de la charge virale.
- ✓ Lui expliquer les avantages de débiter le traitement ARV le même jour et de le poursuivre à vie ;
- ✓ Utiliser les supports éducatifs de l'adhérence si disponibles ;
- ✓ Expliquer au patient que tout le staff du Site est là pour offrir le soutien aux patients tout au long du processus de prise en charge.
- ✓ Inviter le patient à faire alerte chaque fois qu'un problème ou effet inattendu survenait ;
- ✓ Lui poser des questions simples pour voir s'il a compris.

Etape 2 : Discuter avec le patient à propos des objectifs de la vie.

Le prestataire aide le patient à comprendre que la vie doit continuer bien qu'il soit infecté par le VIH.

- ✓ Le prestataire demande au patient de s'imaginer les choses qui pourraient contribuer à garder une vie meilleure ;
- ✓ Demander au patient de citer ses projets en cours et ceux envisagés dans le futur ;
- ✓ Demander au patient de citer trois choses qui lui semblent importantes et qu'il peut avoir à condition que le traitement ARV ait été bien pris. Ex Mariage, avoir un enfant ...
- ✓ Le prestataire doit alors insister pour lui expliquer davantage qu'un traitement bien pris permet d'améliorer la qualité de vie de la personne.

Etape 3 : Identifier le système de soutien Communautaire adapté au patient.

Pour y arriver, le prestataire va poser les questions suivantes :

- ✓ Qui pourra vous soutenir dans la prise des médicaments ARV ?
- ✓ Avez- vous un groupe de soutien auquel vous appartenez par exemple : groupe de prière, associations des PVVIH, club des amis.

- ✓ Pensez-vous que c'est important de partager votre statut sérologique à quelqu'un qui vous est proche ?
- ✓ Pourriez-vous accepter qu'un prestataire, un relais Communautaire puisse effectuer une visite chez vous ou vous contacter par téléphone ?
- ✓ Qui pourra vous rappeler de votre prochain rendez-vous ?

Etape 4 : Evaluer les possibilités de réponse aux prochains rendez-vous.

Le prestataire va aider le patient à planifier les respects des rendez-vous futurs en posant les questions suivantes :

- ✓ Comment pensez-vous venir au prochain rendez-vous ?
- ✓ Comment allez-vous faire si un événement quelconque vous empêche de répondre au rendez-vous ?

Etape 5 : Evaluer la volonté du patient à débiter le traitement ARV immédiatement.

Le prestataire va poser les questions suivantes :

Maintenant que nous avons échangé sur tous les aspects concernant la maladie et le traitement ARV êtes-vous d'accord pour commencer le traitement ?

Si le patient est d'accord pour commencer le traitement ARV, il faut féliciter le patient et passer à l'étape 6.

- ✓ Si la réponse est non, gérer cela avec souplesse et explorer les raisons de ce refus ;
- ✓ Aider le patient à identifier les barrières qui lui empêchent de commencer le traitement ;
- ✓ Rediscuter les objectifs de la vie et encourager le patient à changer d'avis ;
- ✓ Programmer de redémarrer une autre séance ou référer pour une intervention psychosociale.

Etape 6 : Etablir avec le patient un plan de traitement.

Le prestataire pose la question comme suit :

- ✓ Tenant compte des autres activités et occupations quotidiennes, quel est ton meilleur moment de prise des ARV ?

En fonction de la réponse, le prestataire explique et note dans le dossier du patient.

Etape 7 : Anticiper sur la gestion des doses oubliées pour des raisons diverses.

Le prestataire pose la question suivante :

- ✓ Si par hasard vous oubliez de prendre une prise/dose que ce que vous allez faire ?

- ✓ Conseiller au patient de prendre la dose oubliée aussi tôt que possible et de faire des efforts de ne plus retomber dans la même situation.
- ✓ Si le retard dépasse 6 heures de temps vaut mieux attendre l'heure de la prise suivante.
- ✓ *Expliquer que même s'il vous arrive de sauter une prise ne jamais prendre une double dose/quantité de médicaments.*

Etape 8 : Aider le patient à identifier les stratégies/supports de rappel des horaires de prise des ARVs pour une meilleure adhérence.

Le prestataire pose au patient la question suivante :

- ✓ Quels sont les moyens ou stratégies que vous allez utiliser pour éviter d'oublier la prise des médicaments ?

En fonction de la réponse du patient, le prestataire renforce les idées du patient ou alors propose d'autres moyens par exemple : alarme du téléphone portable, alarme de la montre, désigner quelqu'un de la famille qui va lui rappeler les horaires de prise des ARV.

Etape 9 : Aider le patient à mieux conserver les médicaments ARV.

Le prestataire pose au patient la question suivante :

- ✓ Quelle est la meilleure place où tu vas conserver tes médicaments ARV ?
- ✓ Si vous pensez qu'il est possible de ne pas avoir accès à l'endroit où vous conservez habituellement vos médicaments,
- ✓ Comment pensez-vous garder sur vous au moins la quantité correspondante à deux prises ?

En fonction des réponses du patient, le prestataire va donner des conseils appropriés.

Etape 10 : Anticiper sur la gestion des effets secondaires des médicaments.

Le prestataire pose les questions suivantes :

- ✦ Connaissez-vous ou avez-vous entendu parler des effets secondaires des ARVs?
- ✦ S'il vous arrive d'avoir les effets secondaires, comment allez-vous faire ?
- ✦ Avez-vous quelqu'un que vous pourriez contacter pour demander un conseil ?

Le prestataire doit alors rassurer le patient sur les éléments suivants :

- ✓ Expliquer au patient que les ARV peuvent causer des effets secondaires mais que cela n'arrive pas à tout le monde.
- ✓ Expliquer que les effets secondaires mineurs sous formes de petits malaises digestifs, céphalées et sensation de fatigue surtout en début de traitement sont passagers et disparaissent avec le temps.
- ✓ Expliquer au patient que s'il lui arrive de vomir le comprimé dans 1 heure qui suit la prise, mieux vaut prendre un autre comprimé.

- ✓ Les effets secondaires graves sont rares
- ✓ Encourager le patient à effectuer une visite médicale au centre de santé le plus proche chaque fois qu'il sent un problème de santé.

- ✚ ***Faire une synthèse de cette première session/séance dans le dossier du patient et dans la fiche de suivi de l'adhérence ;***
- ✚ ***Accompagner le patient dans la pharmacie et lui présenter le prestataire de la pharmacie qui est chargé de la dispensation des ARVs;***
- ✚ ***Donner les Médicaments ARVs et marquer sur les boîtes les horaires de prises;***
- ✚ ***Ouvrir avec le patient les boîtes des médicaments et montrer les comprimés***
- ✚ ***Lui donner la date de prochain rendez-vous dans un mois et marquer cette date dans son carnet de santé ou autres supports***

Session/séance 2 : La première consultation de suivi après le premier mois de traitement ARV

- ✓ Lors de cette session, le prestataire doit évaluer le vécu du patient les premières semaines sous traitement ARV et apprécier comment le patient a pu appliquer les mesures d'adhérence telles que convenues le jour de l'initiation du traitement ARV.
- ✓ Identifier avec le patient les difficultés rencontrées et ajuster le plan individuel de l'adhérence ;
- ✓ Continuer les autres étapes de l'éducation thérapeutique.

Etape 11 : Anticiper sur la gestion des voyages éventuels

Le prestataire pose au patient la question suivante :

- Avez-vous un plan de voyager les semaines ou les mois à venir ?
- Comment pensez-vous continuer le traitement ARV si vous êtes en voyage ?
- Comment allez-vous faire si vous voyagez à l'improviste sans avoir eu le temps de passer au Centre de santé ?

Le prestataire doit informer le patient de ce qui suit :

- ✓ Il peut arriver que des voyages improvisés surviennent mais la meilleure approche est de passer au Centre de santé avant le voyage pour en discuter avec les prestataires afin d'évaluer les possibilités de vous donner la quantité

de médicaments qui va couvrir les jours de voyage ou l'octroi d'une lettre de transfert si applicable.

- ✓ Si le voyage n'était pas planifié et que vous partez sans passer par le CDS, dès votre arrivée dans la nouvelle zone, il est très important de passer dans un centre de santé le plus proche pour voir s'il est possible d'avoir les médicaments et les conditions exigées sans attendre que tu sois en rupture.

Etape 12 : Anticiper sur la gestion de la consommation des stupéfiants et alcool

Le prestataire demande au patient la question suivante :

- ✓ Avez – vous l'habitude de consommer les stupéfiants ou l'alcool ?
- ✓ Si un patient consomme des stupéfiants/alcool comment peut-il s'assurer que les médicaments sont pris conformément à la prescription médicale ?
- ✓ Pensez-vous que la consommation des stupéfiants/alcool peut avoir des effets négatifs sur l'efficacité des médicaments ARV ?

En fonction des réponses et commentaires du patient, le prestataire explique en disant ceci :

- Idéalement, il est préférable de diminuer la consommation de l'alcool et des stupéfiants quand vous êtes sous traitement ARV. Si vous avez des difficultés d'abandonner au moins rassurez-vous que vous n'oubliez pas de prendre les médicaments pour cause de prise de l'alcool et stupéfiants.
- Si le patient reconnaît avoir des désordres suites à la consommation de l'alcool/stupéfiants, le prestataire adopte une attitude de lui comprendre et propose une référence vers les groupes de soutien Communautaire ou centre approprié pour la prise en charge spécifique. Si possible, lui proposer une liste des groupes spécifiques de soutien Communautaire qui existent dans sa communauté d'appartenance.

- ✚ ***Faire une synthèse de cette deuxième session dans le dossier du patient et dans la fiche de suivi de l'adhérence et actualiser les objectifs et le plan d'adhérence si nécessaire.***
- ✚ ***Accompagner le patient dans la pharmacie et lui présenter le prestataire de la pharmacie qui est chargé de la dispensation des ARVs;***
- ✚ ***Donner les Médicaments ARVs et marquer sur les boîtes les horaires de prises;***
- ✚ ***Lui donner la date de prochain rendez-vous dans un mois et marquer cette date dans son carnet de santé ou autres supports.***

Session/séance 3 : La deuxième consultation de suivi après deux mois de traitement ARV.

- ✓ Lors de cette session, le prestataire doit encore évaluer le vécu du patient les deux mois sous traitement ARV et apprécier comment le patient a pu appliquer les mesures d'adhérence telles que convenues lors de la visite précédente.
- ✓ Identifier avec le patient les difficultés rencontrées et ajuster le plan individuel de l'adhérence si nécessaire ;
- ✓ Continuer les autres étapes de l'éducation thérapeutique qui sont centrées cette fois ci sur les informations relatives aux différents tests qui sont effectués dans le cadre du suivi de l'efficacité du traitement ARV.

Le prestataire explique en disant ceci :

- Pour savoir si le traitement ARV que vous prenez est efficace, un examen appelé charge virale doit être fait. Selon les instructions du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA, cet examen doit être fait à 6 mois depuis le premier jour de prise du traitement ARV, puis à 12 mois et enfin une fois chaque année. Cet examen permet de faire le comptage des virus VIH qui circulent encore dans votre sang.
- Si le traitement ARV a été bien pris et efficace, au bout de six mois de traitement, la charge virale est **indéfectable**, ce qui signifie que dans votre sang, la quantité de virus VIH qui circulent est trop faible pour être détectée par les appareils de dosage de la charge virale. **Mais cela ne signifie pas que vous êtes guéri de l'infection à VIH.**
- Si au bout de six mois de traitement ARV, la charge virale est **défectable**, cela veut dire que soit vous ne prenez pas bien les médicaments ou alors les médicaments que vous prenez ne sont pas efficaces pour arrêter la multiplication des virus VIH.
- Dans beaucoup de cas, une charge virale détectable est le résultat d'une mauvaise prise de médicaments ARV soit un saut répétitif de prises par oubli ou alors un non-respect de dose de médicaments surtout pour les enfants ou tout simplement un non-respect des autres conditions de prise de médicament telles qu'expliquées par le prestataire à l'initiation du traitement ARV comme par exemple l'alcoolisme et la prise excessive des stupéfiants.
- Maintenant que vous connaissez l'importance de faire le dosage de la charge virale, êtes-vous d'accord pour en faire quand vous aurez complété 6 mois de traitement ARV ? Si oui, fixer le rendez-vous et marquer la date dans son dossier et dans son carnet ou autre support selon son choix.

Si au contraire il reste hésitant, refaire la séance jusque à ce que vous obteniez son acceptation.

- ✚ ***Faire la synthèse de cette troisième session dans le dossier du patient et dans la fiche de suivi de l'adhérence et actualiser les objectifs et le plan d'adhérence si nécessaire;***
- ✚ ***Accompagner le patient dans la pharmacie et lui présenter le prestataire de la pharmacie qui est chargé de la dispensation des ARVs;***
- ✚ ***Donner les Médicaments ARVs et marquer sur les boîtes les horaires de prises ;***
- ✚ ***Lui donner la date de prochain rendez-vous dans un mois et marquer cette date dans son carnet de santé ou autres supports de son choix.***

N.B En principe, au bout de ces trois sessions, tout le contenu essentiel de l'éducation thérapeutique a été donné. Il reste à suivre la mise en œuvre du plan de l'adhérence tel que convenu avec le patient et de rappeler à chaque visite la prochaine date de prélèvement pour la charge virale.

V.3. Les étapes spécifiques additionnelles en fonction de certains groupes cibles

Dans certaines conditions des étapes additionnelles peuvent être ajoutées.

V.3.1. Informations spécifiques à la PTME.

Certaines étapes sont nécessaires pour les femmes enceintes ou allaitantes pour mettre un place un plan :

- Pour l'accouchement dans un centre de santé ;
- Pour les options d'allaitement du futur bébé ;
- Pour l'offre des ARV au nouveau-né pour la prophylaxie ;
- Pour le test PCR à 4 à 6 semaine de la naissance ; à 9 mois et une sérologie à 18 mois selon le protocole national.

V.3.2. Informations spécifiques aux enfants.

Pour les grands enfants de plus de 12 ans qui connaissent leurs statuts sérologiques, les étapes susmentionnées peuvent être suivies comme telles ou légèrement adaptées.

Par contre, pour les enfants de moins de 12 ans, leur éducation thérapeutique doit être facilitée par les parents de sang ou les tuteurs.

- ✓ Pour les enfants dont la sérologie n'est pas encore annoncée, ils ne participent pas à la session, la séance sera donnée aux parents ou tuteur seuls et doit aussi contenir des stratégies pour l'annonce de la sérologie.
- ✓ Rappeler que l'objectif du traitement ARV chez les enfants est d'obtenir rapidement une charge virale inférieure à 50 copies/ml de sang.
- ✓ Expliquer l'importance du respect du calendrier vaccinal ;
- ✓ Expliquer et réexpliquer l'obligation de faire l'adaptation régulière des posologies des ARV en fonction de l'âge et du poids de l'enfant.
- ✓ Etudier ensemble avec les parents/tuteurs les possibilités d'associer les visites de suivi et celles du calendrier vaccinal.

V.3.3. Informations communes relatives aux maladies chroniques.

Le traitement ARV étant à vie, les prestataires doivent ajouter les informations additionnelles suivantes :

- ❖ Adoption des habitudes alimentaires saines ;
- ❖ L'importance de faire un exercice physique régulier ;
- ❖ L'importance d'éviter le tabagisme, l'alcool et les autres stupéfiants ;
- ❖ Les mécanismes de gestion des périodes de stress.

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

VI.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 asseoir un continuum des soins structurés.

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.

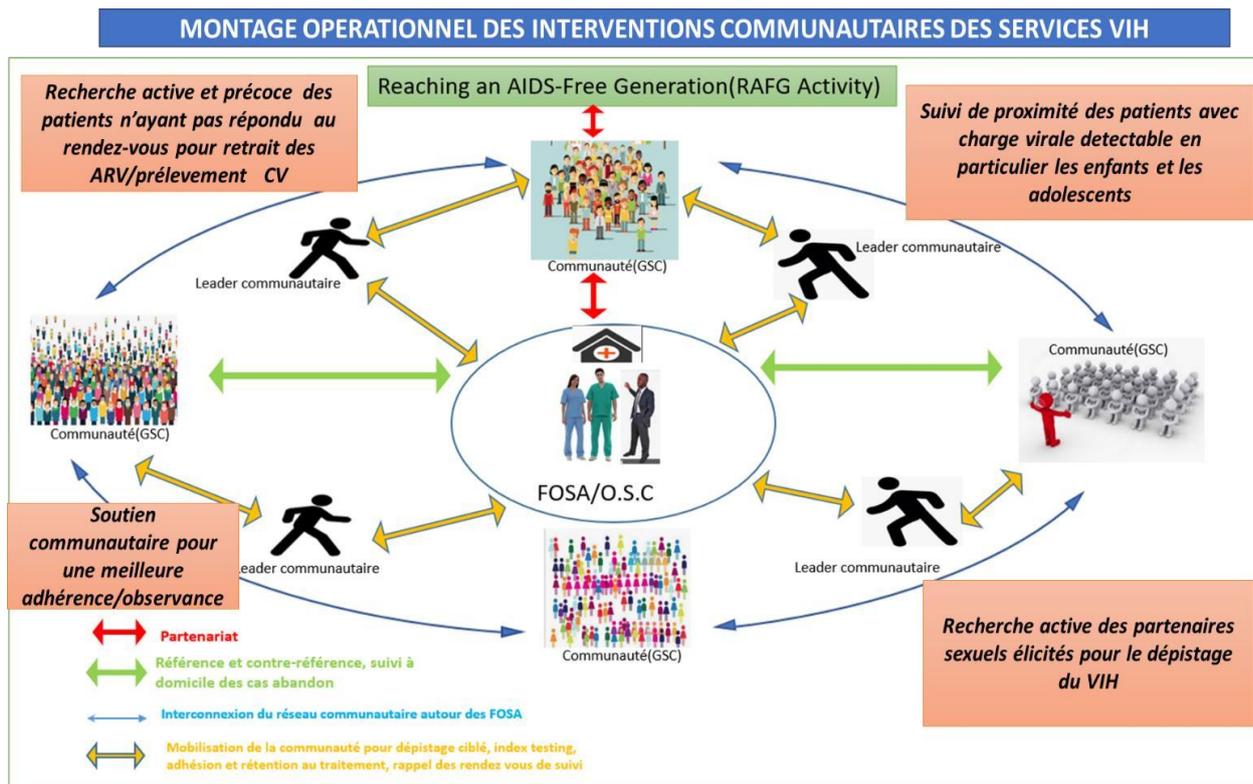
De ce fait, le plan de mise en œuvre des directives nationales donne les orientations organisationnelles à chaque niveau du système de santé.

VI.2. Au niveau communautaire

- ✓ Les réseaux communautaires (GASC) sont constitués autour des formations sanitaires (FOSA). Une FOSA peut avoir autour d'elle plusieurs GASC. Chaque GASC a au moins un leader communautaire qui est le point focal avec un rôle d'interface entre son GASC et la FOSA.
- ✓ Les GASC sont mis à contribution pour le dépistage ciblé, dépistage indexé, adhésion/rétention au traitement ARV, rappel de rendez-vous de suivi, recherche des abandons et cas de perdus de vu.
- ✓ Les prestataires, selon les cas, réfèrent les patients vers la communauté/GASC. Les membres des GASC peuvent également les référer vers les FOSA. Le leader de chaque groupe de soutien et point focal assure la liaison entre les deux points de services communautaires et cliniques.

- ✓ La Création des groupes communautaires de soutien et des points de distribution des antirétroviraux
- ✓ Distribution des kits d'autotest
- ✓ Une interconnexion entre les réseaux communautaires de l'aire de responsabilité d'une FOSA est assurée par les leaders communautaires en collaboration avec les responsables de la FOSA. Une fois le mois, ces responsables et leaders se rencontrent dans une réunion de coordination, évaluation et planification du mois suivant ;
- ✓ Chaque FOSA désigne une ou deux personnes qui encadrent les Leaders des GASC et centralisent les rapports des activités communautaires ;
- ✓ Référence au niveau des FOSA en cas de nécessité ;
- ✓ Rapportage aux FOSA sur les activités de PODI et autres activités ;
- ✓ Suivant la disponibilité des moyens, une rencontre trimestrielle de partage de bonnes pratiques sera organisée par district.

Le schéma suivant est un exemple d'un cadre conceptuel du renforcement du système de santé pour améliorer le continuum de soins des PVVIH.



Source: Projet de USAID Reaching an AIDS-Free Generation « RAFG Activity ».

VI.3. 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 ou **INH/Rifapentine** 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.

VI.4. 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 de l'offre du traitement ARV 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 PNLIS/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 PNLIS/IST

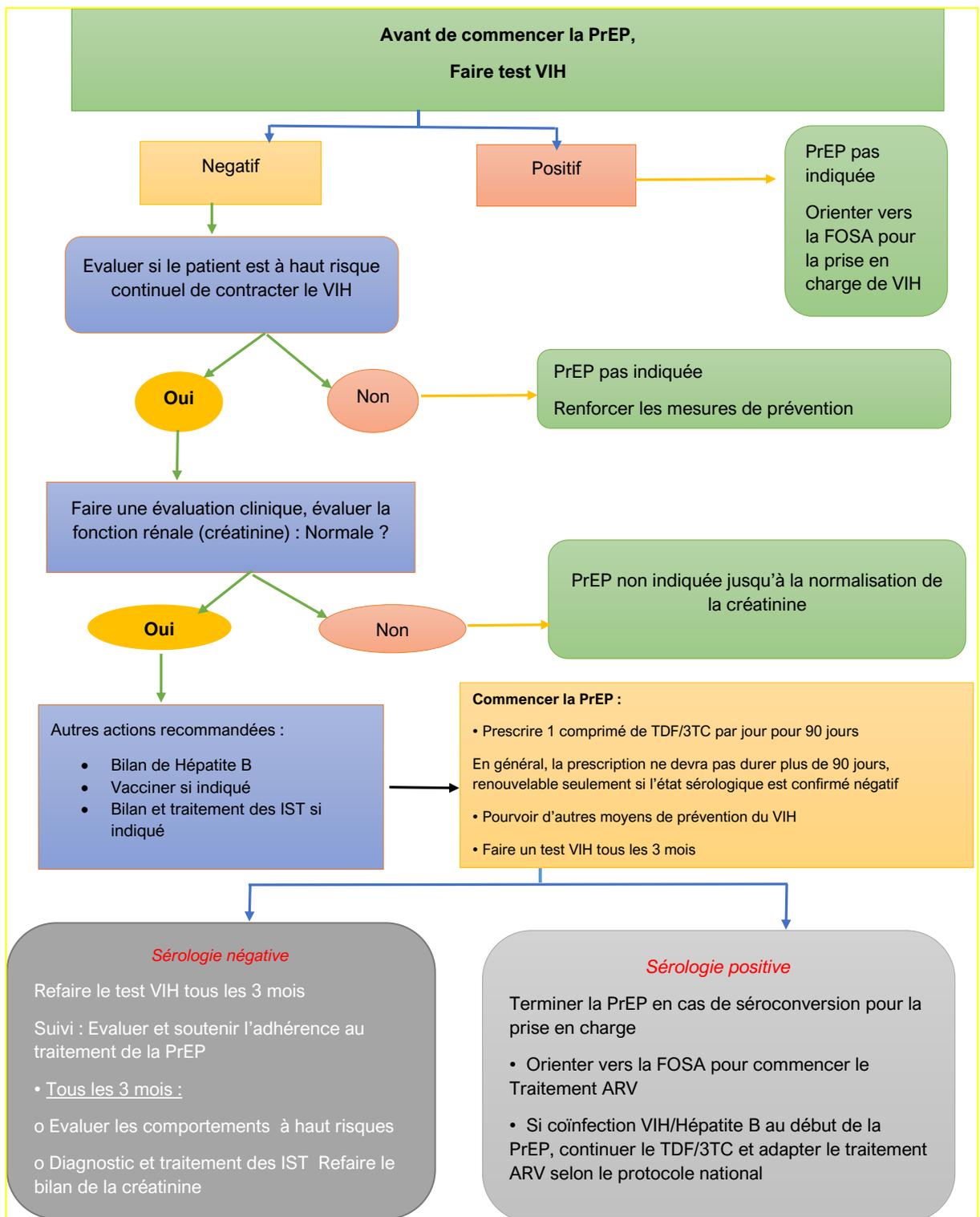
VI.5. Au niveau central

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.

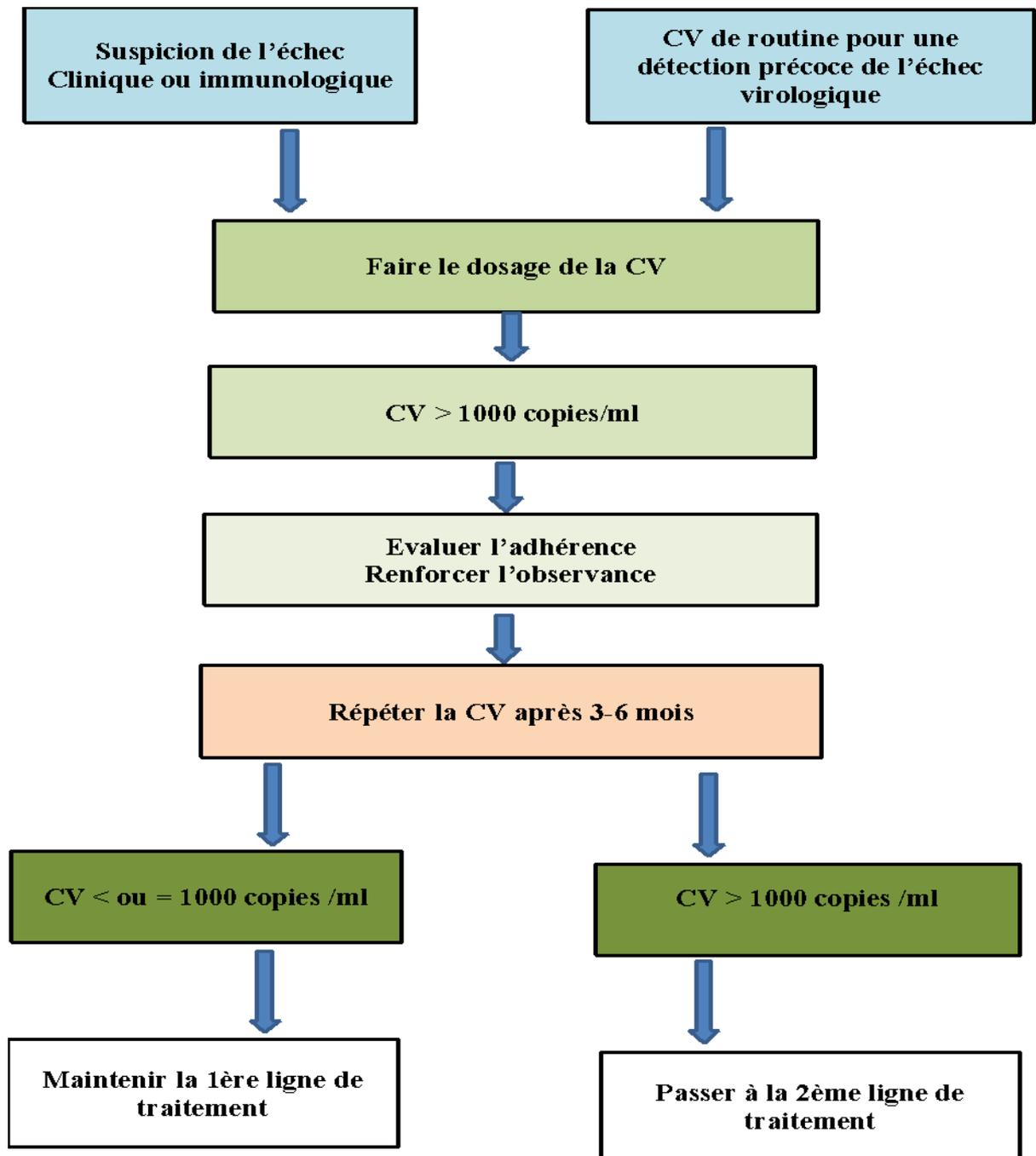
ANNEXES

ANNEXE 1 : ALGORITHME DE LA PrEP



Source: Centre for Disease Control and Prevention (2016). *Pre-exposure Prophylaxis for the Prevention of HIV Infection in the United States: A Clinical Practice Guideline, May 05, 2016* (Adaptée).

ANNEXE 2 : CAT DEVANT UNE CHARGE VIRALE AUGMENTEE



BIBLIOGRAPHIE

- 1) Bekker, L.B., Rebe, k., Venter, F., Maartens, G., Moorhouse, M., Conradie, F., Wallis, C., Black, V., Harley, B., Eakles, R. (2016). Southern African guidelines on the safe use of pre-exposure prophylaxis in persons at risk of acquiring HIV-1 infection, Southern African Journal of HIV Medicine ISSN: (Online) 2078-6751, (Print) 1608-9693
- 2) Centre for Disease Control and Prevention (2016). Pre-exposure Prophylaxis for the Prevention of HIV Infection in the United States: A Clinical Practice Guideline, May 05, 2016, <http://www.infectiousdiseaseadvisor.com/hiv/aids/hiv-pre-exposure-prophylaxis-algorithm-men-who-have-sex-with-men/article/419045/>
- 3) Centre for Disease Control and Prevention (2016). Updated Guidelines for Antiretroviral Post-Exposure Prophylaxis After Sexual, Injection Drug Use, or Other Non-Occupational Exposure to HIV— United States, 2016,
- 4) <http://www.cdc.gov/hiv/pdf/programresources/cdc-hiv-npep-guidelines.pdf>
- 5) Event-driven oral pre-exposure prophylaxis to prevent HIV for men who have sex with men: update to WHO's recommendation on oral PrEP. OMS, July 2019
- 6) L'accompagnement communautaire lors de consultations PrEP. AEDES, 2016
- 7) Ministère de Santé et de lutte contre le Sida, République du Burundi, Directives pour le système national de pharmacovigilance au Burundi, Décembre 2015
- 8) Ministère de Santé et de lutte contre le Sida, République du Burundi, Gestion du District Sanitaire, Gestion des médicaments, Module de base, destiné à la formation des responsables de la gestion des pharmacies des centres de santé, des hôpitaux et des districts, Pages 9-10
- 9) Organisation Mondiale de la Santé. (2016). Stratégie Mondiale du secteur de la Santé contre le VIH, 2016-2021, <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250576/1/WHO-HIV-2016.05fre.pdf?ua=1>
- 10) Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2014). Soins de santé pour les femmes victimes d'actes de violence commis par un partenaire intime ou d'actes de violence sexuelle, Manuel clinique.
- 11) http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204236/1/WHO_RHR_14.26_fre.pdf?ua=1

12) ONUSIDA, 2008. Cadre structurel pour un système national fonctionnel de suivi et évaluation du VIH, Avril, 08,
http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2010/20080430_JC1769_Organizing_Framework_Functional_v2_fr.pdf

13) UNESCAP, 2009. Le processus de prise de décision et le processus par lequel les décisions sont mises en œuvre (ou non mises en œuvre)".

14) République du Burundi, Ministère de la Santé Publique et de Lutte contre le Sida (2016). Politique Nationale de Santé 2016-2025, Janvier 2016.