

# DIRECTIVES NATIONALES SUR LA PRISE EN CHARGE DU VIH

---

# Préface

---

L'infection par le VIH constitue toujours pour notre pays une priorité nationale. La riposte à cette affection repose sur la demande de service, l'offre de service et la qualité des prestations y relatives. A cet effet, l'offre de service et la qualité des prestations de services nécessitent pour leur optimisation la mise en place d'un cadre consensuel national mettant le bénéficiaire des services VIH au centre des préoccupations et des actions.



C'est ainsi que les directives nationales sur la prise en charge du VIH ont été actualisées afin de répondre à la demande nationale de service, aux nouvelles orientations de l'OMS, et aux évidences observées depuis la révision des dernières directives.

Le document des directives nationales sur la prise en charge du VIH qui vous est proposé est constitué de 13 chapitres qui portent sur les 3 « 90 » de la riposte au VIH, et repose sur les 3 piliers que sont la prise en charge médicale, psychosociale et médicamenteuse.

Tout en remerciant les différents intervenants qui ont participé à l'élaboration de ce document, je sollicite l'utilisation de cet outil auprès de tous les prestataires et bénéficiaires afin d'améliorer l'accès aux services de qualité par les bénéficiaires.

J'invite donc par conséquent chacun d'entre vous à en faire un bon usage.

**Le Ministre de la Santé Publique**

**Dr MANAOUDA Malachie**

# Remerciements

---

Le Ministère de la Santé Publique exprime sa reconnaissance aux Partenaires Techniques et Financiers, ainsi qu'à toutes les personnes ressources qui ont contribué de façon significative et participative à la révision de ces nouvelles directives sur la prise en charge intégrée du VIH.

Il adresse ses sincères remerciements à CDC/PEPFAR, OMS, ONUSIDA, UNICEF, USAID, EGPAF, CHAI, GHSS, et CBCHB pour leurs appuis et contributions sans faille dans la réalisation de ce document, dont la mise en œuvre sur l'ensemble du territoire national va contribuer à une meilleure prise en charge des personnes vivant avec le VIH et à une meilleure rétention des patients sous traitement au niveau des formations sanitaires.

Les remerciements s'adressent également aux experts nationaux et aux participants des ateliers d'élaboration, de relecture et de validation du présent document. Les remerciements vont aussi à l'endroit des acteurs qui se sont impliqués dans la production du présent document.

Ces nouvelles directives vont permettre l'amélioration du dépistage du VIH et le lien aux soins en mettant l'accent sur l'accompagnement des nouveaux patients d'une part, la mise sous ARV, la rétention et le suivi des patients sous TARV d'autre part.

La révision de ces lignes directrices a été effectuée sous la direction distinguée du CNLS et de la DLMEP.

**Le Secrétaire Permanent**

**Dr BONONO Léonard**

## Table des matières

---

Préface.....	2
Remerciements.....	3
Table des matières.....	4
Tableaux .....	8
Listes des figures.....	10
Abréviations.....	11
Résumé.....	12
Chapitre 1 : Prévention du VIH .....	14
I. Méthodes générales de prévention du VIH.....	14
II. Prophylaxie Post-Exposition (PPE, ou PEP en anglais).....	14
II.1. Recommandations de la PPE.....	15
II.2. Prophylaxie post exposition après une Exposition sexuelle .....	16
II.3. Prophylaxie après une exposition professionnelle au VIH.....	18
III. Prophylaxie Pré Exposition (PPrE ou PrEP : Pre Exposure Prophylaxis) .....	22
III.1. Définition .....	22
III.2. Recommandations de la PPrE .....	22
III.3. Paquet minimum de services à offrir .....	23
III.4. Contre-indications de la PPrE.....	23
IV. Prévention Positive (ou prévention chez les personnes séropositives).....	23
IV.1. Définition .....	23
IV.2. Services essentiels pour la prévention chez les PVVIH .....	24
IV.3. Recommandations pour améliorer la prévention chez les PVVIH .....	24
V. Traitement comme Prévention (TasP : Treatment as Prevention) .....	25
VI. PTME .....	25
VII. Prévention de la transmission par les pratiques traditionnelles.....	25
Chapitre 2 : Dépistage du VIH et lien aux soins .....	26
I. Généralités sur le dépistage du VIH.....	26
II. Approches de dépistage du VIH .....	26
II.1. Conseil et Dépistage du VIH initié par le prestataire (CDIP) .....	26
II.2. Conseil et Dépistage volontaire ou à l'initiative du client (CDV) .....	26
III. Procédures de dépistage .....	26
III.1. Principes.....	26
III.2. Protocoles de services de test du VIH.....	27
III.3. Dépistage du VIH selon le site.....	29
III.4. Populations cibles pour les services de dépistage.....	31
III.5. Algorithme de Dépistage en fonction de l'âge .....	32
III.6. Diagnostic précoce du VIH chez l'enfant exposé .....	33
III.7. Conseil et Dépistage du VIH chez la femme enceinte et/ou allaitante.....	36
III.8. Dépistage chez les adolescents.....	36
III.9. Dépistage du VIH par les « Cas index » dans les FOSA ou en Communauté.....	36
III.10. Dépistage du VIH dans le cadre de la transfusion sanguine .....	38
IV. Liens entre le dépistage du VIH et la prévention, les soins et le traitement du VIH.....	39
IV.1. Généralités sur le Lien entre le dépistage du VIH et la prévention, les soins et le traitement du VIH.....	39

IV.2. Les étapes du lien entre le dépistage du VIH et la prévention, les soins et le traitement du VIH	39
IV.3. Lien en fonction de la stratégie de dépistage.....	41
IV.4. Assurance qualité du dépistage.....	43
Chapitre 3 : Elimination de la Transmission Mère-Enfant du VIH .....	45
I. Généralités sur la Transmission Mère – Enfant du VIH.....	45
II. Stratégies de PTME du VIH.....	46
II.1. Intégration de la PTME et de la Santé Maternelle Néonatale et Infantile (SMNI) .....	46
II.2. Approche familiale de la PEC de l’infection à VIH.....	47
II.3. Délégation des tâches, décentralisation des services.....	47
II.4. Mise en œuvre de l’option B+ pour la PTME .....	47
III. Conseil et Dépistage du VIH chez la femme enceinte et/ou allaitante.....	47
IV. Paquet minimum des services de la FEC et allaitante.....	48
IV.1. Paquet minimum en CPN.....	48
IV.2. PEC de la femme en salle de travail, accouchement .....	50
IV.3. PEC de la femme en post-partum.....	51
V. PEC ARV des FEC et allaitantes VIH+ .....	53
V.1. Lien entre le point du diagnostic et celui du traitement ARV :.....	53
V.2. Initiation des ARV .....	53
V.3. Suivi du TARV chez la femme enceinte et mère allaitante VIH+ .....	54
V.4. Prise en charge des femmes enceintes séropositives au VIH atteintes de maladies concomitantes .....	57
V.5. Infection à VIH et Planning Familial (PF).....	57
Chapitre 4 : Prise en charge de l’enfant exposé au VIH .....	59
I. Calendrier de suivi des enfants exposés .....	59
II. Paquet des prestations à offrir aux enfants exposés au cours de leur suivi .....	60
III. Diagnostic précoce du VIH chez l’enfant exposé.....	62
IV. Alimentation de l’enfant né de mère séropositive .....	63
IV.1. Directives en matière du conseil à l’alimentation .....	63
IV.2. Présenter les différentes options de l’alimentation du bébé et évaluer la faisabilité de leur mise en œuvre.....	63
IV.3. Principes généraux de suivi de l’alimentation de l’enfant exposé .....	64
V. Modalités de sortie du programme de suivi des enfants exposés.....	64
VI. Evaluation de la performance du programme .....	65
Chapitre 5 : Initiation au Traitement Antirétroviral .....	66
I. Evaluation clinique initiale des PVVIH .....	66
II. Evaluation clinique et biologique initiale .....	66
III. Préparation du TARV .....	67
III.1. Préparation du traitement dans le cadre des services de dépistage du VIH .....	67
III.2. Préparation du traitement antirétroviral.....	67
III.3. Préparation et soutien au traitement en fonction de l’âge .....	69
IV. Suivi du PVVIH après 1 an de TARV, soins de santé différenciés .....	71
IV.1. Différenciation sur la base des caractéristiques cliniques.....	74
IV.2. Différenciation sur la base de la sous-population .....	76
V. Suivi des PVVIH durant les 2 premières années de traitement ARV.....	84
Chapitre 6 : TARV chez les Enfants, Adolescents, et Adultes .....	86
I. Initiation du Traitement ARV.....	86
I.1. Dispensation des ARV .....	86
I.2. Délai d’initiation des ARV chez PVVIH .....	87

I.3. Protocoles ARV de Première ligne .....	88
I.4. Protocoles ARV de Deuxième ligne.....	90
I.5. Protocoles ARV de Troisième ligne .....	91
I.6. Changement de protocole de traitement .....	91
I.7. Test de résistance .....	95
I.8. Gestion des Interruptions de Traitement ARV.....	96
Chapitre 7 : Observance, Rétention et Soutien psycho-social .....	98
I. Observance .....	98
I.1. Obstacles à l'observance.....	98
I.2. Stratégies pour éliminer les obstacles à l'observance .....	100
I.3. Préparation à l'observance .....	101
I.4. Surveillance de l'observance, conseils et soutien au cours des six premiers mois du traitement antirétroviral .....	101
I.5. Surveillance de l'observance, conseils et soutien des patients présentant une charge virale supprimée .....	104
I.6. Surveillance de l'observance, conseil et soutien des patients présentant une charge virale non supprimée .....	104
II. Renforcement de l'observance.....	104
III. Identifier, Rechercher et Soutenir les patients absents, PDV .....	107
IV. Prise en charge psychologique .....	108
IV.1. Qualités requises pour l'accompagnement .....	108
IV.2. Elaboration d'un plan de soutien psychologique et éducation thérapeutique.....	109
IV.3. Elaboration d'un plan de soutien psychologique et éducation thérapeutique.....	110
IV.4. Pratique du psychologue clinicien /soignant.....	110
IV.5. Soutien psychosocial fonction de la population.....	111
V. Mise en place du système de rétention .....	117
V.1. Rétention dans le système de soins des enfants infectés .....	117
V.2. Rétention dans le système des soins et traitement des adolescents.....	118
Chapitre 8 : Dépistage, Prévention et Prise en charge des Infections Opportunistes.....	119
I. Traitement prophylactique au Cotrimoxazole (TPC) .....	119
I.1. Critères d'initiation et d'arrêt de la prophylaxie au CTX.....	119
I.2. Dosage du CTX pour la prophylaxie .....	120
I.3. Chimio prophylaxie antituberculeuse par l'INH ou TPI.....	121
II. Prévention, Dépistage et Prise en charge de la Co-infection TB/VIH.....	124
II.1. Diagnostic de la tuberculose.....	125
II.2. Recherche active de la Tuberculose chez le PVVIH.....	125
II.3. Prise en charge du patient coinfecté TB/VIH .....	126
II.4. Cas particulier de l'enfant .....	128
II.5. Cas particulier de la femme enceinte .....	130
II.6. Syndrome Inflammatoire de Reconstitution Immunitaire (IRIS) .....	130
III. Prise En Charge et Prévention de la co-infection VIH/Hépatites virales B et C.....	131
III.1. Co-infection VIH-VHB.....	131
III.2. Co-infection VIH-VHC.....	133
IV. Dépistage et Prise en charge de la Cryptococcose Méningée chez le PVVIH .....	134
V. Dépistage et Prise en charge de la Pneumocystose (PCP) chez le PVVIH .....	136
VI. Dépistage et prise en charge d'une Toxoplasmose chez le PVVIH.....	136
VII. Autres infections opportunistes.....	137

VII.1. Prise en charge d'une Candidose.....	137
VII.2. Infection au virus de l'herpès simplex (VSH) .....	138
VII.3. Infection à Varicelle Zona Virus (VZV) .....	138
Chapitre 9 : Dépistage et Prise en charge des maladies non transmissibles.....	139
I. Prévention du risque de Maladies Cardiovasculaires (MCV).....	139
I.1. Tabagisme .....	139
I.2. Hypertension artérielle .....	139
I.3. Diabète.....	139
I.4. Dyslipidémie.....	140
I.5. Cancers.....	140
I.6. Problème de Santé Mentale en relation avec VIH.....	141
Chapitre 10 : Infections sexuellement transmissibles et autres affections génitales non transmissibles .....	143
Chapitre 11 : Prise en charge des personnes âgées.....	144
I. Introduction.....	144
II. Définitions .....	144
III. Calendrier et modalités de suivi.....	145
IV. Synthèse des recommandations .....	145
Chapitre 12 : Conseils nutritionnels aux personnes infectées par le VIH .....	147
Chapitre 13 : Coordination et Suivi Evaluation .....	148
I. Coordination .....	148
I.1. Réunions trimestrielles entre le CNLS, les PTF et le Ministère de la Santé Publique .....	148
I.2. Réunions trimestrielles des comités de rétention .....	148
II. Suivi évaluation .....	149
II.1. Circuit.....	149
II.2. Supervisions formatives.....	150
III. Coordination de la résistance du VIH aux antirétroviraux (VIROFORUM): .....	151
IV. Conduite à tenir pour l'amélioration de la qualité des services .....	152
V. Procédures pour l'enrôlement des PvVIH dans la file active et documentation dans le site .....	154
VI. Gestion efficace des intrants.....	154
VII. Suivi de cohorte des enfants exposés .....	155

## Tableaux

---

Tableau 1: Recommandations de la Prophylaxie Post Exposition .....	15
Tableau 2 : Procédures d'administration de la Prophylaxie Post-Exposition .....	17
Tableau 3 : Synthèse des éléments de prévention en cas de VBG.....	18
Tableau 4 : Visites de suivi dans le cadre de VBG avec ou sans PPE .....	18
Tableau 5 : Recommandations pour PPE dans le cadre d'une exposition professionnelle .....	19
Tableau 6 : Importance du risque en fonction du geste .....	20
Tableau 7 : Indication d'une PPE en cas d'AELB.....	20
Tableau 8 : Prise en charge d'un AELB.....	21
Tableau 9 : Recommandations pour la PPrE .....	22
Tableau 10: Suivi en cas de PPrE.....	23
Tableau 11 : Paquet minimum de services pour la PPrE.....	23
Tableau 12 : Prévention chez les PVVIH.....	24
Tableau 13 : Principes pour le dépistage .....	27
Tableau 14 : Counseling pré et post test .....	28
Tableau 15 : Dépistage du VIH dans la FOSA .....	29
Tableau 16 : Dépistage du VIH dans la communauté .....	29
Tableau 17 : Autodépistage .....	30
Tableau 18 : Recommandations sur la fréquence du dépistage par type de population .....	31
Tableau 19 : Recommandations pour le re-testing.....	32
Tableau 20 : Mécanisme de liaison des patients avec la FOSA à travers la fiche de référence.....	39
Tableau 21 : Mécanisme de liaison des patients avec la FOSA par moyens combinés .....	40
Tableau 22 : Cas particuliers .....	41
Tableau 23 : Différents type de lien.....	41
Tableau 24: Lien avec les services/sites de prise en charge du VIH .....	42
Tableau 25 : Différentes étapes du processus du test .....	43
Tableau 26 : Facteurs influençant la TME .....	46
Tableau 27 : Conseil et dépistage du VIH chez la FEC.....	48
Tableau 28: Paquet des services à offrir à la femme enceinte lors des consultations prénatales .....	49
Tableau 29 : Paquet des prestations à offrir à la femme au cours du travail, accouchement .....	50
Tableau 30: Paquet des prestations à offrir à la femme VIH+ pendant le postpartum.....	52
Tableau 31: Critères d'initiation du TARV chez FEC VIH+.....	53
Tableau 32: Principes de prise en charge ARV des FEC et mères allaitantes VIH+ .....	54
Tableau 33 : Classification du risque de l'EE et implications sur la durée de la prophylaxie de l'EE .....	54
Tableau 34 : Posologie de la NVP prophylactique chez l'enfant exposé .....	54
Tableau 35 : suivi du TARV chez la FEC ou allaitante VIH+ .....	55
Tableau 36 : Récapitulatif du suivi clinique et biologique de la femme enceinte et mère allaitante VIH+ ....	56
Tableau 37 : Interactions médicamenteuses avec les contraceptifs dans diverses situations cliniques.....	58
Tableau 38 : Objectifs et Résultats attendus du suivi des EE .....	59
Tableau 39 : Calendrier et paquet des prestations de suivi des enfants nés des mères séropositives .....	61
Tableau 40 : Diagnostic précoce du VIH .....	62
Tableau 41 : Questions à poser lors du conseil.....	68
Tableau 42 : CAT après préparation au TARV .....	70
Tableau 43 : Diversité des besoins de prise en charge des PVVIH .....	72
Tableau 44 : Suivi du PVVIH sous TARV en fonction de la classification « Patient stable » et « patient Instable » .....	75
Tableau 45 : Éléments constitutifs de la délivrance de TARV pour les sujets cliniquement stables .....	77
Tableau 46 : Critères servant à définir les sujets cliniquement stables .....	78
Tableau 47 : Éléments constitutifs des consultations cliniques et des consultations pour renouvellement d'ordonnances de TARV pour les enfants stables.....	79
Tableau 48 : Éléments constitutifs des consultations cliniques et des consultations pour renouvellement d'ordonnances de TARV pour les adolescents stables.....	81
Tableau 49: Critères servant à définir les sujets cliniquement stables .....	82

Tableau 50 : Éléments constitutifs des consultations cliniques et des consultations pour renouvellement d'ordonnances de TARV pour les FEC ou allaitantes stables .....	83
Tableau 51: Suivi clinique et biologique des PVVIH sous TARV .....	85
Tableau 52 : Lieu de dispensation des ARV.....	86
Tableau 53 : Délai pour initiation TARV dans des situations particulières .....	87
Tableau 54 : Protocoles de 1 <sup>ère</sup> ligne .....	89
Tableau 55 : Protocole de 2 <sup>e</sup> intention .....	90
Tableau 56 : Résumé des différents Protocoles ARV pour les patients naïfs .....	91
Tableau 57 : Définitions clinique, immunologique et virologique de l'échec thérapeutique .....	92
Tableau 58 : Effets secondaires majeurs des ARV .....	97
Tableau 59: Obstacles à l'observance .....	99
Tableau 60: Obstacles à l'observance fonction de la population .....	99
Tableau 61: Différentes méthodes pour évaluer l'observance .....	102
Tableau 62 : Observance fonction du comptage des comprimés .....	103
Tableau 63 : Composantes des séances de conseil sur le Renforcement de l'observance .....	106
Tableau 64 : Avantages de l'annonce .....	112
Tableau 65 : Évaluation de l'état de préparation à l'annonce .....	112
Tableau 66 : Processus d'annonce.....	113
Tableau 67 : Les critères d'initiation et d'arrêt de la prophylaxie au CTX .....	120
Tableau 68 : Posologie du CTX en fonction du poids des enfants exposés au VIH ou porteurs du virus .....	121
Tableau 69 : Personnes éligibles au TPI .....	122
Tableau 70 : Posologie INH .....	123
Tableau 71 : Suivi de la mise sous INH.....	124
Tableau 72 : Moyens diagnostic de la tuberculose .....	125
Tableau 73 : Schémas thérapeutique des antituberculeux.....	126
Tableau 74 : Délai pour initier le TARV .....	127
Tableau 75 : TARV chez patient co-infecté TB/VIH .....	127
Tableau 76 : Protocoles ARV de 1 <sup>ère</sup> ligne en cas d'antituberculeux.....	127
Tableau 77 : Protocoles ARV de 2 <sup>e</sup> ligne en cas d'antituberculeux.....	128
Tableau 78 : Interactions de la rifampicine avec les antirétroviraux .....	128
Tableau 79 : TARV chez l'enfant co-infecté TB/VIH .....	129
Tableau 80 : Cas particulier de la FEC VIH+.....	130
Tableau 81 : Prise en charge de l'IRIS .....	131
Tableau 82 : Bilan de l'infection HVB en cas de coinfection VIH/VHB .....	132
Tableau 83 : Atteinte hépatique en cas de coinfection VIH/VHB.....	132
Tableau 84 : suivi du traitement.....	133
Tableau 85 : Vaccination en cas de coinfection VIH/VHB .....	133
Tableau 86 : Diagnostic et évaluation de l'atteinte hépatique .....	133
Tableau 87 : PEC d'une méningite à Cryptocoque.....	135
Tableau 88 : PEC de la pneumocystose pulmonaire .....	136
Tableau 89 : Conduite à tenir devant une Toxoplasmose cérébrale.....	137
Tableau 90 : Traitement de 1 <sup>ère</sup> intention d'une Candidose Oropharyngée .....	137
Tableau 91 : Traitement de 1 <sup>ère</sup> intention d'une Œsophagite.....	137
Tableau 92 : Traitement de l'infection à HSV .....	138
Tableau 93 : Traitement de l'infection à VZV.....	138
Tableau 94 : Objectifs du traitement : .....	140
Tableau 95 : Statines.....	140
Tableau 96 : Prise en charge des cancers .....	141
Tableau 97 : Prise en charge d'une dépression .....	141
Tableau 98 : les différentes IST.....	143
Tableau 99 : Check-list de suivi des comorbidités et des syndromes gériatriques .....	146
Tableau 100 : Conseils nutritionnels en cas de symptômes liés au VIH ou au traitement .....	147
Tableau 101 : Alimentation et traitements de l'infection à VIH.....	147

## Listes des figures

---

<b>Figure 1</b> : Sujet source .....	16
<b>Figure 2</b> : Algorithme de l'auto-dépistage du VIH.....	30
<b>Figure 3</b> : Populations clés et vulnérables.....	31
<b>Figure 4</b> : Algorithme de dépistage.....	33
<b>Figure 5</b> : Algorithme de dépistage précoce du VIH chez enfants exposés.....	35
<b>Figure 6</b> : Index case testing .....	38
<b>Figure 7</b> : Algorithme de dépistage dans le cadre de la transfusion sanguine .....	38
<b>Figure 8</b> : Pourcentage estimé du risque de la TME en l'absence d'ARV par période.....	45
<b>Figure 9</b> : Modalités de sortie du programme de suivi des EE .....	65
<b>Figure 10</b> : Evaluation clinique et biologique avant initiation du TARV.....	67
<b>Figure 11</b> : Préparation au TARV.....	71
<b>Figure 12</b> : Transitions entre les catégories de sujets en cas de délivrance différenciée de TARV .....	72
<b>Figure 13</b> : Éléments constitutifs de la délivrance différenciée de TARV .....	73
<b>Figure 14</b> : Algorithme pour l'initiation du TARV à l'intention du personnel soignant.....	88
<b>Figure 15</b> : Algorithme d'interprétation de la charge virale plasmatique .....	93
<b>Figure 16</b> : Evaluation de la CV .....	94
<b>Figure 17</b> : Le suivi des personnes dépistées positives au VIH.....	108
<b>Figure 18</b> : Algorithme pour le dépistage de la TB et le TPI-TB chez les enfants et adolescents.....	122

## Abréviations

---

### Médicaments antirétroviraux

ABC : Abacavir  
ARV : Antirétroviraux  
ATV/r : Atazanavir boosté par ritonavir  
AZT : Zidovudine  
DRV : Darunavir  
DTG : Dolutégravir  
EFV : Efavirenz  
INI : Inhibiteur de l'Intégrase  
INNTI : Inhibiteur Non-Nucléosidique de la transcriptase inverse

### Autres abréviations

AEG : Altération de l'Etat Général  
AELB : Accident d'Exposition aux Liquides Biologiques  
CCC : Communication pour le Changement de Comportement  
CBCHS : Cameroon Baptist Convention Health Services  
CDIP : Conseil Dépistage Initié par le Prestataire  
CDC : Conseil Dépistage Communautaire  
CDV : Conseil Dépistage Volontaire  
CHAI : Clinton Health Access Initiative  
CIRCB : Centre International de Référence Chantal Biya  
CM : Cryptococcose Méningée  
CNLS : Comité Nationale de Lutte contre le VIH/Sida  
CPN : Consultation Périnatale  
CTA : Centre de Traitement Ambulatoire  
CV : Charge Virale  
DIC : Drop in Center  
DLMEP : Direction de la lutte contre la Maladie, les Epidémies et Pandémies  
DPS : Direction de la Promotion de la Santé  
DROS : Direction de la Recherche Opérationnelle  
DSF : Direction de la Santé Familiale  
EGPAF : Elizabeth Glaser Pediatric Aids Foundation  
ETP : Education thérapeutique  
FAP : Femme en âge de procréer  
FEC : Femme enceinte  
FOSA : Formation Sanitaire  
HCY : Hôpital Central de Yaoundé  
HGD : Hôpital Général de Douala  
HSH : Homme ayant rapport sexuel avec Homme  
IST : Infections Sexuellement Transmissibles  
OEV : Orphelins et Enfants Vulnérables

INTI : Inhibiteur Nucléosidique de la transcriptase inverse  
IP/r : Inhibiteur de la Protéase boosté par ritonavir  
3TC : Lamivudine  
LPV/r : Lopinavir boosté par ritonavir  
NVP : Névirapine  
RIT : Ritonavir  
TDF : Ténofovir

### Autres médicaments

CTX : Cotrimoxazole  
INH : Isoniazide  
Rif : Rifampicine

OBC : Organisation à Base Communautaire  
OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
ONUSIDA : Organisation des Nations Unies pour la lutte contre le VIH/Sida  
SSD : Soins de Santé Différentiels  
PCR : Polymérase Chain Réaction  
PCP : Pneumocystose Pulmonaire  
PEC : Prise en charge  
PF : Planning Familial  
PNLT : Programme National de Lutte contre la Tuberculose  
PNTS : Programme National de la Transfusion Sanguine  
PPE : Prophylaxie Post Exposition  
PPrE : Prophylaxie Pré Exposition  
PSM : Procurement and Supply Management  
PTF : Partenaires Techniques Financiers  
PTME : Prévention Transmission du VIH de la mère à l'enfant  
PVVIH : Personnes Vivant avec le VIH  
SIDA : Syndrome de l'Immunodéficience Acquise  
SMNI : Santé Maternelle Néonatale et Infantile  
TARV : Traitement antirétroviral  
TasP : Traitement comme prévention  
TB : Tuberculose  
TME : Transmission du VIH de la mère à l'enfant  
TPI : Traitement préventif intermittent  
TS : Travailleuse de sexe  
UDI : Usager de Drogue Injectable  
UNICEF : United Nations of International Children's Emergency Fund  
UPEC : Unité de Prise en Charge  
VBG : Violence Basée sur le Genre  
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humain

# Résumé

---

La version 2019 des directives nationales sur la prise en charge du VIH au Cameroun fait suite à un examen des lignes directrices de 2014 et reflète des changements substantiels dans la prévention, le dépistage et le traitement de l'infection à VIH. Ces nouvelles lignes directrices ont adopté les recommandations de plusieurs documents à savoir les directives consolidées de l'OMS 2018 sur l'utilisation de médicaments antirétroviraux pour traiter et prévenir l'infection par le VIH, le Plan de transition TLD, la stratégie de test et de traitement ainsi que le Plan opérationnel du dépistage différencié. Des preuves récentes ont clairement démontré que l'utilisation de puissants ARV en première ligne avec une forte barrière génétique permet de réduire la morbidité et la mortalité des PVVIH et par conséquent améliore les résultats pour la santé des personnes vivant avec le VIH et empêche la transmission du VIH, quel que soit le stade clinique du VIH ou le nombre de CD4.

Les directives standardisées traitent des aspects cliniques, opérationnels et programmatiques de l'utilisation des ARV pour la prévention ainsi que pour le traitement. Certains des principaux domaines opérationnels développés concernent l'observance du TARV, la rétention dans les soins, les modèles de soins différenciés comprenant des soins centrés sur le patient et la famille, les services de laboratoire en particulier la charge virale et le test de résistance.

Le processus d'élaboration de ces directives a été participatif et inclusif et a impliqué plusieurs parties prenantes correspondant aux différents champs d'expertise identifiés comme nécessaire à l'élaboration de ces nouvelles recommandations. Ces experts ont examiné les preuves scientifiques, les recommandations mondiales afin de les traduire en directives nationales sur la prise en charge tout particulièrement le TARV.

Le groupe de travail pluridisciplinaire ainsi constitué, a été largement consulté pour la rédaction de ces directives. L'expression de la pluralité des opinions a été totalement respectée au cours des différents échanges. La rédaction de ces directives s'est faite à partir de documents normatifs du programme, d'une revue de la littérature, des documents internationaux et d'une analyse critique. Elle s'est réalisée en cinq phases :

1. Phase Préparatoire (consultation des parties prenantes, collecte de la documentation et des expériences pays) ;
2. Phase de rédaction par un groupe technique restreint (des drafts avancés) avec la participation des PTF ;
3. Phase de relecture par un groupe plus élargi ;
4. Phase de validation et rédaction du format final ;
5. Phase de la finalisation et production.

## Utilisateurs prévus

Les directives de prévention et de prise en charge du VIH sont destinées aux gestionnaires de programmes nationaux de lutte contre le VIH, aux cliniciens et aux autres prestataires de services de santé des secteurs public et privé, aux organisations à base communautaire, ainsi qu'aux partenaires techniques et financiers (PTF).

## Les grandes lignes pour les Nouvelles Directives sur la prise en charge du VIH, 2020

<b>Prévention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Prophylaxie Pré Exposition</b> avec la prise de TDF/3TC sera offerte aux populations clés à risque élevé d'infection.</li> <li>• <b>Prévention du VIH dans le cadre des VBG</b> (abus sexuel).</li> </ul>
<b>Dépistage du VIH</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour optimiser l'accès aux services de dépistage, le test peut être effectué dans 3 contextes différents:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Formation sanitaire</li> <li>○ Communauté</li> <li>○ Autodépistage</li> </ul> </li> <li>• Maintien d'un algorithme à 2 tests avec renforcement du retesting avant l'initiation du TARV.</li> <li>• Introduction d'une PCR ADN VIH à 9 mois chez l'enfant exposé en cas de poursuite de l'allaitement. La sérologie finale doit être effectuée à 18 mois ou 6 semaines après l'arrêt complet de l'allaitement.</li> </ul>
<b>TARV</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolutégravir (DTG) sera utilisé en 1<sup>ère</sup> ligne chez les PVVIH comme protocole préférentiel.</li> <li>• Les FAP pourront bénéficier du DTG après consentement éclairé ou d'un protocole à base d'EFV<sub>400</sub></li> </ul>
<b>Suivi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La Charge Virale (CV) reste l'examen de choix pour le suivi des patients sous TARV. Cependant, en l'absence de CV, un taux de CD4 sera mesuré.</li> </ul>
<b>Service de soins différenciés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Initiation du TAR le même jour ;</li> <li>• Dispensation multi mois ;</li> <li>• Dispensation communautaire ;</li> <li>• PEC des maladies avancées ; etc...</li> </ul>
<b>Recherche TB</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recherche active de la TB chez les PVVIH</li> <li>• Prophylaxie à l'isoniazide (TPI) chez tous les PvVIH lorsqu'on a éliminé une Tuberculose active.</li> </ul>

# Chapitre 1 : Prévention du VIH

---

Le Cameroun a opté pour une prévention combinée du VIH associant des interventions biomédicales (**PTME, TasP, PPE, PrEP**), comportementales et structurelles de manière à avoir le plus grand impact possible sur la réduction des nouvelles infections. La combinaison de ces interventions ainsi que l'augmentation de leur couverture au sein des populations clés et vulnérables sont essentielles pour infléchir la dynamique des contaminations.

Dans ce chapitre seront développées les méthodes biomédicales y compris une nouvelle section sur les Violences Basées sur le Genre (VBG).

## I. Méthodes générales de prévention du VIH

Les méthodes générales de prévention du VIH comprennent l'éducation et la distribution de préservatifs et de lubrifiants, le conseil en réduction des risques ainsi que le diagnostic et la gestion des infections sexuellement transmissibles (IST).

On distingue 3 types de prévention :

- **Primaire** : Vise à diminuer l'incidence du VIH, c'est-à-dire le nombre de nouvelles infections. Consiste à agir sur les comportements individuels, culturels ou environnementaux. Les différentes méthodes : IEC ; Condom ; Abstinence, Fidélité ; PPE et PPrE.
- **Secondaire** : Vise à diminuer la prévalence, c'est-à-dire le nombre de personnes porteuses du virus, en luttant contre son évolution ou s'attaquant aux facteurs de risque. Elle passe par deux actions essentielles :
  - Le dépistage : seul moyen efficace de connaître son statut.
  - Le traitement : qui non seulement augmente les chances de survie, mais diminue aussi le risque de transmission.
- **Tertiaire** : Intervient sur le long terme, quand la maladie est déclarée. Son objectif est d'agir sur les complications, les conséquences et les risques de surinfection

### Pour une prévention combinée contre le VIH

- L'usage de préservatifs et de gel lubrifiant ;
- Le dépistage du VIH (dépistage classique, test rapide, autotest) ;
- Le recours au PPE en cas d'urgence ;
- Le recours au traitement VIH comme outil de prévention chez le partenaire séropositif : charge virale indétectable depuis au moins six mois ;
- L'utilisation de matériel à usage unique lors de la consommation de drogues (injection, etc.).

## II. Prophylaxie Post-Exposition (PPE, ou PEP en anglais)

La PPE ou **traitement d'urgence** consiste en l'utilisation **à court terme d'ARV** pour éviter la transmission du virus chez une **personne séronégative après une exposition potentielle**, professionnelle ou non. C'est le personnel médical qui évaluera le risque possible d'infection au VIH et la pertinence de prescrire la PPE.

## II.1. Recommandations de la PPE

Les directives sur la Prophylaxie Post Exposition sont résumées dans le tableau 1 ci-dessous.

**Tableau 1:** Recommandations de la Prophylaxie Post Exposition

Considérations	Recommandations
Eligibilité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sujet exposé VIH négatif ou de statut inconnu,</li> <li>• Exposition dans les 72h précédant la visite,</li> <li>• Exposition à risque élevé (type et matériel),</li> <li>• Sujet source statut VIH positif ou Inconnu.</li> <li>• <b>Si le sujet exposé est une femme allaitante, <u>Poursuivre l'allaitement selon les directives</u>. Cependant l'enfant ne recevra pas de prophylaxie ARV.</b></li> </ul>
Visite initiale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consiste à évaluer la pertinence de prescrire la PPE.</li> <li>• Évaluer : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Statut sérologique du sujet exposé</b> (test de dépistage rapide du VIH). Si le résultat est positif, la PPE ne sera pas prescrite mais un TARV.</li> <li>○ <b>Statut sérologique de la source si possible</b>. Si la source est séropositive, on vérifiera si possible sa charge virale et les ARV pris. PPE est recommandée sauf en cas de CV indétectable.</li> <li>○ <b>Le délai</b> depuis la relation à risque (l'évaluation doit s'effectuer dans les 72 heures suivant l'exposition – idéalement dans les quatre heures) ;</li> <li>○ Le niveau de risque encouru (type d'aiguille, de pénétration ...).</li> </ul> </li> </ul>
Protocole ARV	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TDF (300mg) / 3TC (300mg)/DTG (50mg) ou TLD.</li> <li>• En cas de Contrindication TDF (enfant &lt; 10 ans, IR) remplacer par ABC.</li> </ul>
Initiation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dès que possible après l'exposition : <b>dans les 4h, pas après les 72h</b></li> </ul>
Durée	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>28 jours</b> (donner tout le traitement dès la première visite)</li> </ul>
Posologie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Même posologie que le TARV. Chez l'enfant, adapter les doses en fonction du poids.</li> </ul>
Suivi (5 visites): S2, S4, S6, M3 et M6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> visites (S2 et S4 après la 1<sup>ère</sup> visite)</u> : évaluation clinico-biologique de la tolérance aux ARV (effets secondaires). <b>À chaque visite, le traitement pourra être ajusté, continué ou arrêté.</b></li> <li>• <u>Autres visites</u> : Test du VIH à S6, M3 et M6 après l'exposition.</li> </ul>
Counseling	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adhérence, réduction des risques, psychosociale, rapports sexuels protégés,</li> </ul>
Autres services	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépistage et PEC d'autres IST.</li> <li>• Pilule du lendemain (après test de grossesse).</li> <li>• Violence Basée sur le Genre (VBG).</li> </ul>

Les différentes indications de prophylaxie ARV sont fonction du **degré d'exposition** et du **statut du sujet source**.

Il y a deux types de sujet source comme le montre la figure 1 ci-dessous.

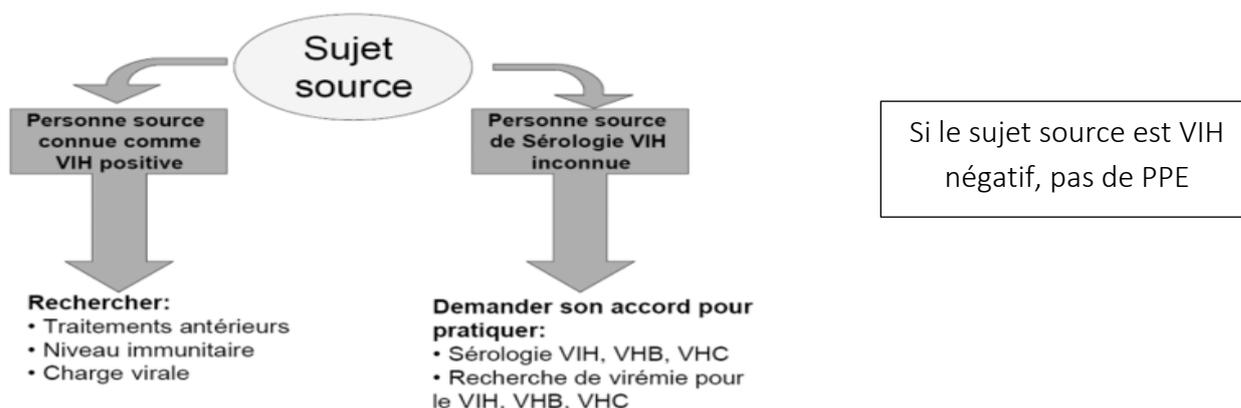


Figure 1 : Sujet source

## II.2. Prophylaxie post exposition après une Exposition sexuelle

### II.2.1. Définition

Elle s'adresse aux **personnes séronégatives** qui ont pu être exposées au VIH lors d'une relation sexuelle à risque : (i) Rupture de condom au cours d'une relation sexuelle, (ii) Rapport sexuel (RS) non protégé avec un partenaire séropositif ou de statut inconnu, (iii) Violence sexuelle. Ce type d'exposition tient compte du niveau du risque lié aux pratiques sexuelles elles-mêmes et du statut sérologique du partenaire.

### II.2.2. Evaluation du risque en cas d'exposition sexuelle

Certains facteurs peuvent accroître considérablement ce risque, notamment :

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

### II.2.3. Prophylaxie après Viol

Toutes les personnes victimes de viol se présentant dans une FOSA devraient être informées par le personnel de soins sur les risques potentiels de transmission du VIH. Ce type d'exposition implique souvent des actes violents et un traumatisme des voies génitales, ce qui augmente donc le risque d'infection au VIH et aux autres IST. Par conséquent, en plus du test VIH, il est également recommandé de dépister et traiter les autres IST (Chlamydiae et Gonococcie). **La victime de viol doit se présenter dans les 72h qui suivent le viol, une PPE doit être proposée.**

**Gestion complète** : Les victimes de viol qui se présentent 72 heures après le viol doivent être informées du risque possible de transmission du VIH. Par conséquent, utilisez la prise de décision partagée avec la victime pour déterminer si une PPE au VIH est appropriée.

## Recommandations pour la prophylaxie post-exposition en cas de viol

Le tableau 2 ci-dessous résume les directives sur la PPE après un viol.

**Tableau 2** : Procédures d'administration de la Prophylaxie Post-Exposition

Recommandations en cas d'exposition sexuelle	
Counseling	<ul style="list-style-type: none"><li>• Risque de transmission du VIH et autres IST.</li><li>• Importance de faire le test VIH et de commencer la PPE dès que possible.</li><li>• Importance de l'observance du traitement doit être soulignée.</li><li>• Les effets secondaires courants des médicaments doivent être expliqués.</li><li>• Les survivants doivent être informés des précautions à prendre pour prévenir une éventuelle transmission secondaire (par exemple à leur partenaire sexuel ou de la mère à l'enfant) jusqu'à ce qu'ils soient séronégatifs pour le VIH six mois après l'exposition.</li></ul>
Réalisation test	<ul style="list-style-type: none"><li>• VIH, Syphilis, AgHBs,</li><li>• Grossesse</li></ul>
Traitement	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dans les 72h :<ul style="list-style-type: none"><li>○ PPE : TDF/3TC/DTG (TLD) pendant 28 jours</li><li>○ Contraception d'urgence</li></ul></li><li>• Prophylaxie présomptive contre les IST : <b>Céfixime 400 mg (ou Ceftriaxone 250 mg) IM plus Métronidazole 2 g plus Azithromycine 1g.</b> <i>Adapter les antibiotiques si la victime est une femme enceinte ou un enfant.</i></li><li>• Vaccination contre l'hépatite B instaurée dès que possible si le patient n'est pas déjà immunisé et au plus tard 21 jours après l'incident.<ul style="list-style-type: none"><li>○ Si AgHBs est négatif, vacciner à 0, 1 et 3 à 6 mois.</li></ul></li><li>• Un rappel du vaccin antitétanique si besoin.</li></ul>
Soutien psychologique	Pendant toute la PEC.
Visites de suivi	<ul style="list-style-type: none"><li>• À J3</li><li>• Test VIH: S6, M3 et M6</li></ul>
Déclarer le VIOL	

### *II.2.4. Prévention et gestion de la Violence Basée sur le Genre (VBG)*

#### Définition

La VBG est un terme générique pour tout acte nuisible perpétré contre la volonté d'une personne et basée sur des différences socialement attribuées entre les hommes et les femmes. Elle peut avoir un effet négatif sur la rétention et l'observance du TARV chez les victimes. **Par conséquent, le dépistage, la prévention et la réaction rapide à la VBG réduiront le risque d'infection par le VIH** et pourraient améliorer les résultats du traitement des personnes à risque de VBG. Les prestataires de soins et les intervenants sociaux seront amenés dans leurs pratiques quotidiennes à gérer des situations en rapport avec les VBG. Par conséquent, ils devraient disposer des compétences nécessaires à cet effet.

## Prise en charge des VBG

- **Traitement médical et suivi des victimes/survivant(e)s à la violence sexuelle** : Le traitement varie selon le délai écoulé depuis l'agression et comporte trois volets : (i) soutien psychologique ; (ii) traitement préventif et (iii) traitement curatif (IST).

**Tableau 3** : Synthèse des éléments de prévention en cas de VBG

Délai de présentation après l'agression	< 72h	>72h - < 120h (5 jours)	>120h (5 jours)
Prévention de la transmission du VIH (PPE)	X		
Prévention d'une grossesse	X	X	
Prévention des IST	X	X	X
Vaccination anti-hépatite B	X	X	X
Vaccin antitétanique	X	X	X

PPE ne sera prescrite que si la sérologie de l'agresseur est soit positive ou soit inconnue pour une durée de quatre semaines.

Prévention des IST (gonococcie, la syphilis et l'infection à chlamydiae)

- Administrer les traitements efficaces disponibles de courte durée et faciles à prendre selon le protocole national, ex : **Céfixime 400mg plus Azithromycine 1g par voie orale.**
- Adapter les antibiotiques si la victime est une femme enceinte ou un enfant.

- **Les visites de suivi sont fonction de l'initiation de la PPE ou pas**

**Tableau 4** : Visites de suivi dans le cadre de VBG avec ou sans PPE

	En l'absence de PPE		En cas de PPE			
	S2	M3	S1	S6	M3	M6
Dépistage du VIH	X	X	X	X	X	X
Dépistage des IST et traitement si besoin	X	X	X	X	X	X
Test de la grossesse et counseling	X		X			
Evaluation des effets indésirables et de l'adhérence			X			
Evaluation état mental et social	X	X	X	X	X	X
Evaluation statut vaccinal	X		X			

## II.3. Prophylaxie après une exposition professionnelle au VIH

### II.3.1. Introduction

Les prestataires de soins ont un risque d'infection par le VIH après une exposition accidentelle au sang ou à des liquides organiques d'une personne infectée par le VIH. Le respect des recommandations en matière de contrôle des infections lors de la manipulation des objets tranchants est le fondement de la prévention de l'infection professionnelle par le VIH ainsi que la PPE qui représente une opportunité d'intervention thérapeutique avant la propagation du virus.

### II.3.2. Recommandations pour la prophylaxie post-exposition

Le tableau 5 ci-dessous résume les directives sur la PPE en cas d'exposition professionnelle.

**Tableau 5** : Recommandations pour PPE dans le cadre d'une exposition professionnelle

Recommandations en cas d'exposition professionnelle	
Counseling	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risque de transmission du VIH et autres IST.</li> <li>• Importance de faire le test VIH et de commencer la PPE dès que possible.</li> <li>• Importance de l'observance du traitement doit être soulignée.</li> <li>• Les effets secondaires courants des médicaments doivent être expliqués.</li> <li>• Les survivants doivent être informés des précautions à prendre pour prévenir une éventuelle transmission secondaire (par exemple à leur partenaire sexuel ou de la mère à l'enfant) <i>jusqu'à ce qu'ils soient séronégatifs pour le VIH six mois après l'exposition.</i></li> </ul>
Réalisation test	<ul style="list-style-type: none"> <li>• VIH, AgHBs,</li> <li>• Grossesse</li> </ul>
Traitement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans les 72h :               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ PPE : TDF/3TC/DTG pendant 28 jours</li> <li>○ Contraception d'urgence</li> </ul> </li> <li>• Vaccination contre l'hépatite B doit être instaurée dès que possible si le patient n'est pas déjà immunisé et au plus tard 21 jours après l'incident.               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si AgHBs est négatif, vacciner à 0, 1 et 3 à 6 mois.</li> </ul> </li> </ul>
Soutien psychologique	Pendant toute la PEC.
Visites de suivi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• À J3</li> <li>• Test VIH : S6, M3 et M6</li> </ul>
Mesures d'accompagnement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place des comités de contrôle de l'infection</li> <li>• Elaboration des mesures à prendre en cas d'exposition à un fluide corporel potentiellement infectieux.</li> <li>• Vaccination du personnel de soins : Tétanos et HVB</li> <li>• Respect habituel des précautions (par exemple, éviter de recoller ou de plier les aiguilles, de ne pas mettre tous les objets tranchants dans des contenants solides, etc.).</li> <li>• Etablissement et diffusion des POS claires pour assurer une gestion appropriée après une exposition professionnelle.</li> <li>• Rendre disponible 24h/24 les ARV pour PPE dans les FOSA.</li> </ul>
<b>Déclarer l'AELB</b>	

### II.3.3. PPE en cas d'exposition accidentelle aux liquides biologiques (AELB)

#### Définition

Un accident d'exposition aux liquides biologiques est défini comme un contact avec du sang ou un liquide biologique contaminé, lors d'une effraction cutanée (piqûre ou coupure), ou par un contact par projection sur une plaie, une peau lésée ou une muqueuse. Il expose à un risque de transmission virale (VIH, VHB, VHC...). **Le risque de transmission après une AELB est en moyenne de 0,30% pour le VIH, 1,8% pour l'hépatite C et de 30% pour l'hépatite B, surtout si le sujet source du liquide est non traité.**

## Risque d'infection

Les facteurs qui augmentent le risque de séroconversion incluent l'exposition à de grands inoculum de sang infecté (blessure profonde, du sang visible sur le dispositif et des procédures impliquant des aiguilles placées directement dans les artères ou les veines) et un patient source présentant une infection à VIH avancée. Si le patient source n'est pas disponible ou refuse le test, il est recommandé de prendre en compte la PPE, compte tenu de la prévalence élevée du VIH.

**Tableau 6** : Importance du risque en fonction du geste

Faible risque d'exposition	Risque élevé d'exposition
Exposition à un petit volume de sang	Exposition à un grand volume de sang ou de liquides potentiellement infectieux, par exemple Transfusion sanguine contaminée
Une blessure avec une aiguille solide Piqûre à aiguille pleine	Blessure avec une aiguille creuse
Toute blessure superficielle ou exposition cutanéomuqueuse Piqûre à travers un gant	Blessure profonde et intensive

## Prescription éventuelle d'une prophylaxie post exposition

La mise sous prophylaxie après un AELB au VIH est fonction :

- La **sévérité** de l'exposition et la **nature** du liquide biologique responsable
- Le **statut sérologique** de la personne source ;
- Le **délai** entre l'exposition et la consultation.

**Tableau 7** : Indication d'une PPE en cas d'AELB

Indications d'une PPE			
Type	<ul style="list-style-type: none"><li>• Blessure profonde</li><li>• Aiguille creuse</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bistouri</li><li>• Piqûre à travers gant</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Blessure superficielle</li><li>• Aiguille pleine</li><li>• Projection cutanéomuqueuse</li></ul>
Source	VIH+ ou inconnue		VIH+      Inconnue
PPE	Recommandée		Non

## Prise en charge d'un AELB

Devant un accident d'exposition au VIH, la personne exposée doit consulter immédiatement et une conduite à tenir adaptée et systématique doit être entreprise. Elle comporte les étapes suivantes (1) les mesures prophylactiques immédiates ; (2) l'évaluation du risque ; (3) la prophylaxie par les ARV.

**Tableau 8** : Prise en charge d'un AELB

<b>Mesures prophylactiques immédiates</b>	
<b>Piqûre ou blessure cutanée accidentelle ou contact sur peau lésée</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Laisser saigner la plaie sans appuyer, ne pas frotter</li> <li>• Nettoyer immédiatement à l'eau courante et au savon doux ;</li> <li>• Rincer abondamment et sécher, puis</li> <li>• Appliquer un antiseptique (au moins 5 minutes) par trempage de la zone lésée (si trempage impossible appliquer un pansement imbibé d'un produit antiseptique).</li> </ul> <p><b>Antiseptie : soluté de dakin, eau de javel à 12%, Chlorhexidine diluée à 1/10, alcool à 70%, polyvidone iodée solution dermique.</b></p>
<b>Projection oculaire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Rincer l'œil</b> abondamment, de préférence avec du sérum physiologique ou sinon à l'eau pendant au moins 5 voire 10 minutes.</li> </ul>
<b>Au cas où les yeux, la bouche et les muqueuses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rincer la zone exposée immédiatement avec une solution saline isotonique pendant <b>10 minutes</b>.</li> <li>• Des gouttes oculaires antiseptiques peuvent également être employées dans les cas d'exposition atteignant les yeux.</li> <li>• Si l'on ne dispose d'aucune de ces solutions, utiliser de l'eau propre pour rincer abondamment.</li> </ul>
<b>Consultation d'un médecin référent précoce (si possible moins de 4h)</b>	
<b>Information du sujet exposé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rassurer, Déculpabiliser...</li> <li>• Informer : Risque VIH, VHB, VHC....</li> <li>• Prophylaxie : moyens et limites (TPE, Immunoglobulines...)</li> <li>• Préservatifs, pas de don de sang (jusqu'à connaissance définitive du statut sérologique)</li> </ul>
<b>Evaluation des risques de transmission</b>	<p>Cette évaluation se fait en fonction de la sévérité de l'accident :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Profondeur de la blessure (profonde ou superficielle)</li> <li>• Type d'aiguille : creuse à prélèvement, le risque est plus grand que si aiguille creuse à injection qui elle-même présente un risque plus grand qu'une aiguille pleine. Souillée ou pas de sang ?</li> <li>• Port des gants ?</li> <li>• Temps d'exposition ? délai de consultation ?</li> <li>• Statut de l'exposé pour VIH, VHB ?</li> <li>• Le degré de sévérité de l'accident permet de décider d'une prophylaxie ARV.</li> </ul>
<b>Suivi associé ou non à un Traitement ARV prophylactique pendant 6 mois</b>	

#### **II.3.4. PPE chez les usagers de drogues injectables (UDI)**

La politique de réduction des risques passe par l'accès aux seringues à usage unique, le sevrage ou le traitement de substitution. Ne pas donner une PPE en cas de risque intermédiaire c'est-à-dire partage du récipient, de la cuillère, du filtre ou de l'eau de rinçage.

La PPE ne sera discutée qu'en cas de risque important avec partage de l'aiguille, de la seringue et/ou de la préparation. Administrer une PPE si statut du patient source inconnu ou connu VIH+ avec partage d'aiguille.

### III. Prophylaxie Pré Exposition (PPrE ou PrEP : Pre Exposure Prophylaxis)

#### III.1. Définition

La prophylaxie pré exposition (PPrE) est un moyen complémentaire qui s'intègre dans le paquet de stratégies (diversifiées) de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle. Ce paquet de stratégie doit comporter la promotion de l'usage de préservatifs, le dépistage régulier du VIH, la prise en charge des AELB, le diagnostic et traitement des autres IST qui peuvent faciliter l'acquisition du VIH ainsi que le recours à la PPrE. **L'observance à la PPrE est cruciale pour obtenir les avantages protecteurs.**

#### III.2. Recommandations de la PPrE

Les directives concernant la PPrE sont résumées dans le tableau ci-dessous. **La PPrE ne prévient pas d'autres IST, ni de grossesses NON désirées.**

Tableau 9 : Recommandations pour la PPrE

Recommandations de la PPrE	
Populations cibles prioritaires : HSH, TS de plus de 21 ans VIH Négatifs qui ont un risque continue d'exposition au VIH	
Critères d'éligibilité	<ul style="list-style-type: none"><li>• Antécédent de plusieurs épisodes d'IST, ou</li><li>• Rapports sexuels non protégés avec au moins deux partenaires différents au cours des 6 derniers mois, ou</li><li>• Consommation de substances psychoactives lors des rapports sexuels.</li></ul>
Arrêt PPrE	<ul style="list-style-type: none"><li>• Chaque fois qu'un test VIH est positif</li><li>• à la demande du client</li><li>• Pour des raisons de sécurité / effets secondaires (CrCl &lt;60 ml / Min)</li><li>• Si les risques de la PrEP l'emportent sur les avantages</li></ul>
Modalités de prescription	<ul style="list-style-type: none"><li>• Prescription par un professionnel de santé (protocole recommandé : <b>TDF (300mg) / 3TC (300mg) : 1cp</b>)</li><li>• <b>Prise d'ARV en continue</b> (tous les jours) <b>ou en discontinue</b> (c'est-à-dire à la demande en prévision d'une période d'activité sexuelle précise).<ul style="list-style-type: none"><li>- En cas de prise continue, l'activité optimale des ARV est obtenue 7 jours chez les hommes et 21 jours chez les femmes. Pendant cette période, d'autres précautions de protection doivent être utilisées, telles que l'abstinence ou les préservatifs.</li><li>- Discontinue uniquement chez les HSH et contre-indiqué en cas d'infection par le VHB.</li></ul></li></ul>
Durée	<ul style="list-style-type: none"><li>• Jusqu'à arrêt du risque ou immédiatement si séroconversion ou présence d'un trouble rénal</li></ul>
Suivi médical	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dépistage du VIH : tous les 3 mois</li><li>• Bilan biologique : Bilan rénal tous les 6 mois (TDF est contre-indiqué si Cl créatine &lt;50 ml/min)</li></ul>
Où	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dans les FOSA agréées (disposant de la capacité et du financement nécessaires pour fournir un ensemble complet de services de prévention)</li><li>• DIC qui est lié à une FOSA agréée</li></ul>
Autres	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fournir un traitement contre les IST si indiqué</li><li>• Adopter de styles de vie sains (éviter l'alcool, le tabac et les drogues).</li><li>• Fournir des préservatifs et des lubrifiants</li></ul>

## Le Suivi : 3 étapes

Tableau 10: Suivi en cas de PPrE

Visite initiale	Visite à 1 mois	Visite tous les 3 mois :
<ul style="list-style-type: none"><li>• Critères d'éligibilité</li><li>• Examen clinique à la recherche de symptômes évocateurs</li><li>• Dépistage VIH et autres IST, TB, Hépatites B et C; bilan rénal ; test de grossesse</li><li>• Rechercher une contre-indication aux ARV utilisés</li><li>• Un entretien de counseling (vérifier adhérence à la PrEP)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Recherche de signes cliniques de primo-infection VIH,</li><li>• Interpréter les résultats du bilan biologique,</li><li>• Réaliser la première prescription de PrEP</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dépistage IST et VIH</li><li>• Screening de la TB</li><li>• Evaluer l'observance et les facteurs de risque</li><li>• Conseil de prévention (utilisation de préservatifs)</li></ul>

### III.3. Paquet minimum de services à offrir

Tableau 11 : Paquet minimum de services pour la PPrE

Portes d'entrée (Références)	Lien aux services
<ul style="list-style-type: none"><li>• Test VIH</li><li>• Autotest du VIH</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dépistage des IST</li><li>• Contraception après test de grossesse</li><li>• PrEP</li><li>• Prélèvement (créatininémie)</li><li>• Préservatifs</li><li>• VBG</li></ul>

### III.4. Contre-indications de la PPrE

- Séropositivité au VIH ou sérologie VIH inconnue ;
- Présence de signes ou symptômes d'infection aiguë par le VIH ;
- Problématiques rénales (créatinine < 50 ml/min) ;
- Hypersensibilité à l'un des principes actifs ou des excipients du produit.

Dans tous les cas c'est le personnel qui décidera de prescrire ou non la PrEP après avoir analysé avec vous votre risque d'acquisition du VIH et vérifié d'éventuelles contre-indications.

## IV. Prévention Positive (ou prévention chez les personnes séropositives)

### IV.1. Définition

Il s'agit de l'ensemble des services à offrir aux personnes VIH-positives afin de renforcer la prévention de la transmission du VIH à d'autres non infectées.

## IV.2. Services essentiels pour la prévention chez les PVVIH

**Tableau 12** : Prévention chez les PVVIH

Prévention Positive	
<b>Principe</b>	Une prévention efficace chez les PVVIH est basée sur des approches multiples suivant les besoins et les droits des personnes infectées et affectées par le VIH (couples discordants, famille).
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eviter la transmission du VIH</li> <li>• Promouvoir la santé</li> <li>• Retarder la progression de la maladie</li> <li>• Eviter la résistance aux médicaments ARV (Mutation)</li> </ul>
<b>Pourquoi ?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévenir la propagation du VIH aux partenaires sexuels et enfants (TME).</li> <li>• Aider les PVVIH à adopter des comportements sûrs et raisonnables.</li> </ul>
<b>Concepts importants</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le partage des résultats du statut sérologique d'une personne VIH+ à une personne ou une organisation peut avoir des conséquences bénéfiques ou nuisibles.</li> <li>• La notification du partenaire (sexuel ou de partage d'injection de drogues) d'un PVVIH pour leur parler du risque potentiel d'exposition au VIH et de les encourager à venir pour un counseling, le dépistage et si nécessaire avoir un traitement du VIH.</li> </ul>
<b>Cibles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patients VIH positifs et leurs partenaires</li> <li>• Les membres des familles des patients VIH positifs.</li> </ul>
<b>Liens entre la prise en charge (services essentiels à offrir)</b>	<p>La prévention chez les PVVIH demande une prise en charge à long terme et des liens directs avec les autres services de santé, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conseil et Dépistage du VIH pour l'entourage (conjoint, descendants)</li> <li>• PTME (si femme en âge de procréer)</li> <li>• PF</li> <li>• Unité de PEC ARV</li> <li>• Prise en charge des IST</li> <li>• Diagnostic et traitement des hépatites virales B et C</li> <li>• Appui à l'adhérence par les ASC/APS</li> <li>• Services de la santé des jeunes et adolescents (SR)</li> <li>• Equipe d'appui psychosocial</li> <li>• Prophylaxie Préexposition pour leur partenaire</li> <li>• Conseils en Nutrition et alimentation y compris chez les femmes allaitantes</li> <li>• Santé mentale</li> <li>• Communication pour le changement de comportements (CCC)</li> <li>• Promotion des comportements de vie sains</li> <li>• Prévention de la violence basée sur le genre (VBG)</li> <li>• Services de linkage</li> </ul>

## IV.3. Recommandations pour améliorer la prévention chez les PVVIH

1. Appliquer les principes de l'approche de la prise en charge « Centrée sur le patient »
2. Combiner les stratégies afin de créer un environnement de confiance aux PVVIH.
3. Protéger et promouvoir les droits humains et les principes d'éthique, y compris le droit à la vie privée, la confidentialité, le consentement éclairé et le devoir de ne pas faire du mal.

4. Inclure des mesures pour prévenir la stigmatisation et la discrimination des PVVIH, alors que l'on se focalise toujours sur les besoins particuliers et les droits des PVVIH.

#### **V. Traitement comme Prévention (TasP : Treatment as Prevention)**

Les traitements ARV empêchent le virus de se multiplier, bloquent son évolution et diminuent la charge virale (c'est-à-dire la quantité du virus dans le sang) chez la personne infectée. On dit alors que la charge virale est indétectable. Ainsi, la personne infectée ne transmet alors plus le VIH lors de relations sexuelles.

#### **VI. PTME**

Les femmes au Cameroun présentent des taux de prévalence du VIH et taux de nouvelles infections plus élevés que ceux des hommes. Cet écart est dû à des facteurs biologiques et sociaux. Le risque de transmission du VIH des hommes aux femmes lors des rapports vaginaux est plus élevé que le risque de transmission des femmes aux hommes. De même, certaines normes sociétales et sexospécifiques empêchent souvent les femmes et les adolescentes de négocier des pratiques sexuelles plus sûres avec leurs partenaires.

Il est important de veiller à ce que les femmes et les adolescentes subissent régulièrement des tests de dépistage du VIH (voir dépistage) et des services de prévention complets si elles s'avèrent être séronégatives pour le VIH+.

#### **VII. Prévention de la transmission par les pratiques traditionnelles**

L'utilisation d'objets n'étant pas à usage unique pour les pratiques traditionnelles (scarification, tatouage, excision, circoncision...) expose au risque de transmission du VIH. La prévention du risque nécessite le respect des conditions d'hygiène standard. Elle peut également faire appel à la stérilisation des objets coupants/tranchants, dans des conditions bien définies et après formation.

# Chapitre 2 : Dépistage du VIH et lien aux soins

---

Le dépistage du VIH constitue le maillon essentiel ou l'étape initiale pour une prévention combinée, un accès aux soins appropriés y compris traitement et un accompagnement psychosocial. Son objectif est de permettre un diagnostic précoce de l'infection à VIH afin d'améliorer la qualité de vie des PVVIH, de ralentir la progression vers le stade Sida, et par conséquent de réduire la mortalité du fait de cette infection. Il permet aussi de réduire les nouvelles infections à travers une prévention efficace chez les personnes diagnostiquées VIH+.

## I. Généralités sur le dépistage du VIH

Le Cameroun a retenu le **dépistage différencié** qui est fonction des préférences des groupes cibles, des lieux et d'interventions à fort impact et une combinaison stratégique de services de dépistage du VIH, afin de faciliter l'établissement d'un diagnostic précoce chez le plus grand nombre possible de personnes. L'objectif est une optimisation du nombre d'actes, l'efficacité et le rapport coût efficacité ainsi qu'une plus grande équité.

Cette combinaison nécessite :

- **L'intégration** des services de dépistage du VIH avec d'autres services de santé ;
- **La décentralisation** du dépistage du VIH en dehors du système de santé hospitalier ;
- **La délégation** des tâches.

## II. Approches de dépistage du VIH

### II.1. Conseil et Dépistage du VIH initié par le prestataire (CDIP)

Dans le cadre de cette approche, le prestataire de soins devrait systématiquement proposer le test du VIH à toutes personnes fréquentant les services de soins de santé afin d'améliorer le diagnostic précoce du VIH. Cependant, le dépistage devra être ciblé. Priorité donnée aux portes d'entrée présentant les taux de positivité les plus importants (CPN, maternité, pédiatrie, TB, consultation, nutrition, etc) ainsi qu'au dépistage des personnes contacts des cas positifs (Index case testing, dépistage familial).

### II.2. Conseil et Dépistage volontaire ou à l'initiative du client (CDV)

Les clients désireux de connaître leur statut sérologique du VIH, peuvent se présenter dans les formations sanitaires (FOSA) ou dans les OBC disposant de personnes formées à cet effet et solliciter le dépistage du VIH y compris l'autodépistage.

## III. Procédures de dépistage

### III.1. Principes

Le dépistage du VIH doit être **volontaire** et effectué de manière éthique dans un environnement comportant les cinq principes préconisés par l'OMS (**5C**) : Consentement

éclairé, Confidentialité, inclure des Conseils, résultats Corrects et liens (Connexion) avec les services de soins.

**Tableau 13** : Principes pour le dépistage

Principes pour un bon dépistage : les 5C	
<b>Consentement éclairé</b>	Les clients doivent être informés du processus et de leur droit à refuser le test
<b>Confidentialité</b>	Le contenu des discussions entre le prestataire et le client ne doit pas être divulgué à une tierce personne
<b>Conseils</b>	Avant la réalisation du test, le prestataire doit offrir des conseils appropriés
<b>Résultats Corrects</b>	Le prestataire doit s'efforcer de fournir le service de dépistage de qualité et les mécanismes d'assurance qualité doivent être mises en place pour s'assurer de l'exactitude des résultats rendus
<b>Connexion (lien)</b>	Avec les services de prévention, de soins et de traitement

### III.2. Protocoles de services de test du VIH

L'offre de services de dépistage doit suivre les étapes décrites dans le tableau 1 ci-dessous.

#### III.2.1. Information avant le test

- Assurer la **Confidentialité** du client : parler des renseignements que le prestataire doit collecter
- Parler des bénéfices du dépistage du VIH.

#### III.2.2. Counseling

C'est un dialogue/échange motivationnel entre un prestataire et un client dans un endroit confidentiel au cours duquel il sensibilise et apporte des informations précises sur le VIH, afin d'obtenir son **Consentement éclairé** et de l'amener à se faire dépister librement.

Le but du counseling est de : (i) Fournir un soutien psychosocial aux clients, (ii) Prévenir la transmission du VIH en encourageant le changement de comportement et (iii) Offrir une prise en charge holistique.

**Tableau 14** : Counseling pré et post test

	Counseling Pré-test	Counseling Post-test
<b>Objectif</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vise à préparer la personne au test de dépistage du VIH.</li> <li>• Bien mené, facilite l'annonce du résultat.</li> </ul>	Entretien au cours duquel le client découvre son résultat du test VIH (positif, négatif ou indéterminé)
<b>Etapes</b>	<p>Pour commencer, le conseiller se présente, explique son rôle et rassure la personne quant au respect de la confidentialité.</p> <p>Ensuite, le conseiller <b>aborde les différents points</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les connaissances de la personne sur le VIH/Sida ;</li> <li>• Le risque qu'a la personne d'avoir été exposée au VIH et la possibilité d'un plan de réduction du risque ;</li> <li>• Avantages à pratiquer ou non un test VIH</li> <li>• La signification des tests de sérologie VIH ;</li> <li>• Les implications du résultat du dépistage sur la vie de la personne ;</li> <li>• Les aptitudes de la personne à faire face à une séropositivité et à ses conséquences ;</li> <li>• Le consentement éclairé de la personne concernant le test de dépistage ;</li> <li>• Eventuellement, la notion de PTME ;</li> <li>• Le dépistage familial.</li> </ul>	<p><b>Aborder les points suivants :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• S'assurer de l'identité du client ;</li> <li>• Le rassurer de la confidentialité de l'entretien ;</li> <li>• Féliciter d'être revenu ;</li> <li>• Faire un bref rappel de l'entretien initial et s'enquérir des sentiments du client pendant le temps d'attente ;</li> <li>• Remettre au client l'enveloppe pour la découverte du résultat ;</li> <li>• Laisser à la personne le temps d'exprimer ses émotions</li> <li>• S'assurer la compréhension du résultat par le client ;</li> <li>• Encourager des questions et donner des réponses exhaustives ;</li> <li>• Expliquer clairement la signification ;</li> </ul> <p><b>NB:</b> Passée la phase d'annonce, l'entretien se poursuit de façon différente en fonction du résultat.</p>

### III.2.3. Conduite à tenir en fonction des résultats

#### Résultats Négatifs :

- Expliquer que le test est à refaire après 3 mois
- Sensibiliser sur l'utilisation correcte du préservatif en rappelant qu'un résultat négatif ne signifie pas qu'on est protégé du VIH (même au sein d'un couple sérodifférent) ;
- La notion de sérodifférence, la notification du résultat au partenaire et la décision à prendre par le partenaire de se faire dépister.

#### Résultats positifs :

- Identifier les problèmes immédiats que posent ou vont poser la personne dans les 24h
- Identifier ce qui l'inquiète le plus, à qui elle aimerait en parler
- Informer la personne sur la disponibilité du traitement ARV
- Envisager avec elle toutes les ressources dont elle dispose pour faire face à la situation (partenaire, famille, entourage proche, téléphone, réseau des PVVIH)
- Voir avec elle s'il y'a un besoin d'aide pour la notification à son ou sa partenaire

## Résultats Indéterminés

- Mettre en place un accompagnement psycho social, au même titre qu'après l'annonce d'une séropositivité

### III.3. Dépistage du VIH selon le site

Le dépistage du VIH se fait soit dans la FOSA soit en communauté.

#### III.3.1. Dépistage du VIH dans la FOSA

Tableau 15 : Dépistage du VIH dans la FOSA

Dépistage du VIH dans la FOSA	
Où ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A toutes les portes d'entrée de la FOSA : CPN, Maternité, vaccination, pédiatrie, tuberculose, de planification familiale, urgence, consultation, nutrition, et centres de prise en charge du VIH, autres...</li> </ul>
Comment ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CDIP ou CDV</li> <li>• Réalisation du test</li> <li>• Lien/Reference vers le service de prise en charge du VIH dans la même FOSA ou vers une FOSA en fonction du choix du client</li> </ul>
Par Qui ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les équipes médicales</li> <li>• Les prestataires non médicaux formés (APS, Mother mentor...)</li> </ul>
Pour Qui ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adultes, enfants, adolescents</li> <li>• Populations clés (HSH, PS, détenus, ...) ou vulnérables (camionneurs, réfugié ...)</li> <li>• Membres des familles TB</li> <li>• Famille d'un cas index</li> </ul>

#### III.3.2. Dépistage du VIH dans la communauté

En cas de dépistage dans la communauté, il faudrait s'assurer que tous les clients ayant eu un test VIH réactif soient effectivement liés à la FOSA pour une confirmation du diagnostic.

Dans la communauté, 4 approches peuvent être utilisées.

- Conseil et dépistage du VIH initié par le prestataire (CDIP)
- Conseil et dépistage volontaire (CDV)
- Conseil et dépistage démedicalisé
- Autodépistage

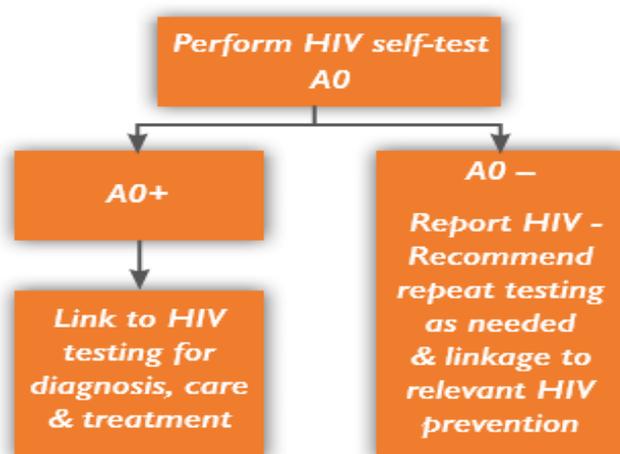
Tableau 16 : Dépistage du VIH dans la communauté

Dépistage du VIH dans la communauté	
Où ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Dans la communauté</b> : Hot Spot, OBC/DIC, CMPJ/CS, lieux de regroupement culturels, sportifs ou religieux, points d'affluence (marches), chefferies...</li> <li>• <b>A domicile</b> : dépistage en famille</li> </ul>
Comment ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proposer le test VIH à toute personne accueillie dans le cadre des interventions communautaires : Causerie éducative, VAD, counseling</li> <li>• Lien/référence avec FOSA si test VIH réactif pour confirmation,</li> </ul>
Par Qui ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les équipes médicales mobiles (personnel médical de l'unité mobile)</li> <li>• La stratégie avancée (personnel de la FOSA)</li> <li>• Les prestataires non médicaux formés (APS, ASCP, Mother mentor, ...)</li> </ul>

Pour Qui ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adultes, enfants, adolescents</li> <li>• Populations clés (HSH, PS, détenus, ...) ou vulnérables (camionneurs, réfugié ...)</li> <li>• Membres des familles TB</li> <li>• La famille d'un cas index</li> </ul>
------------	---

### III.3.3. Auto-dépistage (Self-testing)

Il s'agit d'un test d'orientation qu'un client peut réaliser sur lui-même sans la présence d'un personnel formé.



Source: WHO HTS guideline 2015

Figure 2 : Algorithme de l'auto-dépistage du VIH

Tableau 17 : Autodépistage

Auto-dépistage du VIH	
Où ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans la communauté</li> <li>• A domicile</li> </ul>
Comment ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le client effectue son propre test en utilisant <b>un seul test (très sensible)</b> et interprète les résultats</li> <li>• Si le résultat est « réactif », un test de confirmation doit être réalisé par un personnel qualifié dans une FOSA selon l'algorithme national</li> </ul>
Par Qui ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le client lui-même</li> </ul>
Pour Qui ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partenaires des PVVIH nouvellement diagnostiqués y compris les FEC</li> <li>• Populations clés (TS, MSM et UDI)</li> <li>• Contacts des patients traités pour une IST ;</li> <li>• Prestataires des soins</li> <li>• Personnes qui se font re-testés fréquemment</li> </ul>

La mise en œuvre de cette approche de dépistage se fera de façon progressive, en privilégiant les populations clés (TS et leurs clients, MSM, UDI, prisonniers) tout en s'appuyant sur les projets pilotes.

### III.3.4. Dépistage Démédicalisé

Pour la mise en œuvre de cette approche de dépistage, on pourra se référer au guide de dépistage en cours d'élaboration (dépistage différencié).

### III.4. Populations cibles pour les services de dépistage

Les prestataires de soins devraient cibler les populations présentant un risque élevé de VIH : populations clés et populations vulnérables / prioritaires.

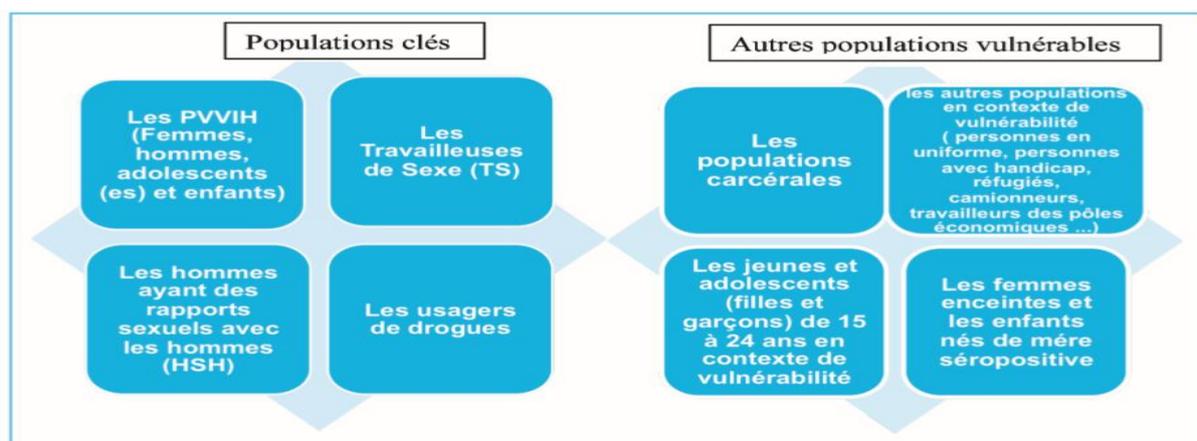


Figure 3 : Populations clés et vulnérables

#### III.4.1. Recommandations pour le test VIH

Tableau 18 : Recommandations sur la fréquence du dépistage par type de population

Catégories de la population	Quand tester
Population Générale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une fois par an</li> </ul>
FEC et allaitantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Testez le VIH au premier contact refaire si négatif le test trois mois après pendant la grossesse, l'accouchement ou bien l'allaitement ;</li> <li>• Si le 1<sup>er</sup> contact en salle de travail/accouchement ou pendant l'allaitement, il correspond au 1<sup>er</sup> test, si négatif, réaliser le 2<sup>nd</sup> test 3 mois plus tard.</li> <li>• Réaliser le test 6 semaines après l'arrêt de l'allaitement.</li> <li>• Suivez ensuite les recommandations de test pour la population générale.</li> </ul>
Enfants exposés (EE)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Faire 1<sup>ère</sup> PCR à 6/8 semaines</b> après la naissance.</li> <li>• Si PCR1 négatif et enfant n'est pas allaité, NE PAS refaire une PCR à 9 mois, faire le suivi puis <i>sérologie</i> à 18 mois ;</li> <li>• Si PCR1 négatif et enfant allaité, FAIRE une <b>PCR à 9 mois</b> ou plutôt si suspicion clinique et aussi, faire sérologie à 18 mois ou bien 6 semaines après arrêt de l'allaitement</li> <li>• En cas de résultat indéterminé, refaire une PCR dans les 4 semaines.</li> </ul>
EE toujours sous allaitement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 semaines après l'arrêt de l'allaitement</li> </ul>
Partenaires séronégatifs du Couple sérodiscordant,	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tous les 3 mois jusqu'à ce que le patient VIH sous TAR ait une suppression virale</li> </ul>

Patient tuberculeux	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faire test VIH initial puis à 3 mois si négatif</li> </ul>
Populations clés (TS, HSH et UDIs)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Refaire le test tous les 3 mois si négatif</li> </ul>
IST symptomatiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faire un test initial, retester 4 semaines plus tard puis pour chaque nouvelle IST conformément à l'algorithme national</li> </ul>
Exposition récente à risque (AELB, viol, rupture de préservatif, etc)	<ul style="list-style-type: none"> <li>À 1 mois, 3 mois et six mois après arrêt PPE.</li> </ul>
En cas de PrEP	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tous les 3 mois</li> </ul>

### III.4.2. Référence et lien au traitement

- Accompagner physiquement pour le re-testing (confirmation) et pour PEC
- Obtenir des informations correctes sur le cas index (domiciliation, numéro de téléphone)
- Documenter le(s) suivi(s)

### III.4.3. Recommandations pour le re-testing

L'OMS recommande de répéter le dépistage du VIH pour garantir l'exactitude du diagnostic dans trois situations **ou chez les personnes/groupes spécifiques**. Dans le cadre des nouvelles directives, le re-testing NE SERA PAS fait avant initiation du TARV.

**Tableau 19** : Recommandations pour le re-testing

Personnes avec résultats NON concluants	Nourrissons ayant une PCR+	Clients séronégatifs
Retester tous les individus avec des résultats non concluants après 3 semaines à 1 mois.	Tous les nouveau-nés testés VIH positif à la première ou deuxième PCR ADN doivent être soumis à un nouveau test de dépistage du VIH. L'échantillon de DBS doit être prélevé le jour du début du traitement de l'enfant.	<ul style="list-style-type: none"> <li>FEC ou allaitantes</li> <li>Personnes à risque élevé d'infection à VIH (ex. Populations clés : HSH, TS, UDIs)</li> </ul>

### III.5. Algorithme de Dépistage en fonction de l'âge

Pour les pays à ressources limitées comme le Cameroun, l'algorithme en série reste l'approche efficace pour le test du VIH chez l'adulte et l'enfant âgé de plus de 18 mois.

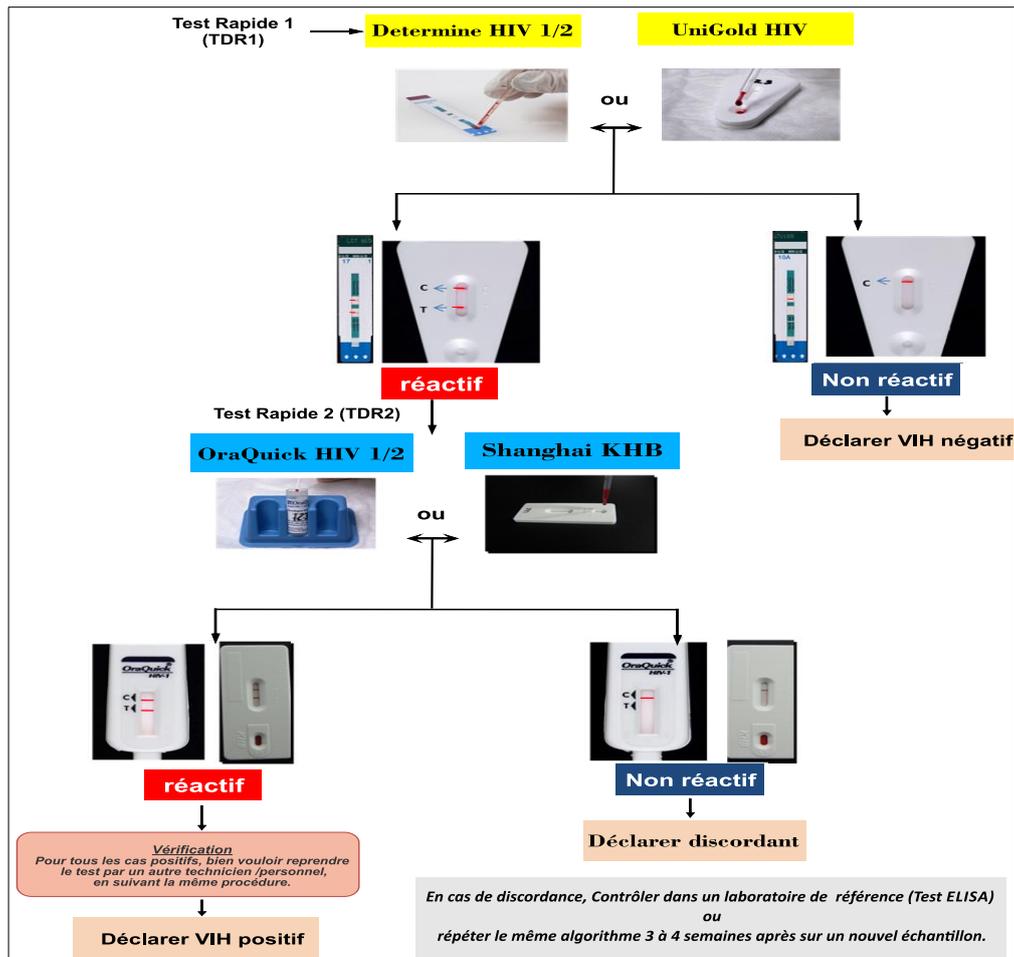


Figure 4 : Algorithme de dépistage

### Interprétation des résultats

Avant de faire un test du VIH, le technicien doit s'assurer que les trois tests rapides recommandés par l'algorithme sont disponibles en laboratoire.

- **Résultat négatif** : Les anticorps anti VIH n'ont pas été détectés dans le sang du client.  
En cas d'exposition au VIH, il est recommandé de refaire le test après un mois compte tenu de la fenêtre sérologique.
- **Résultat positif** : Les anticorps anti VIH ont été détectés dans le sang du client sur les trois tests rapides recommandés par l'algorithme.
- **Résultat discordant** : Sur le même échantillon prélevé, les résultats des deux tests rapides sont discordants

### III.6. Diagnostic précoce du VIH chez l'enfant exposé

L'infection à VIH chez l'enfant peut survenir in utero, pendant le travail, l'accouchement et par le lait maternel. L'exposition au VIH de tous les enfants âgés de moins de 18 mois doit être vérifiée dès le premier contact. Un TDR positif chez un enfant de moins de 18 mois né de

mère à statut VIH inconnu confirme le diagnostic de l'exposition au VIH. Il y a lieu de confirmer le diagnostic de l'infection à VIH chez cet enfant par la PCR.

### III.6.1. Test à la naissance des enfants exposés nés de mères VIH+ connues

Le test de dépistage du VIH chez les nourrissons à la naissance ou au premier contact dans les 2 semaines suivant la naissance est indiqué pour les **Enfants Exposés qui ont échappé à la PTME**. Il n'est pas recommandé mais pourrait faire l'objet d'une étude pilote.

### III.6.2. Conseil et dépistage du VIH chez les nourrissons et les enfants âgés de moins de 18 mois

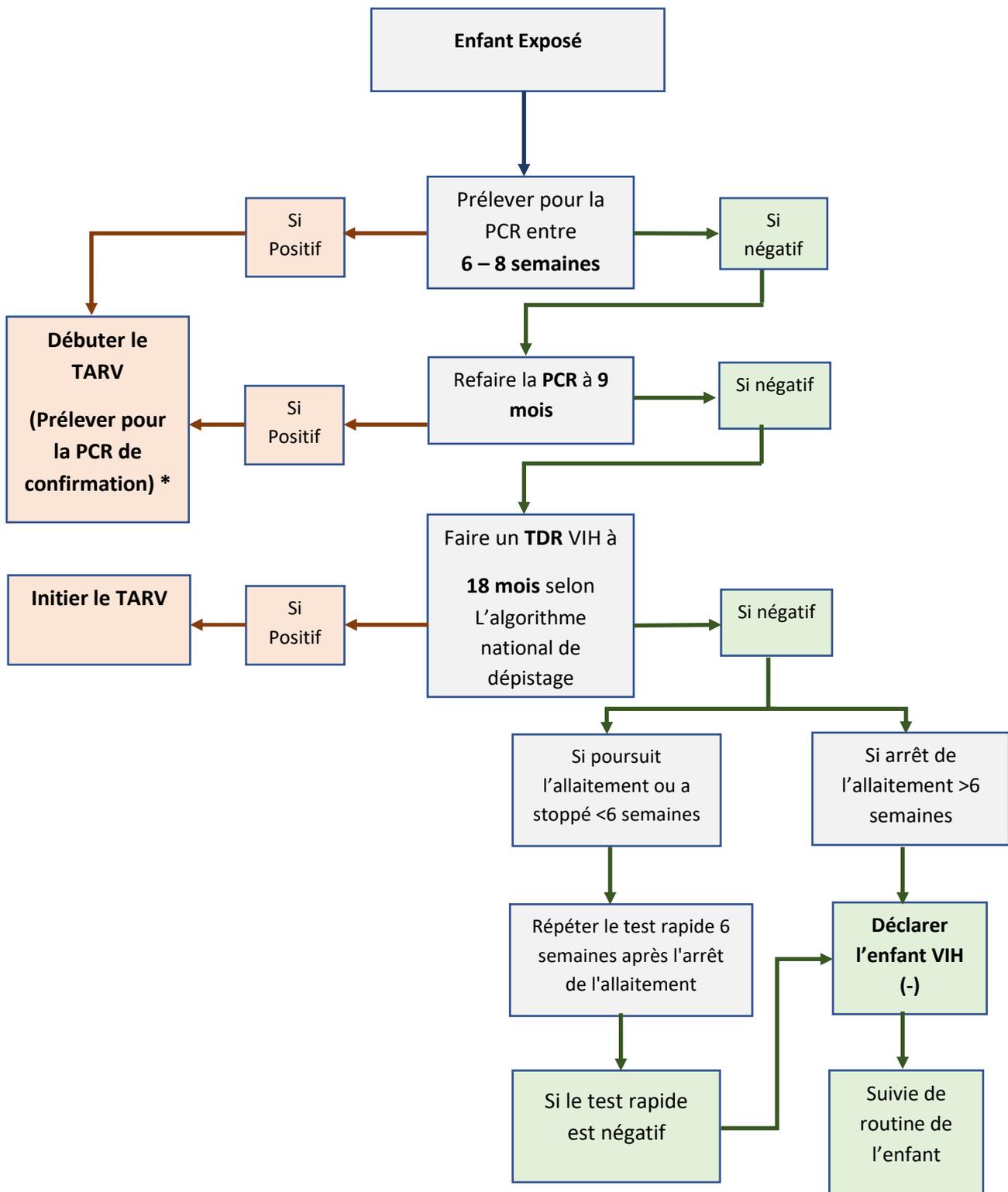
Le statut d'exposition au VIH de tous les nourrissons devrait être établi dès le premier contact.

- Pour établir le **statut d'exposition** au VIH d'un enfant de moins de 18 mois, effectuez un test de diagnostic rapide (TDR) pour les mères dont le statut est inconnu ou qui avaient eu un test négatif lors des soins prénatals OU lors du premier contact du couple mère enfant avec la FOSA (vaccination).
  - Si la mère refuse de subir le test ou n'est pas disponible pour le test, alors effectuez un TDR pour l'enfant afin de déterminer l'exposition (si le test d'anticorps est positif, cela confirme l'exposition au VIH).
- Lorsque l'exposition au VIH est confirmée,
  - La prophylaxie antirétrovirale doit commencer immédiatement
  - Prélèvement DBS pour la réalisation des tests de PCR de l'ADN par la suite.

Les nourrissons présentant une première PCR ADN VIH **positive** doivent être considérés infectés par le VIH et débiter un TARV conformément aux directives nationales.

- Tous les enfants exposés dont la première PCR ADN est **négative** doivent poursuivre la prophylaxie ARV conformément aux recommandations et seront suivis car ils peuvent s'infecter au cours de l'allaitement.

## ALGORITHME DE DEPISTAGE VIH DES ENFANTS EXPOSES



**Figure 5 :** Algorithme de dépistage précoce du VIH chez enfants exposés

**NB:** Si l'enfant exposé est symptomatique entre 6 semaines et 18 mois, faire une PCR.

\*Si la PCR est positive, débiter le TARV et prélever une PCR de confirmation ; si la PCR de confirmation est (+) poursuivre le TARV, si la PCR de confirmation est (-) continuer TARV et prélever une 3<sup>e</sup> PCR (Tie breaker) : si PCR (-) arrêter le TARV, si PCR (+) déclarer l'enfant **VIH POSITIF** et poursuivre le TARV.

Tous les nourrissons ayant un test d'ADN / PCR négatif pour le VIH doivent subir un test final d'anticorps rapide à 18 mois.

### III.7. Conseil et Dépistage du VIH chez la femme enceinte et/ou allaitante

Le conseil et dépistage de l'infection à VIH dans le cadre de la PTME doit se faire à chaque contact de la femme avec le système de soins. Ce dépistage de l'infection à VIH doit se faire suivant l'algorithme national. Cependant, le dépistage du VIH chez la femme enceinte en CPN doit combiner le test VIH et celui de la syphilis. Ces 2 tests peuvent être soit combinés (Duo-Test) ou séparés. Dans ce dernier cas, les 2 tests seront faits concomitamment selon les directives nationales applicables à chaque test.

### III.8. Dépistage chez les adolescents

Créer des espaces conviviaux « amis des adolescents » dans les FOSA et les communautés de façons à prendre en considérations les besoins spécifiques des adolescents. Il s'agit de centres ou d'espaces adaptés dans les FOSA qui fournissent un environnement sûr dans un lieu pratique avec une ambiance agréable, qui ont des horaires d'ouverture pratiques pour les adolescents, garantissent l'intimité et évitent la stigmatisation, fournissent des informations et du matériel pédagogique.

Le prestataire doit faire le conseil pour le dépistage au parent/tuteur

- Dépister l'adolescent de moins de 15 ans qui présente un consentement écrit et signé de ses parents ou tuteurs légaux. L'adolescent peut bénéficier un conseil pré-test et dépistage avec un consentement parental à travers les outils et supports de communication adaptés à l'âge (film, boîte à image, dépliants) ;
- Dépister l'adolescent de plus de 15 ans (mineur mature) après l'obtention d'un consentement écrit de ce dernier. S'il est accompagné d'un parent ou d'un tuteur, ce parent ou cette personne ne peut être présent(e) pendant la session de CD qu'avec le consentement de l'adolescent. L'adolescent peut bénéficier directement le dépistage du VIH, s'il est sexuellement actif, ou chef de famille.

### III.9. Dépistage du VIH par les « Cas index » dans les FOSA ou en Communauté

Dans cette approche, le « client index » ou « cas index » est utilisé pour faciliter l'identification de ses clients contacts. L'identification faite, le conseil et dépistage peut se faire soit par une **approche individuelle** soit par une **approche boule de neige** en fonction du nombre de cas contact.

- Dans le cadre de « l'approche boule de neige » l'équipe de dépistage collabore avec le client index pour inviter d'autres membres du groupe à participer au dépistage. Cette approche est recommandée chez les travailleurs du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

- Dans le cadre de « l'approche individuelle »

Plusieurs options sont recommandées pour référer les partenaires du « cas index » au dépistage. La référence peut être :

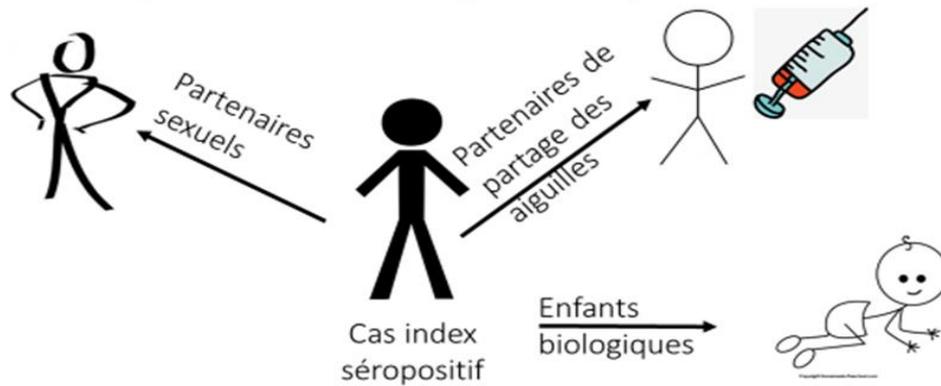
- **Directe** : Le client parle de son statut sérologique à son partenaire et l'encourage à se rendre dans une FOSA pour réaliser son test ;
- **Faite par un prestataire** : un conseiller ou un autre prestataire de soins va appeler (téléphone) ou faire une visite à votre partenaire pour lui proposer les tests ;
- **Contractuelle** : Le client et son conseiller travaillent ensemble pour aviser le partenaire. Le client a un délai de 30 jours pour informer son partenaire au bout duquel son conseiller le contractera directement si cela n'est pas fait ;
- **Double** : le conseiller (ou prestataire) s'entretiendra avec le client et son partenaire lors d'une rencontre à laquelle le client et son partenaire assisteront. Il soutiendra le client lorsqu'il parlera de son statut sérologique à son partenaire.

Le Conseil et dépistage du VIH à domicile est fourni par le biais d'une invitation de client VIH ou d'une approche de porte à porte.

### Principes de l'approche de dépistage des sujets exposés au VIH à partir d'un cas index

- **Centré et focalisé sur le client** : les services de dépistage des sujets exposés devraient se focaliser sur les besoins et la sûreté du sujet index ; ainsi que celle de son ou ses partenaires et de son ou ses enfants
- **Le client choisit** la méthode et le niveau de divulgation les plus appropriés (c.-à-d., Plein à aucun) pour informer chaque partenaire en fonction de sa situation
- **Confidentiel** : La confidentialité du sujet index et de tous les partenaires et enfants désignés doit être maintenue à tout moment. L'identité du sujet index ne doit pas être révélée et aucune information sur les partenaires ne doit être renvoyée au sujet index (à moins d'obtenir le consentement explicite de toutes les parties).
- **Volontaire et non coercitive** : les services de notification des partenaires devraient toujours être volontaires ; les approches obligatoires ou coercitives ne sont jamais justifiées
- **Sans jugement** : les services aux partenaires doivent être dispensés sans porter de jugement, sans stigmatisation ou discrimination
- **Accessibles et disponibles pour tous** : les dépistages des partenaires doivent être disponibles pour tous les sujets index, quel que soit l'endroit où ils sont diagnostiqués (par exemple dans un établissement de santé ou dans un environnement communautaire).

## Qui sont les sujets exposés ?

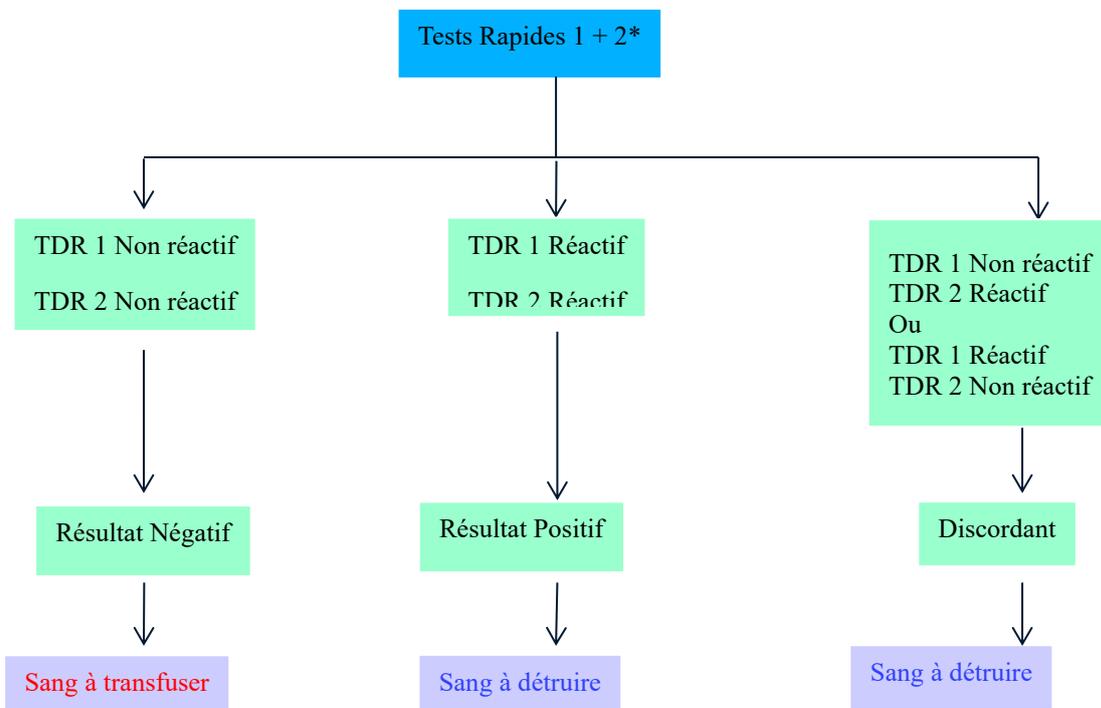


Sujet exposé ≠ membre de ménage/famille

**Figure 6 :** Index case testing

### III.10. Dépistage du VIH dans le cadre de la transfusion sanguine

- Tout donneur de sang doit être sensibilisé/informé sur le dépistage du VIH et des autres maladies (Hépatites) avant tout prélèvement de la poche de sang qui sera effectué chez lui. Les étapes du Conseil et dépistage du VIH doivent être respectés y compris la confidentialité
- Les tests rapides à effectuer sont réalisés en parallèle c'est-à-dire l'un et l'autre simultanément (comme indiqué dans l'algorithme national). Dans ce cas, les deux tests doivent être hautement sensibles.



**Figure 7 :** Algorithme de dépistage dans le cadre de la transfusion sanguine

#### IV. Liens entre le dépistage du VIH et la prévention, les soins et le traitement du VIH

##### IV.1. Généralités sur le Lien entre le dépistage du VIH et la prévention, les soins et le traitement du VIH

Le linkage est le processus par lequel un patient testé VIH+ dans la FOSA/communauté est accompagné dans le service de PEC, pour l'initiation au traitement ARV. Il s'agit d'accompagner le plus tôt possible le patient nouvellement dépisté VIH+ à intégrer les services de soins et traitement du VIH. Toutes les opportunités doivent être utilisées pour la mise précoce des patients sous TARV, aussi bien pour ceux dépistés en communauté que dans les FOSA. La liaison aux soins réussit si le client reçoit les services pour lesquels il a été référé.

**Il s'agit d'un processus continu qui commence dès le counseling et se prolonge avec l'éducation thérapeutique ainsi que le soutien psychosocial.**

##### IV.2. Les étapes du lien entre le dépistage du VIH et la prévention, les soins et le traitement du VIH

- Tenir un registre de liaison à toutes les portes d'entrées (y compris au niveau de la communauté) pour la réalisation du test
- Suivre et rendre compte mensuellement des progrès réalisés avec le lien (c a d rapporter les données sur les cas référés/liens effectués)
- Discuter du lien lors des réunions de l'équipe multidisciplinaire

##### *IV.2.1. Description du mécanisme de lien des patients avec la FOSA (à travers la fiche de référence ou voucher)*

**Tableau 20 :** Mécanisme de liaison des patients avec la FOSA à travers la fiche de référence

Etapes	Actions	Responsables
1	Attribuer un code d'identification du patient	
2	Enregistrer et vérifier dans les outils prévus à cet effet <ul style="list-style-type: none"><li>• Le(s) contact (s) téléphonique (s) de<ul style="list-style-type: none"><li>○ La personne dépistée et</li><li>○ Deux (02) autres personnes contact</li></ul></li><li>• Le plan de localisation / points de repère du domicile de la personne dépistée</li></ul>	Mères mentors, Membres GS, APS, PE, ASCP
3	Informer sur : <ul style="list-style-type: none"><li>• La nature et la disponibilité de services supplémentaires liés au VIH (intégration de service)</li><li>• Les prochaines étapes du traitement et de la prévention, et du calendrier de suivi.</li><li>• Les avantages de l'initiation précoce du traitement antirétroviral</li><li>• Faire participer le patient dans le processus décisionnel en matière de traitement et de prévention (en particulier où et quand commencer le TARV)</li></ul>	
4	Faciliter/motiver le patient pour le partage de son statut à une « autre personne » de confiance	

5	Echange de numéros entre le conseiller et le patient ; et « Biper » pour vérification sur place que les numéros enregistrés sont opérationnels ;	
6	Après le counseling post-test bien conduit, remplir la fiche de référence / voucher et remettre à la personne dépistée VIH+	
7	Faire l'initiation à l'éducation thérapeutique (assister le client dans l'identification et la résolution des barrières au lien, Pendant le counseling post-test)	
8	Accompagner physiquement le client vers service de prise en charge du VIH	
9	Faciliter la prise de contact entre le client et un APS du service de prise en charge choisi	
10	Lien avec le groupe de soutien	
11	Faire un point hebdomadaire des personnes référées et liées aux soins et archiver l'information, la transmettre au niveau de la FOSA, du district, du GTR et au niveau national pour que des actions soient prises.	

**Pour tous les clients VIH positifs, le lien doit avoir lieu dans les sept jours maximum (dans la même FOSA) et dans les 30 jours pour les références entre FOSA ou de la communauté à la FOSA**

#### IV.2.2. Description du mécanisme de lien des patients avec la FOSA par des moyens combinés (fiche de référence / voucher + appels téléphoniques ou accompagnement physique)

**Tableau 21** : Mécanisme de liaison des patients avec la FOSA par moyens combinés

Étapes	
1	Suivre la procédure pour le lien à travers la fiche de référence / voucher ;
2	Appeler le point focal en charge du lien des personnes VIH+ (coordonnateur, APS, major, etc...) dans le service de prise en charge du VIH où la personne est référée, pour prendre un RDV pour elle et faire le suivi du lien ;
3	Inscrire la date de RDV et autres informations sur le voucher ;
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faire le suivi du lien de la personne référée aux soins au travers des appels téléphoniques, des SMS et des acteurs communautaires.</li> <li>Les appels téléphoniques de ces personnes vont se faire à une fréquence hebdomadaire, une fois par semaine pendant 2 semaines et au bout de 2 appels non concluants, appeler la (es) personne(s) contact (s) enregistrée(s).</li> <li>Au bout d'un mois de recherche non fructueuse, organiser une VAD ou une recherche par les personnels de la communauté (ASC, délégués de villages, membres de structure de dialogue, etc...) sur la base des informations de localisation fournies lors du dépistage ;</li> </ul>
5	Inscrire le code d'identification unique du patient dans le registre de dépistage ;
6	Faire un point hebdomadaire des personnes référées et liées aux soins et archiver l'information, la transmettre au niveau de la FOSA, du district, du GTR et au niveau national pour que des actions soient prises.

**N.B:** Le répertoire téléphonique des responsables des services de prise en charge du VIH, des APS et des points « focaux de liaison » dans les CTA, UPEC, sites PTME et autres doivent être mis à disposition de tous acteurs du dépistage par les DRSP/GTR-CNLS pour faciliter la référence et la contre-référence.

### IV.2.3. Cas particuliers

Tableau 22 : Cas particuliers

Cas des patients non-initiés au TARV	Intervention
Clients non-initiés au TARV pour suspicion TB	S'assurer de leur mise sous traitement deux semaines après traitement anti-TB
Clients positifs non-initiés le même jour	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faire la recherche active de ces clients à travers les appels téléphoniques</li> <li>Ramener le client dans la Fosa pour la mise sous TARV</li> </ul>
Pour les Clients positifs hors FOSA (Transfert in, auto-transfert, communauté)	Identifier et faciliter la mise sous TARV de ces clients

NB. Assurer une bonne documentation des patients positifs dans son cahier d'activités/agenda

### IV.3. Lien en fonction de la stratégie de dépistage

Il est recommandé de faire appel à des prestataires non professionnels (basés sur la communauté et les établissements) en tant que agents de liaison. Le processus de liaison au sein du même établissement de santé est décrit à la figure ci-dessous.

**Toujours donner la possibilité au PVVIH de choisir une autre structure de PEC que celle du lieu de dépistage.**

Tableau 23 : Différents type de lien

Types	Recommandations
Lien intra-FOSA	L'agent chargé de la référence ou de l'accompagnement physique doit s'assurer qu'ils sont enregistrés dans le registre TAR et qu'ils sont sous TAR
Lien entre FOSA	Suivre la procédure combinée (fiche de référence de la personne VIH positive et appels téléphoniques du service de PEC) pour faire le lien des personnes VIH+ aux soins.
Lien communauté-FOSA	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les prestataires chargés du lien doivent être impliqués dans les campagnes et faire un suivi pour relier tous ceux qui ont un test positif ou</li> <li>Suivre la procédure combinée (fiche de référence de la personne VIH positive et appels téléphoniques du service de PEC) pour faire le lien des personnes VIH+ aux soins.</li> </ul>
Lien entre la transfusion sanguine & FOSA	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dans la FOSA, appliquer la procédure de lien « intra-FOSA » ;</li> <li>En cas de campagne communautaire de don de sang, appliquer la procédure de lien « Communauté – FOSA » décrite ci-dessus</li> </ul>

#### IV.3.1. Différentes portes d'entrée pour le lien entre dépistage et structure de prise en charge ARV.

Le lien va se faire à plusieurs niveaux en fonction des modèles de dépistage et des cibles du dépistage

**Tableau 24:** Lien avec les services/sites de prise en charge du VIH

Stratégie FIXE		Stratégie AVANCÉE	
<b>Où</b>	Communauté (CMPJ, CIEE, OBC identitaire, camps de réfugiés, etc...)	Communauté	La communauté (OBC identitaire, camps de réfugiés, etc...)
<b>Avec Qui</b>	Les équipes cadres des aires de santé		Les équipes de l'unité mobile (UM)
		En l'absence d'APS	APS participe au dépistage dans l'équipe mobile
			Le patient choisit de se faire suivre dans le service de prise en charge où travaille l'APS
			Le patient ne choisit pas de se faire suivre dans le service de prise en charge où travaille l'APS
<b>Responsable (en charge du rendu des résultats)</b>	Prestataire de soins de la FOSA, en charge du rendu du résultat du test VIH à la personne VIH+		Conseillers Psycho-Sociaux (CPS) de l'équipe de l'UM
<b>Personnes impliquées</b>			Accompagnateurs Psycho-Sociaux (APS) pédiatriques ou adultes de l'équipe de l'UM
		Point focal en charge du lien dans le service de prise en charge du VIH la plus proche ou du choix de la personne VIH+	CPS en charge du rendu du résultat du test VIH à la personne VIH+ ;
<b>Procédures de lien aux soins à suivre</b>	Utilisation du carnet à souche des fiches de référence / voucher mis à disposition de l'équipe de dépistage pour matérialiser la référence en plus de l'accompagnement physique vers le service de prise en charge VIH		Procédure combinée : fiche de référence de la personne VIH + appels téléphoniques du service de PEC
			Procédure combinée : fiche de référence + accompagnement physique de la personne
			Procédure combinée : fiche de référence + accompagnement physique de la personne + appels téléphoniques du service de PEC

## IV.4. Assurance qualité du dépistage

### IV.4.1. Définition

L'assurance qualité est une définition du dictionnaire environnement et développement durable. Selon ISO 8402, 1995 : "ensemble des actions préétablies et systématiques nécessaires pour donner la confiance appropriée en ce qu'un produit ou service satisfera aux exigences données relatives à la qualité.

### IV.4.2. Étapes du processus de test

La mise en œuvre de cette assurance qualité nécessite la réalisation d'un certain nombre d'étapes avant, pendant et après l'essai.

**Tableau 25 :** Différentes étapes du processus du test

Avant le test	Pendant le test	Après le test
<ul style="list-style-type: none"><li>• Vérifier quotidiennement la température de stockage et la température ambiante</li><li>• Faire l'inventaire et s'assurer de la date de la validité des kits</li><li>• Vérifier la présence du test</li><li>• Offrir des informations sur le VIH / SIDA au sujet du test</li><li>• Etiqueter le dispositif de test</li><li>• Effectuer un contrôle de qualité externe conformément aux instructions du fabricant et du site.</li><li>• Enregistrer toutes les données nécessaires, telles que le numéro de lot du kit, l'identité de l'opérateur.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Suivre les précautions de sécurité relatives aux risques biologiques</li><li>• Identifier le client</li><li>• Recueillir le spécimen</li><li>• Effectuer le test</li><li>• Interpréter les résultats des tests</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nettoyer et éliminer les déchets biologiques dangereux</li><li>• Rapporter les résultats conformément à votre SOP</li><li>• Documenter les résultats</li><li>• Recueillir, traiter et transporter les échantillons pour confirmation</li><li>• Gérer les résultats des tests de confirmation</li><li>• Participer à une évaluation externe de la qualité (périodiquement)</li></ul>

### IV.4.3. Recommandations

- Toutes les données de contrôle de la qualité doivent être régulièrement examinées par le responsable de la qualité responsable du site de prélèvement.
- Si des ré analyses en cours sont effectuées, elles doivent être basées sur des considérations statistiques et sur la reconnaissance du fait que cela ne sera possible que sur des sites de tests à volume élevé.
- Les résultats des nouveaux tests doivent être analysés pour obtenir un retour d'information efficace et rapide afin de déterminer si des mesures correctives peuvent être prises si les problèmes sont identifiés.

- Si les tests effectués ne permettent pas de détecter des erreurs, les sites établis doivent envisager de les interrompre.
- Un plan doit être établi pour les actions correctives liées aux résultats lors de la visite sur site.
- Tous les problèmes doivent être immédiatement discutés avec le personnel sur site et toutes les activités de suivi nécessaires, y compris la formation, doivent être entreprises en temps voulu.

#### ***IV.4.4. Mesures pratiques à prendre pour évaluer tous les aspects des pratiques de test***

- La visite de site doit inclure l'observation des tests avec des échantillons de réactivité connue (panels de compétence).
- Dans la mesure du possible, l'observation directe de l'interaction avec un client est utile. Les autres moyens d'évaluer les performances du personnel chargé des tests pourraient inclure des entretiens de départ avec les clients et l'utilisation de « clients mystères » (personnes présentant un statut sérologique connu qui se présentent de manière anonyme).
- Une liste de contrôle standard doit être utilisée pour toutes les visites.
- L'évaluation sur site devrait avoir lieu au moins deux fois par an dans les sites établis et au moins une fois par trimestre pour les nouveaux sites ou les sites avec un nouveau personnel. La fréquence doit être basée sur les résultats initiaux et sur la nécessité d'une action corrective.
- Les visites sur place doivent être instructives et offrir une expérience de mentorat. L'expérience ne devrait pas être punitive.

# Chapitre 3 : Elimination de la Transmission Mère-Enfant du VIH

Le Cameroun fait partie des 22 pays prioritaires de la PTME dont 21 se trouvent en Afrique subsaharienne.

En 2016, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes au Cameroun était de 5,7% (Enquête sentinelle) tandis que le taux de TME du VIH à 6 semaines était de 5% (Rapport de Progrès PTME 2017, CNLS). Cependant, l'ONUSIDA estimait à 4500 le nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants (la plupart survenant par transmission de la mère à l'enfant) et à 12,8% le taux de la TME à 18 mois.

Les directives nationales ci-dessous fondées sur des résultats d'études de cohorte ainsi que les nouvelles recommandations de l'OMS, ont été formulées afin de guider les prestataires des services de PTME dans leurs efforts pour parvenir à l'objectif de l'élimination de la TME du VIH à l'horizon 2020. Cette section présente les aspects importants de la prise en charge des femmes enceintes et allaitantes en termes de dépistage, de suivi et de traitement ARV pour celles infectées par le VIH.

## I. Généralités sur la Transmission Mère – Enfant du VIH

La PTME est un ensemble d'interventions mise en œuvre pour éviter à l'enfant d'être contaminé par le VIH. Elle comprend quatre piliers :

- 1 : Prévention de l'infection à VIH chez la femme en âge de procréer
- 2 : Prévention des grossesses non désirées chez la femme infectée par le VIH
- 3 : Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
- 4 : Traitement, soins et soutien aux femmes infectées, leurs partenaires, leurs enfants et leurs familles

En l'absence de toute intervention, le risque de TME du VIH varie de 10% à 45% dans les pays en voie de développement. La transmission du VIH a lieu principalement **pendant le travail et l'accouchement**. Le pourcentage estimé de cette transmission par période se présente comme le montre la figure ci-dessous.

**La CV maternelle est le facteur représentant le plus grand risque de TME du VIH.**



**Figure 8** : Pourcentage estimé du risque de la TME en l'absence d'ARV par période

La transmission durant l’allaitement dépend de la durée : plus l’enfant est nourri au sein longtemps, plus le risque de transmission du VIH est élevé en l’absence de TARV. Les facteurs augmentant le risque de la TME du VIH peuvent être regroupés en cinq catégories : (i) viraux, (ii) maternels, (iii) obstétricaux, (iv) liés au fœtus et à l’enfant et (v) liés aux modalités d’allaitement.

Le tableau ci-dessous récapitule les facteurs de risque et les mécanismes de transmission du VIH de la mère à l’enfant par période.

**Tableau 26** : Facteurs influençant la TME

Maternels	Obstétricaux	Fœtus/Enfant	Modalités de l’allaitement	Viraux
<ul style="list-style-type: none"> <li>• CV élevée</li> <li>• CD4 bas</li> <li>• Stade avancé de l’infection à VIH (SIDA)</li> <li>• Primo infection</li> <li>• Malnutrition</li> <li>• Anémie</li> <li>• Présence d’IST</li> <li>• Paludisme</li> <li>• Autres infections (virales ou microbiennes)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Episiotomie</li> <li>• Rupture artificielle précoce des membranes</li> <li>• Amniocentèse</li> <li>• Rupture prolongée des membranes (&gt; 4h)</li> <li>• Accouchement instrumental (ex par forceps ou ventouse)</li> <li>• Accouchement par voie basse</li> <li>• Travail prolongé (usage systématique du partogramme)</li> <li>• Manœuvre par version externe ou interne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prématurité</li> <li>• Hypotrophie</li> <li>• Premier né (grossesse gémellaire)</li> <li>• Affections buccales (candidose, stomatite, ulcérations).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Allaitement maternel non protégé (par les ARV)</li> <li>• Allaitement prolongé dans le temps</li> <li>• Allaitement mixte</li> <li>• Lésions mammaires : mastite, fissures de mamelon, abcès du sein</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Type du virus (25% pour VIH1 et 1% VIH2)</li> <li>• Présence d’un virus résistant.</li> <li>• Coïnfection (HVB, etc.)</li> </ul>

## II. Stratégies de PTME du VIH

Le Cameroun articule sa stratégie de prévention de la TME du VIH autour de quatre axes principaux pour optimiser ses résultats. Il s’agit de :

- L’intégration de la PTME et de la Santé Maternelle Néonatale et Infantile (SMNI)
- L’approche familiale de la PEC de l’infection à VIH
- La délégation des tâches, décentralisation des services
- La mise en œuvre de l’option B+ pour la PTME

### II.1. Intégration de la PTME et de la Santé Maternelle Néonatale et Infantile (SMNI)

L’objectif ici est de faire usage de tous les points d’entrée aux soins de la SMNI (CPN, maternité, service de vaccination, service de suivi post natal, service de planning familial, etc.) pour identifier toutes les femmes qui ont besoin des services de la PTME afin de les satisfaire.

## **II.2. Approche familiale de la PEC de l'infection à VIH**

Les prestataires des services de PTME doivent utiliser la personne infectée par le VIH déjà identifiée (la femme, son partenaire ou son enfant) comme index pour accéder aux autres membres de la famille (partenaire sexuel et/ou les autres enfants) afin de leur offrir tous les services de santé dont ils ont besoin (dépistage du VIH, traitement ARV, tout autre service de santé).

**Cette approche présente l'avantage d'une prise en charge clinique et psychosociale globale de tous les membres de la famille pour laquelle le soutien mutuel de chaque membre peut être apporté.**

## **II.3. Délégation des tâches et décentralisation des services**

Cette stratégie permet de rapprocher les services de santé des populations et de pallier à l'insuffisance de ressources humaines en qualité et en quantité. Elle permet en outre de s'assurer qu'aucune FEC VIH+ enceinte ou allaitante ne voit l'initiation de son traitement ARV retardé du seul fait de l'indisponibilité d'un prescripteur au centre de suivi.

Tous les responsables des formations sanitaires doivent mettre en œuvre la délégation des tâches pour permettre de prendre en charge promptement un plus grand nombre de patients et d'assurer le continuum des soins.

## **II.4. Mise en œuvre de l'option B+ pour la PTME**

Cette approche préconise l'initiation systématique du traitement antirétroviral (TARV) chez toute femme enceinte ou allaitante séropositive quel que soit son stade clinique ou immunologique. Son bébé doit recevoir la Névirapine en dose unique quotidienne commençant dans les 72 heures qui suivent sa naissance et la continuer pendant 6 semaines (12 semaines si la mère a pris moins de 4 semaines de TARV avant l'accouchement).

## **III. Conseil et Dépistage du VIH chez la femme enceinte et/ou allaitante**

Le conseil et dépistage de l'infection à VIH dans le cadre de la PTME doit se faire à chaque contact de la femme avec le système de soins suivant l'algorithme national (section dépistage).

**Le personnel de santé doit encourager les partenaires masculins de toutes les femmes enceintes à faire leur test de dépistage du VIH.**

**Tableau 27 :** Conseil et dépistage du VIH chez la FEC

Conseil et dépistage du VIH chez la FEC	
Où	<ul style="list-style-type: none"> <li>FOSA : CPN, SA, CPON, autres services (PF, vaccination, pédiatrie)</li> <li>Communauté (accouchement à domicile)</li> </ul>
Par qui ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prestataires de soins, APS</li> </ul>
Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>CPN : 1<sup>er</sup> contact si statut inconnu ou négatif depuis moins d'un mois puis à 3 mois et à 36 semaines (sauf si déjà testé négatif à 32-35 semaines)</li> <li>Salle de travail : si statut inconnu ou négatif en CPN (<math>\geq 3</math> mois)</li> <li>Post partum : statut inconnu, puis tous les 6 mois pendant la durée de l'allaitement si VIH (-)</li> </ul>
Qui	<ul style="list-style-type: none"> <li>Femme enceinte et allaitante</li> <li>Partenaire (notification des partenaires)</li> </ul>

#### IV. Paquet minimum des services de la FEC et allaitante

##### IV.1. Paquet minimum en CPN

Toujours encourager la FEC à amener son partenaire durant la CPN pour faire le test du VIH.

##### Calendrier de réalisation de la charge virale chez la femme enceinte

- Femme enceinte VIH+ nouvellement diagnostiquée

Suivi de la CV	Post initiation du TARV	
- CPN1	M3	32-36 SA
- Ou au cours de la grossesse		

- Femme enceinte déjà sous TARV

CV	Durant la grossesse	
-CPN1, si la dernière CV > à 3 mois -ou dès le diagnostic la grossesse	M3	32 – 36 SA

**Tableau 28:** Paquet des services à offrir à la femme enceinte lors des consultations prénatales

Interventions	CPN1	CPN2	CPN3	CPN4
Périodes des visites	1 <sup>er</sup> trimestre : À tout moment <b>avant la 16<sup>e</sup> semaine</b>	2 <sup>e</sup> trimestre : <b>24-28 semaines</b>	3 <sup>e</sup> trimestre : <b>32-36 semaines</b>	4 <sup>e</sup> trimestre : <b>après 36 semaines</b>
Examen clinique	X	X	X	X
Evaluation du bassin			X	X
<b>Examens de laboratoire</b>				
Test VIH	FEC et son partenaire si le statut VIH est inconnu	FEC et son partenaire s'ils ne sont pas encore testés	Refaire le test si le 1er test VIH était négatif	
Groupe sanguin, Rh	Déterminer le groupe ABO et le facteur RH dès la première consultation			
NFS, Hb	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si la patiente présente des signes d'anémie (surtout pâleur) faire hémogramme</li> <li><b>Si Hb &lt;11,5 g/l</b>, la FEC est anémiée : doubler la dose de fer et folates et donner des conseils nutritionnels</li> </ul>			
Transaminases	X		X	
Glycémie à jeun	X		X	
Urines	Faire la recherche de sucre (recherche diabète) et d'albumine à chaque visite			
Syphilis	Faire le TPHA/VDRL	Faire le TPHA/VDRL si non fait antérieurement		
Hépatites virales	Recherche de l'Ag HBs systématiquement à toutes les femmes enceintes au cours de la 1 <sup>ère</sup> CPN (ou 1 <sup>er</sup> contact avec la CPN)			
Lymphocytes CD4	X		X	
Charge virale	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rechercher la CV la plus récente</li> <li>Si CV &gt; 3 mois refaire CV</li> <li>CV &gt; 1000, renforcement de l'observance puis refaire CV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faire CV à 3 mois de l'initiation du TARV puis tous les 3 mois.</li> <li>La dernière CV doit être réalisée entre 32 et 36 semaines.</li> </ul>		
<b>Traitement et Prophylaxie</b>				
Vaccination	Administrer la première dose de VAT si non vaccinée	Administrer la 2 <sup>e</sup> dose de VAT (au moins 4 semaines après la 1 <sup>ère</sup> visite) si applicable	Donner une dose de VAT si nécessaire (si elle n'a pas encore reçu 2 doses depuis le début de la grossesse)	
Suppléments	Fer/Acide folique : administrer 1 cp de fer (200mg) et 1 cp d'acide folique 5mg quotidiennement. En cas d'anémie, doubler la dose.			
Mebendazole	Ne pas donner durant le 1 <sup>er</sup> trimestre	Administrer 1 cp à 500 mg au 2 <sup>ème</sup> ou au 3 <sup>ème</sup> trimestre de la grossesse		
TPI	Ne pas administrer avant 16 <sup>e</sup> semaine de grossesse, conseiller l'utilisation de MILDA	Donner SP 500mg/25mg. Si FEC VIH+, administrer le CTX à la place du TPI Conseiller l'utilisation de MILDA		Conseiller l'utilisation de MILDA
CTX	Donner CTX à chaque visite si FEC VIH+			
ARV	Donner ARV le plus tôt possible après le diagnostic indépendamment du terme de la grossesse, des CD4 ou la classification clinique			
Soutien à l'observance	A chaque visite de la CPN			
Conseil à l'allaitement			X	X
Préparation à l'accouchement			X	X

## IV.2. PEC de la femme en salle de travail, accouchement

Le travail et l'accouchement sont une période de grande vulnérabilité pour toute FEC et plus particulièrement celle qui est séropositive au VIH avec un plus grand risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant. Par conséquent, des précautions particulières doivent être prises par le personnel de soins des maternités pour minimiser ce risque. En effet, la désinfection vaginale ainsi que du nouveau-né immédiatement après la naissance avec une solution de Chlorhexidine 0,25% pourrait avoir un effet bénéfique sur la réduction de la TME.

**Tableau 29 :** Paquet des prestations à offrir à la femme au cours du travail, accouchement

Paquets de prestations à offrir à la femme au cours du travail, accouchement	
Périodes des visites	Travail et accouchement et les 72 premières heures post partum
Surveillance du travail	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilisation systématique du partogramme               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hauteur utérine</li> <li>○ BDCF</li> <li>○ Contractions utérines (2 à 4 toutes les 10 minutes)</li> <li>○ Dilatation du col (1 cm toutes les heures après 4 cm)</li> <li>○ Descente du pôle fœtal (par palpation abdominale)</li> </ul> </li> </ul>
Conduite du travail et accouchement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliser le partogramme</li> <li>• Eviter la RAM</li> <li>• Eviter les épisiotomies</li> <li>• Eviter les accouchements instrumentaux (forceps, ventouses, etc.)</li> <li>• Eviter les traumatismes fœtaux (manœuvres version externes, externes et le décollement du col utérin (stripping))</li> <li>• Assurer le bon accueil du bébé :               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Eviter de traire le cordon</li> <li>○ Aspiration seulement si strictement nécessaire</li> <li>○ Surveiller le score d'APGAR</li> <li>○ Laver avec une solution de Chlorhexidine à 0,25% tiédie</li> <li>○ Eviter le refroidissement</li> <li>○ Soins du cordon</li> <li>○ Administrer la NVP prophylactique dans les 72 heures</li> <li>○ Si la mère a été testée positive à la Syphilis pendant la grossesse : donner une dose unique de Pénicilline Benzathine au nouveau-né</li> <li>○ Si sérologie positive à l'Hépatite B, administrer une dose de vaccin au nouveau-né à la naissance</li> </ul> </li> </ul>
PF	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire le counseling sur la PF et les méthodes disponibles avant le retour à domicile</li> </ul>
Evaluation de la trophicité du bébé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prendre le poids et la taille et le périmètre crânien du bébé et les comparer à ceux d'un enfant de son âge</li> <li>• Donner des conseils à l'alimentation du bébé</li> </ul>
Test VIH de la mère	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Offrir test VIH si statut inconnu ou 1<sup>er</sup> test négatif en CPN (plus de 3 mois)</li> <li>• Si test positif, commencer le TARV et commencer la NVP prophylactique au bébé</li> </ul>
Examen clinique complet du bébé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avant le retour à domicile</li> <li>• Première vaccination (BCG et Polio 0)</li> </ul>

### IV.3. PEC de la femme en post-partum

Le suivi du couple Mère-Enfant se fera dans les services ci-après :

- Vaccination
- Service de suivi de la croissance (Suivi des enfants exposés)
- Planning Familial (PF)

**Durant toute la période de suivi post-natal du couple mère-enfant, le risque de TME persiste tant que l'allaitement se poursuit.**

Il faut harmoniser les rendez-vous du suivi de la mère avec celui de l'enfant afin de réduire le nombre et le coût des visites à la FOSA. Les conseils spécifiques que la mère infectée par le VIH doit recevoir au cours des visites à la FOSA doivent comprendre :

- Soutien à la mise en œuvre du mode d'alimentation choisi pour le bébé
- Discussion sur la divulgation de son statut VIH au partenaire, à la famille, à des ami(e) s en qui elle a confiance.
- Encouragement à recourir au soutien de ses pairs.
- Discussion de l'attitude à adopter face à la stigmatisation possible, surtout si elle n'allait pas.
- Insister sur le fait que même si le résultat de la PCR est négatif et que la mère allaite toujours, ce résultat n'est pas définitif et l'enfant doit continuer à prendre le Cotrimoxazole jusqu'à exclusion totale du risque TME du VIH.

#### Calendrier de réalisation de la charge virale chez la femme allaitante VIH+

- Femme allaitante VIH+ nouvellement diagnostiquée
- Femme allaitante VIH+ déjà sous TARV

Postpartum (tous les 3 mois)				
S6	M3	M6	M9	M12

**Tableau 30:** Paquet des prestations à offrir à la femme VIH+ pendant le postpartum

Suivi post natal de la mère			
Périodes des visites	Dans la semaine qui suit l'accouchement	De la 6 <sup>e</sup> semaine au 6 <sup>e</sup> mois	Du 6 au 24 <sup>e</sup> mois
Suivi	6 jours après accouchement	Une fois par mois	Tous les 3 mois
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dépister les affections concomitantes de la mère et les traiter</li> <li>Faire l'éducation pour la santé sur l'alimentation maternelle et infantile, les vaccinations, la PF, l'hygiène, la prévention des IST</li> <li>Promouvoir le dialogue avec le partenaire au sein du couple et la parenté responsable</li> <li>Evaluation de l'observation du TARV et soutien nécessaire</li> </ul>		
PF	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faire le counseling sur la PF et les méthodes disponibles et Commencer la contraception si besoin</li> </ul>		
Examen physique	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faire l'examen de l'abdomen, du vagin, du col de l'utérus</li> <li>Examiner fontanelle antérieure du bébé et la cicatrisation de l'ombilic</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faire l'examen de l'abdomen, du vagin, du col de l'utérus</li> <li>Faire le frottis vaginal</li> </ul>	
Signes de danger	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informar la cliente des signes de danger à surveiller pendant le postpartum, l'encourager à revenir à la FOSA immédiatement.                             <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Mère</b> : saignement vaginal, convulsions, difficultés respiratoires, fatigue, fièvre, douleurs abdominales, pâleur, œdèmes, écoulement vaginal,</li> <li><b>Bébé</b> : cordon rouge ou drainant du pus, refus de téter, yeux gonflés, collant ou drainant du pus, bébé froid au toucher alors qu'il fait chaud ou bébé chaud alors qu'il est déshabillé, difficultés à respirer, léthargie, pâleur ou coloration jaune des yeux, vomissements répétés, convulsions</li> </ul> </li> </ul>		
Evaluation nutritionnelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prendre le poids et la taille et le périmètre crânien du nourrisson et les comparer aux valeurs d'un enfant de son âge, si malnutrition, soutien nutritionnel et/ou référer</li> </ul>		
Recherche Tuberculose	Systématique		
Examen biologique			
Test VIH	Tester la mère et son partenaire si sérologie inconnue ou test négatif de plus de 3 mois.		
Diagnostic précoce du VIH chez enfant exposé	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faire le diagnostic de l'infection à VIH chez le bébé par DBS/PCR ou POC/EID à 6 – 8 semaines</li> <li>Poursuivre le processus du diagnostic suivant l'algorithme national</li> <li>Initier tout enfant confirmé positif au VIH au TARV le plus tôt possible et veiller à la bonne observance de son traitement</li> </ul>		
CV	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tous les 3 mois pendant toute la durée de l'allaitement</li> </ul>		
Traitement et prophylaxie			
Fer/acide folique	Donner 1 comprimé de fer (200mg) + 1 comprimé d'acide folique (5mg) par jour pendant 3 mois. Si anémie, doubler la dose		
Mebendazole	Si la patiente n'a pas reçu pendant la grossesse, donner du Mebendazole (DU) à l'accouchement puis tous les 6 mois		
TPI	Conseiller la mère sur l'utilisation des MILDA et au besoin en donner si disponible		
CTX	Administrer le CTX à la femme VIH+	<ul style="list-style-type: none"> <li>Administrer le CTX à la femme VIH+</li> <li>Administrer le CTX à l'enfant exposé dès la 6<sup>e</sup> semaine jusqu'au diagnostic de non contamination</li> </ul>	
ARV	Initier ou continuer les ARV à la mère VIH+ et initier la Névirapine au bébé dès les premières 72 heures de vie et à poursuivre pendant 6 semaines		

## V. PEC ARV des FEC et allaitantes VIH+

### V.1. Lien entre le point du diagnostic et celui du traitement ARV :

Une fois qu'une femme enceinte est testée VIH+ en CPN ou à la maternité, il faut lui faire un counseling post-test et une éducation thérapeutique appropriés et ensuite débiter le traitement ARV dans les meilleurs délais possibles.

Si les ARV ne sont disponibles que dans les unités de prise en charge VIH distinct de la CPN, il faut s'assurer d'un accompagnement physique de cette femme enceinte testée VIH+ au service de PEC des ARV après le post test counseling où il faudra poursuivre cette éducation thérapeutique et débiter le traitement ARV. Il en sera de même pour la mère allaitante testée VIH+ à tout moment de son suivi postnatal.

### V.2. Initiation des ARV

L'objectif du TARV chez les femmes enceintes VIH+ est triple : (i) Rétablir et maintenir la fonction immunitaire de la mère et par conséquent améliorer son état de santé général ; (ii) Réduire la charge virale et (iii) Prévenir la TME du VIH

**Tableau 31:** Critères d'initiation du TARV chez FEC VIH+

Critères d'initiation du traitement antirétroviral (TARV) chez les femmes enceintes VIH+	
Grossesse de la femme déjà sous TARV	Poursuite du même régime du TARV, sauf s'il contient certaines molécules contre-indiquées pendant la grossesse (ddl + d4T, triples combinaisons d'INTI, DTG)
Grossesse chez une femme naïve de TARV	L'initiation du TARV le plus tôt possible selon le régime recommandé
Prise en charge tardive de la FEC (après la 28 <sup>e</sup> semaine) : salle d'accouchement et allaitement	Démarrer le TARV immédiatement. <ul style="list-style-type: none"><li>• Si la CV après 3 mois de traitement est élevée &gt; 1000 copies/mm<sup>3</sup>, il faut renforcer l'éducation thérapeutique pendant 3 mois et refaire CV.</li><li>• Si la CV est toujours &gt; 1000 copies/mm<sup>3</sup>, changer de régime du TARV.</li></ul>
Pour les femmes dont la CV n'est pas supprimée au 3 <sup>ème</sup> trimestre	Réaliser un test génotypique de résistance et envisager un changement de TARV fonction des molécules efficaces et disponibles.

Toute Femme enceinte ou allaitante VIH+ doit être mise sous TARV le plus tôt possible indépendamment du taux de CD4 ou du stade clinique de l'OMS (option B+, Test and Treat). Tout prestataire doit assurer le suivi clinique et biologique des FEC ou mères allaitantes VIH+ sous TARV.

**Tableau 32:** Principes de prise en charge ARV des FEC et mères allaitantes VIH+

Populations		Traitement préférentiel	Traitement alternatif	
Adultes et adolescentes (sexe féminin) (> 10 ans ou > 30 kg)	Femmes enceintes et allaitantes	TDF/3TC/DTG	TDF/3TC/EFV600 TDF/3TC/EFV400	
	Plus en âge de procréer			
	En âge de procréer	Sous contraceptif et ayant décidé de prendre le TLD	TDF/3TC/EFV400 TDF/3TC/EFV600	TDF/3TC + PI/r
		Pas sous contraceptif / n'ayant pas accès à la contraception et ayant décidé de prendre le TLD après un choix éclairé		
		Pas sous contraceptif et ayant refusé de prendre le TLD après un choix éclairé		
N'ayant pas accès à la contraception et ayant refusé de prendre le TLD après un choix éclairé				

Chez l'enfant la Névirapine sera utilisée à raison de 2mg/kg de poids en une dose par jour. Les enfants exposés au VIH seront donc classés en HAUT risque ou Faible/moyen risque de TME.

**Tableau 33 :** Classification du risque de l'EE et implications sur la durée de la prophylaxie de l'EE

Classification du risque	Critères	Durée prophylaxie EE
<b>HAUT</b> risque de TME	<ul style="list-style-type: none"> <li>EE né d'une femme VIH+ <b>ayant reçu moins de 4 semaines de TARV</b> avant l'accouchement ;</li> <li>EE né d'une mère VIH+ dont la <b>CV était &gt; 1000 copies/ml UN mois avant l'accouchement</b> ;</li> <li>EE dont la mère a été testée VIH+ pendant l'accouchement ou l'allaitement.</li> </ul>	NVP 12 semaines.
Risque <b>FAIBLE</b> de TME	Tous les autres cas de femmes enceintes ou allaitantes VIH+	NVP 6 semaines

**Tableau 34 :** Posologie de la NVP prophylactique chez l'enfant exposé

Ages	Doses quotidiennes
<b>NVP tous les jours de la naissance à 6 semaines</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Poids : 2000 à 2499 gr</li> <li>Poids ≥ 2500 gr</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>10 mg en une seule prise (1 ml)</li> <li>15 mg en une seule prise (1,5ml)</li> </ul>
<b>NB :</b> Chez le nouveau-né avec un petit poids à la naissance (<2000 gr), commencer par 2 mg/kg (0,2 ml/kg) par jour jusqu'à ce qu'il atteigne 2000 gr	
<b>1ml = 10 mg de NVP</b>	

### V.3. Suivi du TARV chez la femme enceinte et mère allaitante VIH+

La surveillance des femmes enceintes VIH+ est essentielle pour atteindre les objectifs énumérés ci-dessus. La fréquence de surveillance de la CV est augmentée dans cette directive par rapport aux précédentes, conformément à l'engagement du pays d'éliminer la TME.

**Tableau 35 :** suivi du TARV chez la FEC ou allaitante VIH+

FEC VIH+ déjà sous TARV	Début du TARV pendant la grossesse	Début du TARV pendant l'allaitement
<ul style="list-style-type: none"><li>• Rechercher la CV la plus récente</li><li>• Si CV &gt; 3 mois refaire CV</li><li>• CV &gt; 1000, renforcement de l'observance puis refaire CV</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Faire CV 3 mois après TARV</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Faire une CV après 3 mois</li></ul>

Le suivi du traitement ARV est à la fois clinique et biologique et son calendrier doit être couplé avec celui du suivi de l'enfant comme indiqué dans le tableau ci-dessous.

***La durée de la TARV et la CV de la mère déterminent la durée de la prophylaxie de la NVP chez l'enfant exposé.***

**Tableau 36** : Récapitulatif du suivi clinique et biologique de la femme enceinte et mère allaitante VIH+

	A l'initiation du TARV	Post initiation du TARV			Post partum						Tous les ans
		M1	M3	M6	S6	Tous les 3 mois	M12	M15	M18	M24	
Examen clinique	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Dépistage hépatite B					X						
Approvisionnement en ARV et CTX	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Evaluation et soutien à l'observance	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
CV	X*		X**	X**	X**	X**	X**	X**	X**	X**	X**
Créatininémie	X	X		X			X			X	X
Transaminases		X					X			X	X
Glycémie	X						X			X	X
Hémoglobine	X				X		X			X	X

\* : Exclusivement pour les femmes enceintes déjà sous TAR avant la CPN1

\*\* : Pour les femmes enceintes et les mères allaitantes dépistées VIH+ et initiées au TARV au cours de la grossesse en cours

**NB :**

- 1) Comme la mère n'est revue que tous les trois mois après l'âge de 6 semaines post-partum, l'approvisionnement en ARV et en Cotrimoxazole devra aussi se conformer à cette périodicité accompagnée de conseil à l'observance tant que la charge virale est supprimée.
- 2) Si la charge virale n'est pas supprimée, continuer l'approvisionnement mensuelle des ARV et CTX accompagnée chaque fois d'une séance de renforcement de l'observance et répéter la mesure de la charge virale après 3 séances mensuelles.

**Assurer l'approvisionnement continu en ARV et le renforcement de l'observance.**

## V.4. Prise en charge des femmes enceintes séropositives au VIH atteintes de maladies concomitantes

### V.4.1. Tuberculose

La tuberculose chez les femmes enceintes est associée à la prématurité, à l'insuffisance pondérale à la naissance et à la tuberculose périnatale ; il a également été associé à un risque accru de transmission du VIH de la mère à l'enfant chez les femmes enceintes séropositives.

Toutes femmes enceintes infectées par le VIH doivent faire l'objet d'une recherche de TB à chaque visite à travers la recherche des signes et symptômes. La présence de l'un des symptômes suivants : toux, fièvre, sueurs nocturnes, perte de poids, ganglions lymphatiques hypertrophiés doit faire rechercher une tuberculose active. S'il n'en existe aucune, recherchez les contre-indications pour le TPI.

Si la tuberculose active est confirmée, le traitement antituberculeux est instauré avant l'initiation du traitement antirétroviral. Les médicaments antituberculeux de première ligne sont sans danger pour la grossesse. Le traitement antirétroviral doit être instauré dès que les médicaments antituberculeux sont tolérés.

Le schéma thérapeutique ARV pour les femmes enceintes co-infectées TB/VIH dépend du régime thérapeutique.

**TLD Cp à dose fixe (1cp par jour) plus 1cp de DTG le soir puis arrêt du cp de DTG deux semaines après arrêt du traitement antiTB ou TELE cp à dose fixe (1cp par jour).**

### V.4.2. Hépatite B

L'hépatite virale est une cause croissante de morbidité et de mortalité chez les PVVIH, y compris celles sous TARV. Toutes les personnes séropositives, y compris les femmes enceintes, devraient faire AgHBs. **La Lamivudine (3TC) et le Ténofovir (TDF) ont un effet antiviral sur le VHB. La combinaison de ces médicaments réduit le développement de la résistance virale du VHB.** Par conséquent, maintenir les protocoles à base de TDF/3TC en cas de co-infection avec hépatite virale B : **TDF/3TC/EFV (TLE) ou TDF/3TC/DTG (TLD) cp à dose fixe (1cp par jour).**

Les nourrissons des mères porteuses de l'hépatite B présentant un antigène positif (AgHBs) doivent recevoir le **vaccin contre l'hépatite B dans les 24 heures suivant la naissance.**

En cas de coinfection HIV/Hépatite B maintenir TDF (Tenofovir) même en cas de résistance.

## V.5. Infection à VIH et Planning Familial (PF)

L'ajout du PF aux services de PTME du VIH peut empêcher 55 000 décès infantiles supplémentaires, et prévenir plus de 150 000 grossesses non souhaitées dans les pays où la prévalence du VIH est élevée. Dans les sites de conseil et dépistage du VIH (CDV), la plupart des femmes et les hommes qui viennent sont sexuellement actifs. Un grand nombre d'entre eux

ont des besoins non satisfaits en contraception, qu'ils soient VIH+ ou non. Des conseils en PF doivent toujours être prodigués et autant que possible, les contraceptifs doivent aussi être fournis sur place.

Les femmes séropositives au VIH ont le droit de profiter d'un accès équitable aux services de planning familial. La survenue de la grossesse chez ces femmes est associée à une mortalité maternelle plus élevée, et à des suites diverses dont le petit poids de naissance et la mort de l'enfant. Celles qui ont été initiés un traitement ARV doivent pouvoir accéder au PF et les sites ARV doivent offrir une contraception volontaire à cette clientèle.

L'utilisation des préservatifs doit être encouragée pour réduire les risques de réinfection et de transmission du VIH. L'intégration des services de PF dans les services de VIH (CDV, PTME et ARV) et vice versa sera d'une importance capitale et permettra de bien gérer les problèmes des grossesses non désirées, de réinfection et de transmission du VIH.

**Les avantages de l'intégration des services de PF et PTME sont les suivants :**

- Accès amélioré aux services clés de SSR et du VIH de même qu'une augmentation de l'utilisation de ces services en fonction des besoins ;
- Réduction de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH ;
- Meilleure couverture des populations vulnérables ;
- Soutien accru à la double protection ;
- Réduction de la mortalité infantile ;
- Amélioration de la qualité des soins ;
- Diminution des duplications d'efforts et de la concurrence concernant les ressources
- Meilleure compréhension et protection des droits des personnes ;
- Renforcement de l'efficacité et de l'efficience des programmes

**Tableau 37 :** Interactions médicamenteuses avec les contraceptifs dans diverses situations cliniques

Options de Contraception	INNRT		INRT	LPV/r	Anticonvulsivants	Antifongiques systémiques
	NVP	EFV	AZT, D4T, 3TC, ABC, TDF			
Préservatifs	*	*	*	*	*	*
COC	**	**	*	***	***	*
Progestatifs	**	**	*	***	***	*
Implants	**	**	*	**	**	*
Injectables	*	*	*	**	**	*
DIU	*	*	*	*	*	*

\* : Méthode appropriée ; aucune interaction

\*\* : Possibilité de réduction de l'effet contraceptif ou d'augmenter les effets secondaires des méthodes hormonales (Adjoindre une méthode d'appoint comme le condom pour pallier une éventuelle diminution de l'effet contraceptif

\*\*\* : Ne pas utiliser la méthode (contre indiquée)

# Chapitre 4 : Prise en charge de l'enfant exposé au VIH

L'enfant exposé est un enfant né d'une mère séropositive. Il est dit exposé tant que son statut VIH n'a pas été définitivement déterminé. Il n'est plus exposé lorsque son statut VIH positif ou négatif a été formellement déterminé. Il est déclaré non infecté par le VIH en cas de négativité du test effectué alors qu'il ne court plus le risque d'être contaminé notamment par l'allaitement maternel.

**Tableau 38 :** Objectifs et Résultats attendus du suivi des EE

Objectifs du suivi des EE	Résultats attendus du suivi des EE
<ul style="list-style-type: none"><li>Assurer les meilleures conditions d'une croissance et d'un développement harmonieux</li><li>Déterminer dès que possible son statut VIH</li><li>Assurer la liaison de ceux qui sont confirmés infectés par le VIH avec le service de traitement ARV</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Le statut VIH de tout EE est connu dès que possible.</li><li>Tout enfant confirmé infecté par le VIH est lié au traitement ARV</li><li>Tous les enfants et leur famille reçoivent les soins cliniques et psychologiques nécessaires pour une croissance et un développement optimal.</li></ul>

## I. Calendrier de suivi des enfants exposés

Les activités du suivi de l'enfant exposé doivent commencer avant sa naissance et se poursuivre jusqu'au moment de la détermination de son statut final par rapport à l'infection à VIH. Cette étape doit être l'occasion pour le prestataire de renforcer les conseils sur l'alimentation de l'enfant, de surveiller le mode d'alimentation adopté, d'assurer le suivi du couple mère-enfant et la prise en charge médicale, psychosociale (de la mère, de l'enfant et de toute sa famille) et psychomoteur de l'enfant. Tout enfant né de mère séropositive doit avoir un dossier pour son suivi systématique à partir de la naissance jusqu'à la confirmation de son statut VIH.

*Le calendrier de suivi des enfants exposés se résume comme suit :*

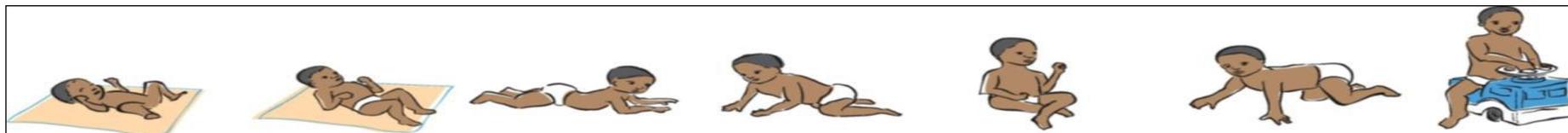
- Suite à l'accouchement et à sa sortie de l'hôpital, tout enfant né de mère séropositive doit être revu au centre de suivi à l'âge de 6 semaines, puis une fois par mois jusqu'à l'âge de 6 mois et enfin tous les trois mois jusqu'à l'âge de 18 à 24 mois.
- Un effort doit être également fait pour identifier les enfants nés des mères séropositives à d'autres points d'entrée des enfants aux soins (vaccination, pédiatrie, etc.) pour leur faire bénéficier du suivi approprié suivant ce même calendrier.

## **II. Paquet des prestations à offrir aux enfants exposés au cours de leur suivi**

Tout enfant né de mère VIH + devra avoir un examen complet à chaque visite jusqu'à 18 - 24 mois. Si l'enfant présente un retard de croissance ou neurologique ou un signe suspect d'infection (Altération de l'état général, pâleur ou ictère, état d'hydratation, etc.) il sera immédiatement référé au médecin.

Suivi de la croissance : Les paramètres anthropométriques sont à prendre à chaque visite et reporter sur les courbes de référence appropriées, et apprécier en rapport avec les valeurs normales d'un enfant du même âge et sexe. A chaque visite de suivi, le prestataire offrira à l'enfant né de mère séropositive le paquet des prestations adapté à son âge comme indiqué dans la figure ci-après.

**Tableau 39 :** Calendrier et paquet des prestations de suivi des enfants nés des mères séropositives



	A la naissance	A S6	De S6 à M6 (visite mensuelle)				De M6 à M18-24 (visite trimestrielle)					
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluer l'adhérence au traitement ARV prophylactique</li> <li>• Diagnostiquer et traiter les affections concomitantes</li> <li>• Faire le dépistage de l'infection à VIH par la PCR</li> <li>• Lier les cas positifs au service de TARV</li> </ul>	A chaque visite : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rechercher les pathologies concomitantes et les traiter</li> <li>• Faire le dépistage de l'infection à VIH par la PCR</li> <li>• Lier au service de TARV si l'enfant est infecté par le VIH</li> </ul>				A chaque visite <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recherche des pathologies concomitantes et les traiter</li> <li>• PCR à 9 mois</li> <li>• Sérologie VIH à 18 mois ou 6 semaines après l'arrêt de l'allaitement</li> <li>• Lier au service de TARV si l'enfant est infecté par le VIH</li> </ul>					
			S10	S14	M5	M6	M9	M12	M15	M18	M21	M24
ARV prophylactique	X											
Soutien psychosocial	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Suivi de la croissance	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Surveiller le développement psychomoteur	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Examen clinique complet	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Conseil à l'alimentation	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Vaccination	X	X	X	X			X					
Initier CTX		Commencer le Cotrimoxazole à l'âge de 6 semaines et continuer jusqu'au moment de la confirmation de la non-infection VIH										
Diagnostic du VIH chez l'enfant exposé		PCR ADN					PCR à 9 mois			Sérologie		

### III. Diagnostic précoce du VIH chez l'enfant exposé

L'infection à VIH chez l'enfant peut survenir in utero, pendant le travail, l'accouchement et par le lait maternel. L'exposition au VIH de tous les enfants âgés de moins de 18 mois doit être vérifiée dès le premier contact. Un TDR positif chez un enfant de moins de 18 mois né de mère à statut VIH inconnu confirme le diagnostic de l'exposition au VIH. Il y a lieu de confirmer le diagnostic de l'infection à VIH chez cet enfant par la PCR.

L'importance du dépistage des enfants exposés à 6 semaines :

- Diagnostic et PEC précoce de l'infection à VIH
- Meilleur accompagnement des cas en fonction de leur enfant
- Apprécier l'efficacité des interventions de la PTME en cours de grossesse et d'accouchement

**Tableau 40** : Diagnostic précoce du VIH

Quand faire le test	Qui	Comment
<b>A 6 semaines</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tous les EE indépendamment du choix de l'allaitement</li> </ul>	<b>PCR :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si positif affirmer le diagnostic de l'infection à VIH et initier un TAR</li> <li>• Si négatif, continuer le suivi clinique suivant l'algorithme national.</li> </ul>
<b>A 9 mois (moment de la consultation pour vaccination)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EE non sous ARV indépendamment du choix de l'allaitement</li> </ul>	<b>PCR :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si négatif continuer le suivi</li> <li>• Si positif, confirmer le diagnostic et initier un TAR</li> </ul>
<b>A 18 mois</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EE indépendamment du choix de l'allaitement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sérologie VIH selon l'algorithme national</li> </ul>
<b>À tout moment</b>	<b>Tous les enfants avec</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mères dépistées positives durant l'allaitement</li> <li>• Suspicion clinique (présomption)</li> <li>• Diagnostic de la Tuberculose</li> <li>• Malnutrition</li> </ul> <b>Histoire familiale ou sociale</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Demande des parents, Décès d'un parent</li> <li>• Mère ayant un statut inconnu</li> </ul>	<b>Test dépend de l'âge</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Moins de 9 mois : PCR ADN</li> <li>• Après 18 mois : Sérologie selon l'algorithme national</li> </ul>
<b>6 semaines après arrêt allaitement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tous les EE qui ont été allaités</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TDR VIH doit être effectué pour tous les Enfants Exposés 6 semaines après l'arrêt complet de l'allaitement.</li> </ul>

## IV. Alimentation de l'enfant né de mère séropositive

### IV.1. Directives en matière de conseil à l'alimentation

Le conseil à l'alimentation du bébé doit :

- Commencer pendant les CPN et se poursuivre lors des visites successives de suivi de la femme enceinte et ensuite celles du couple mère/enfant ;
- Etre basé sur les directives nationales ;
- Etre adapté à la situation individuelle de sa famille et tenir compte de ses us, coutumes et croyances ;
- Inclure l'information sur les diverses options d'alimentation ;
- Tendre à renforcer les compétences des femmes à allaiter sans risque pour le bébé ;
- Promouvoir l'implication du partenaire et/ou de tout autre membre de la famille dans le choix du mode d'alimentation du bébé ;

**NB :**

1. La décision du choix du mode d'alimentation est de la seule responsabilité de la mère et de sa famille. Elles doivent prendre cette décision en parfaite connaissance de cause, sous l'éclairage du personnel de santé.
2. Le personnel de santé doit ensuite soutenir la mère et sa famille pour la mise en œuvre appropriée de l'option d'alimentation choisi.

### IV.2. Présenter les différentes options de l'alimentation du bébé et évaluer la faisabilité de leur mise en œuvre

Option d'allaitement maternel	Option d'alimentation artificielle
<ul style="list-style-type: none"><li>• Définir l'allaitement maternel exclusif ;</li><li>• Rappeler les avantages et les inconvénients de l'allaitement maternel ;</li><li>• Préciser que la durée de l'allaitement maternel exclusif est de 6 mois ;</li><li>• Relever les contraintes qui peuvent s'opposer à sa bonne mise en œuvre ;</li><li>• Définir une alimentation mixte et expliquer ses dangers ;</li><li>• Expliquer les dangers de la mastite ou de toute infection du sein ;</li><li>• Démontrer la bonne position d'allaitement au sein ;</li><li>• Démontrer la technique d'expression du lait ;</li><li>• Exprimer sa disponibilité à soutenir la mise en œuvre de l'option d'alimentation choisie.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• S'assurer de ce que l'alimentation artificielle choisie est acceptable, abordable, faisable, pérenne et sûre</li><li>• Acceptable : Absence de pressions de toute nature : du partenaire, culturelles, famille, etc.</li><li>• Faisable : La mère comprend bien les modalités de préparation du lait artificiel et dispose de tout le matériel nécessaire ;</li><li>• Abordable : Coût financier est accessible pour la famille ;</li><li>• Pérenne : Soutenable dans le temps ;</li><li>• Sûre : Dénuée de tout danger pour la vie de l'enfant.</li></ul>

La nutrition de l'enfant dépend en grande partie de la capacité de la famille à satisfaire les besoins de l'enfant exposé par le VIH et de son état clinique.

### **IV.3. Principes généraux de suivi de l'alimentation de l'enfant exposé**

Surveiller la croissance à chaque visite de suivi par :

- Prise du poids, de la taille et du périmètre crânien
- Report de ces mensurations sur les courbes de croissance correspondantes (OMS 2007)
- Appréciation de l'état nutritionnel

**Les modalités de l'alimentation de l'enfant exposé sont développées ci-dessous :**

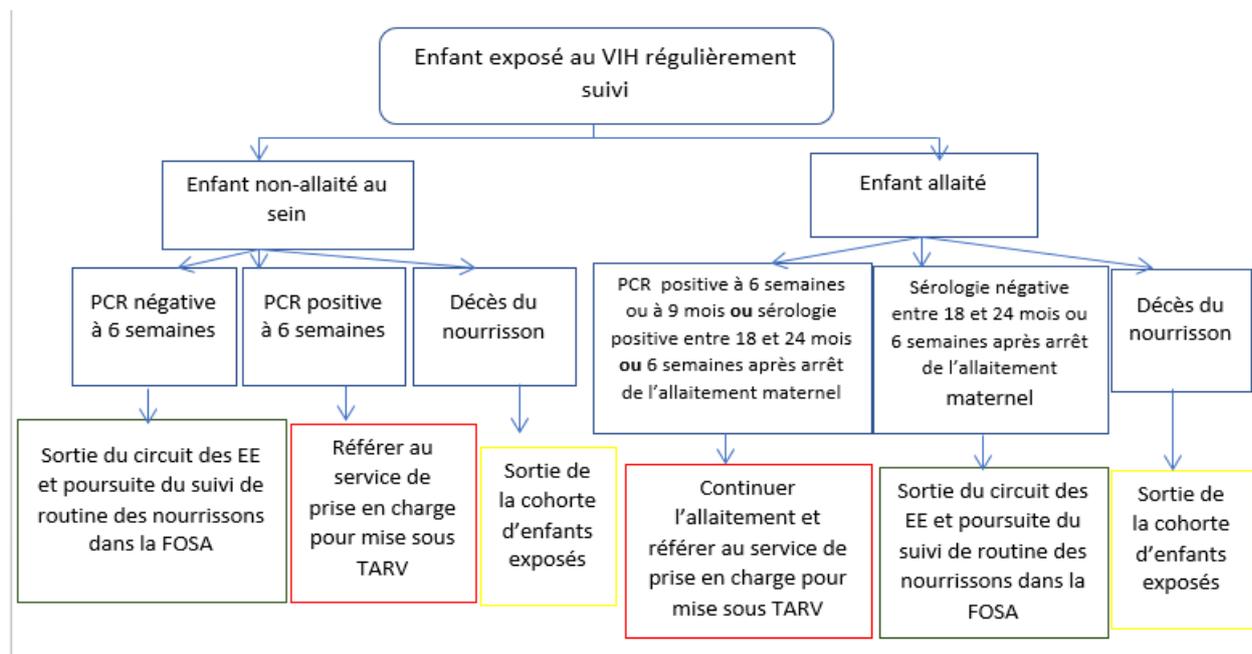
- **Avant 6 mois : Chez la mère séropositive, encourager**
  - Allaitement maternel exclusif protégé par les ARV ou
  - Alimentation de substitution (lait artificiel) jusqu'à 6 mois de vie si les conditions de vie de sa famille le permettent.
- **Entre 6 et 12 mois :**
  - Continuer l'allaitement et adjoindre une alimentation de complément adaptée, suffisante et équilibrée.
  - Introduire un nouvel aliment à la fois et s'assurer de sa tolérance avant d'introduire un autre nouvel aliment. Cette introduction progressive des nouveaux aliments permet à l'enfant de s'adapter au fur et à mesure à son nouveau mode d'alimentation.
  - Le lait reste à cet âge un aliment essentiel pour l'alimentation du nourrisson et il doit en recevoir au moins un demi-litre chaque jour en plus de son alimentation.
- **Au-delà de 12 mois**
  - Chez l'enfant exposé chez qui une infection à VIH a été définitivement écartée, l'allaitement maternel sera arrêté et remplacé par tout autre lait entier (lait de vache ou bien lait du commerce du deuxième âge et puis le lait dit de croissance) pour éviter à l'enfant un risque inutile supplémentaire de contracter l'infection à VIH.
  - En plus de ce lait, cet enfant sera alimenté au plat familial dont la présentation sera adaptée à son stade de développement ;
  - Pour l'enfant chez qui une infection à VIH est déjà confirmée, le prestataire encouragera la mère à continuer l'allaitement pour permettre à son bébé de bénéficier pour quelques temps encore des avantages nutritionnels du lait maternel.

### **V. Modalités de sortie du programme de suivi des enfants exposés**

La sortie de la cohorte des enfants exposés peut se faire suivant les modalités ci-après :

- L'enfant exposé est confirmé indemne de l'infection à VIH au terme de son suivi à 18 – 24 mois et sort du programme pour être désormais suivi dans le pool des jeunes enfants dans le cadre de la santé infantile
- L'enfant exposé est confirmé infecté par le VIH et est référé pour initiation et suivi du traitement antirétroviral à long terme
- L'enfant exposé est perdu de vue et toutes tentatives pour le retrouver se sont avérées infructueuses
- L'enfant exposé est décédé

Dans tous les cas, une documentation appropriée de la modalité de sortie du programme doit être faite dans le registre en fin de ligne de son suivi longitudinal.



**Figure 9 :** Modalités de sortie du programme de suivi des EE

## VI. Evaluation de la performance du programme

L'évaluation se fera sur la base des éléments ci-après :

- **Documentation des activités menées :** Groupe de soutien, renforcement du soutien à l'observation, suivi du calendrier vaccinal, documentation appropriée de la modalité de sortie du programme,
- **Indicateurs de performance :**
  - PCR à 6 semaines
  - Taux de dépistage à 12 mois
  - Taux de rétention à 6 semaines, 12 mois, 18 – 24 mois
  - Statut final VIH
  - Survie à 18 – 24 mois
- **Incitation à organiser des réunions hebdomadaires de revue des performances, analyse des gaps et recherche des solutions pour améliorer**

# Chapitre 5 : Initiation au Traitement Antirétroviral

---

Toute personne dépistée VIH positive doit bénéficier d'une évaluation globale (clinique et biologique) qui sera réalisée par un personnel soignant formé à la prise en charge du VIH et reportée dans le dossier médical national papier ou électronique.

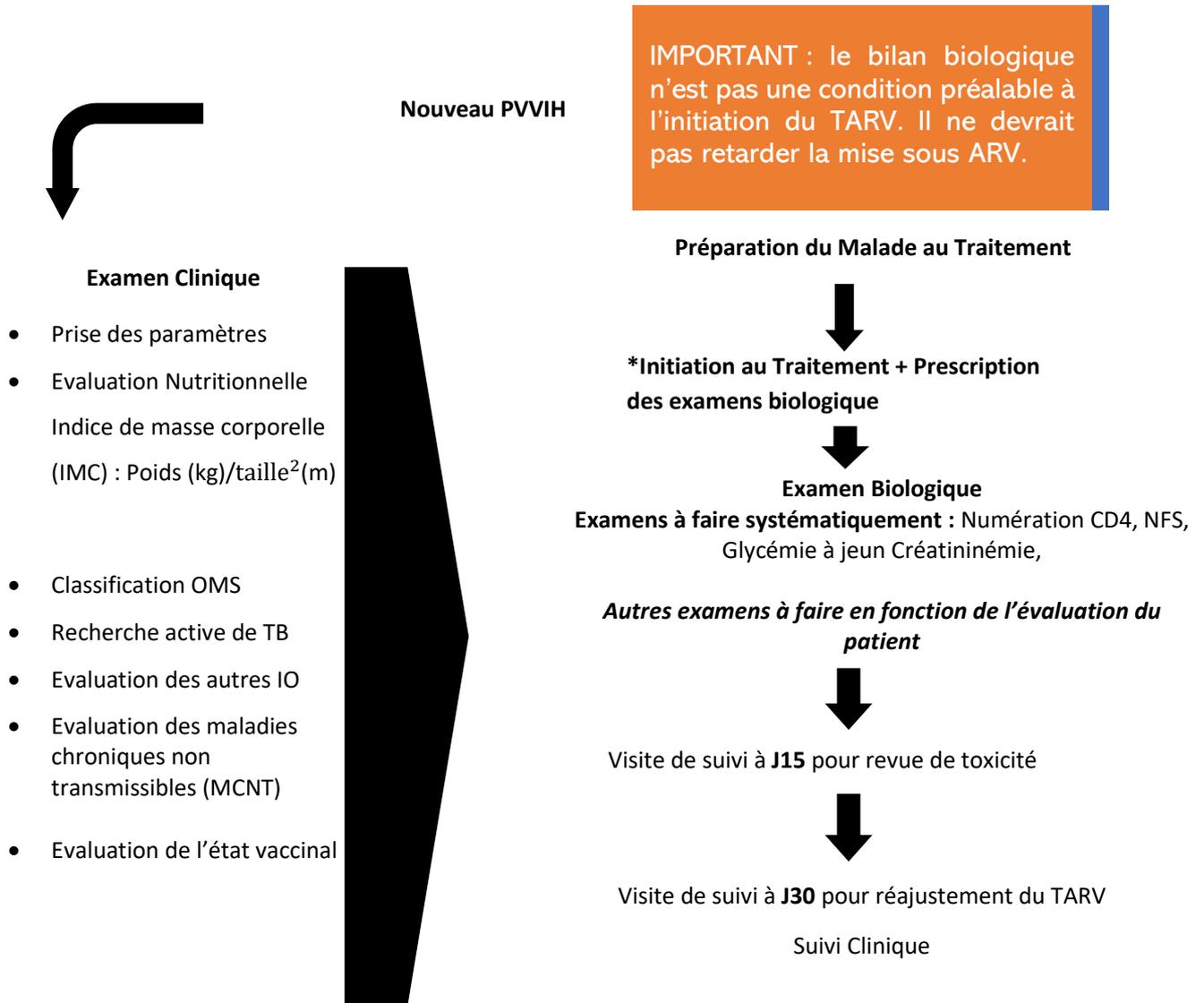
## I. Evaluation clinique initiale des PVVIH

Afin de poser un diagnostic adéquat pour une prise en charge holistique du patient nouvellement dépisté VIH positif, le personnel soignant doit **s'assurer que l'algorithme à 2 tests a été respecté ou refaire le test de dépistage du VIH à ce même patient, afin de confirmer le résultat** (retesting). Si le test VIH est positif, il faudrait :

1. **Préparer le patient**
2. **Assurer la prise en charge psychologique** (counseling, éducation pré-thérapeutique, etc...) pour aider le patient à accepter son statut et son TARV puis recueillir son consentement ;
3. **Ouvrir un dossier médical standard et attribuer au patient une identification unique** (code unique respectant les directives nationales) ;
4. **Evaluer l'état clinique du patient et Renseigner certaines informations clés** dans le dossier médical patient lors de la première visite. Il s'agit de :
  - **Informations socio-démographiques du patient** (*conformément au dossier médical*) ;
  - **Mesures anthropométriques** : Taille, Poids, Périmètre abdominal, Tour de poitrine, Périmètre crânien et brachial (*enfants*) ;
  - **Signes vitaux** : Température, TA, Fréquence cardiaque, Fréquence respiratoire, Pouls ;
  - **Antécédents du patient** (test du VIH, ATCD médicaux – Infections opportunistes, IST, TB, Chimio prophylaxie à l'INH, HTA, Diabète, Hépatite – ATCD toxicologiques et allergies – ATCD Gynéco-obstétriques, ATCD psychosocial – ARV et autres)
  - **Antécédents familiaux**
5. **Assurer la prévention et le traitement des infections opportunistes le cas échéant.**

## II. Evaluation clinique et biologique initiale

L'examen clinique et biologique doivent permettre au prestataire de classer le patient (OMS) afin d'orienter la prise en charge dans le cadre de l'approche « soins différenciés ». Les examens biologiques peuvent être réalisés après l'initiation du TARV.



**Figure 10** : Evaluation clinique et biologique avant initiation du TARV

### III. Préparation du TARV

#### III.1. Préparation du traitement dans le cadre des services de dépistage du VIH

Avec la stratégie « **Test and Treat** » recommandant que tous les PVVIH soient éligibles au TARV, le counseling post-test dispensé par le prestataire de soins devrait désormais inclure trois messages clés qui amorcent le processus de préparation du TARV :

- Le TARV est recommandé pour toutes les personnes vivant avec le VIH
- Commencer le traitement dès que possible réduit les risques d'aggravation de votre maladie ou de transmission du VIH à d'autres personnes
- Prendre correctement le TARV et ne manquer pas une prise

#### III.2. Préparation du traitement antirétroviral

L'infection par le VIH est une maladie chronique qui, dans l'état actuel des connaissances, nécessite un **traitement régulier et à vie**. Par conséquent, avant de commencer

un traitement antirétroviral, il est important d’avoir des entretiens approfondis avec le patient sur sa volonté d’être traité et d’initier un traitement antirétroviral. Le choix d’accepter ou de refuser un traitement antirétroviral incombe en définitive au patient ou à son tuteur.

L’éducation au VIH et la préparation à l’observance sont intégrées dans la visite initiale. Avant l’initiation du TARV, tous les patients / tuteurs doivent disposer de suffisamment d’informations pour pouvoir choisir en connaissance de cause l’initiation du TARV (tableau 41). Le conseil thérapeutique sera réalisé à tous les niveaux du circuit du patient par le personnel soignant, les conseillers (APS), ou à la pharmacie.

**Tableau 41** : Questions à poser lors du conseil

Composantes	Questions à poser
VIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qu’est-ce que le VIH ?</li> <li>• Comment le VIH se transmet ?</li> <li>• Pourquoi les partenaires et autres membres de la famille doivent être testés ?</li> </ul>
CV	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qu’est-ce que la charge virale ?</li> <li>• Combien de fois doit-on mesurer la CV ?</li> <li>• Pourquoi doit-on avoir une CV supprimée ?</li> </ul>
CD4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qu’est-ce que les CD4 ?</li> <li>• Combien de fois doit-on doser les CD4 ?</li> <li>• Que représentent les CD4 qui diminuent ?</li> </ul>
TARV	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qu’est-ce le TARV ?</li> <li>• Quels sont les bénéfices du TARV ?</li> <li>• Quand commencer le TARV ?</li> <li>• Le TARV guérit-il ?</li> <li>• Quel est la durée du TARV ?</li> </ul>
Echec thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qu’arrive-t-il si : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vous arrêtez votre TARV</li> <li>○ Ne prenez pas régulièrement votre TARV</li> <li>○ Votre CV augmente</li> <li>○ Vous êtes en échec thérapeutique</li> </ul> </li> </ul>
Effets indésirables	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quels sont les EI les plus courants ?</li> <li>• Que faire si vous avez des EI ?</li> </ul>
Observance	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qu’est-ce que l’observance ?</li> <li>• Quel est le rythme de prise du TARV ?</li> <li>• Qu’est-ce qui peut-vous <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Empêcher pour prendre votre TARV</li> <li>○ Aider à respecter la prise de votre TARV</li> </ul> </li> <li>• Qu’est-ce qui peut arriver si vous manquez un RDV ?</li> </ul>
Nutrition	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pourquoi l’alimentation est-elle importante ?</li> <li>• Que pouvez-vous faire pour améliorer votre alimentation ?</li> </ul>
Suivi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quel est le rythme des visites ?</li> <li>• Quels sont les éléments du suivi ?</li> </ul>
Préparation TARV	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etes-vous prêt au TARV ce jour ?</li> </ul>
Plan de suivi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examens à réaliser</li> <li>• Médicaments à prendre aujourd’hui (TARV, Cotrim, INH)</li> <li>• Quand devez-vous revenir dans la FOSA</li> </ul>

### III.3. Préparation et soutien au traitement en fonction de l'âge

La préparation au traitement doit être adaptée à l'âge du patient, à son sexe, à ses besoins et à son état clinique. Les besoins spécifiques des enfants et des adolescents doivent également être pris en compte.

#### Comment préparer les PVVIH au TARV ?

- Établir une bonne relation avec votre patient :
  - Créer un climat de confiance.
  - Garantir la confidentialité.
  - Développer un respect mutuel et des attitudes sans jugements.
  - Développer une communication claire.
- Organiser plusieurs séances d'éducation thérapeutique (ETP) : sensibilisation, apprentissage et accompagnement psychosocial du patient concernant la maladie et le traitement prescrit.

#### Ce qu'il faut savoir pour bien préparer le nouveau patient au début du TARV

- Discuter avec le patient leur volonté de prendre le traitement ARV et le choix du lieu de prise en charge.
  - À chaque visite, jusqu'au début du TARV, il faut évaluer chaque patient pour déterminer s'il est prêt.
- Evaluer leur état de préparation au traitement antirétroviral en s'assurant que le patient a compris les éléments suivants :
  - Le schéma thérapeutique,
  - La posologie et les différents médicaments,
  - Les avantages probables et les effets indésirables éventuels,
  - Les visites de suivi nécessaires.
- **Rechercher les barrières à l'initiation** du traitement et en parler (*dépression, problèmes cognitifs, consommation d'alcool ou de drogues, la présence d'un proche lors de l'annonce du statut, etc...*)
- **Le dépistage et la prise en charge des infections opportunistes** sont à prendre en compte lors de la première rencontre avec un patient avant le début du TARV.
- **Utiliser des job AIDS** pour informer les patients, ainsi que le soutien de la communauté et des pairs, peut aider la personne à se préparer et à prendre la décision de commencer le TARV.

- **Informez les patients sur les effets indésirables** en insistant sur le fait qu'ils peuvent être temporaires ou peuvent être traités, ou que des substitutions peuvent souvent être apportées aux ARV impliqués.
- **Interrogez les personnes sur tout autre médicament** pris, y compris les plantes médicinales et les suppléments nutritionnels et discutez des possibles interactions avec les ARV.
- **Après une évaluation concluante de l'état de préparation du patient, proposez d'initier un traitement antirétroviral.**

**Tableau 42** : CAT après préparation au TARV

Si le patient accepte de commencer le traitement	Si le patient n'accepte pas de commencer le traitement
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Renforcer l'ETP</b> auprès du patient pour une bonne observance du TARV et MIO et la rétention dans le système de soins ;</li> <li>• <b>Prescrire le TARV</b> selon les recommandations nationales en fonction de l'âge du patient ;</li> <li>• <b>Remettre un bulletin d'examen pour l'évaluation de la fonction rénale</b> en cas de prescription d'un protocole contenant le TDF, ou Hb en cas de Zidovudine ;</li> <li>• <b>Donner au patient un rendez-vous</b> dans les deux semaines suivant la mise sous traitement ARV pour évaluer sa compréhension du traitement, l'observance et la tolérance.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Négocier des RDV de suivi</b> le plus tôt possible (<i>1 à 2 semaines</i>) et <b>intensifier les séances de counseling</b> et de communication jusqu'à l'obtention de son consentement ;</li> <li>• <b>Renforcer le counseling et la communication avec le patient</b> en tenant compte des raisons du refus via tous les moyens disponibles ;</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifier les obstacles à l'initiation et solutions possibles ;</li> <li>2. Conséquences du retard de l'initiation</li> <li>3. Divulgarion du TARV aux partenaires / à la famille ainsi que l'importance du soutien des pairs</li> <li>4. Planification du traitement</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Initier le traitement dès l'obtention du consentement du patient</b> (selon les étapes de mise sous traitement décrites).</li> </ul>

- S'il existe des problèmes de santé mentale, de toxicomanie ou d'autres problèmes qui constituent des obstacles majeurs à l'initiation et observance au traitement, un soutien approprié doit être fourni et l'état de préparation au début du traitement antirétroviral doit être réévalué à intervalles réguliers.

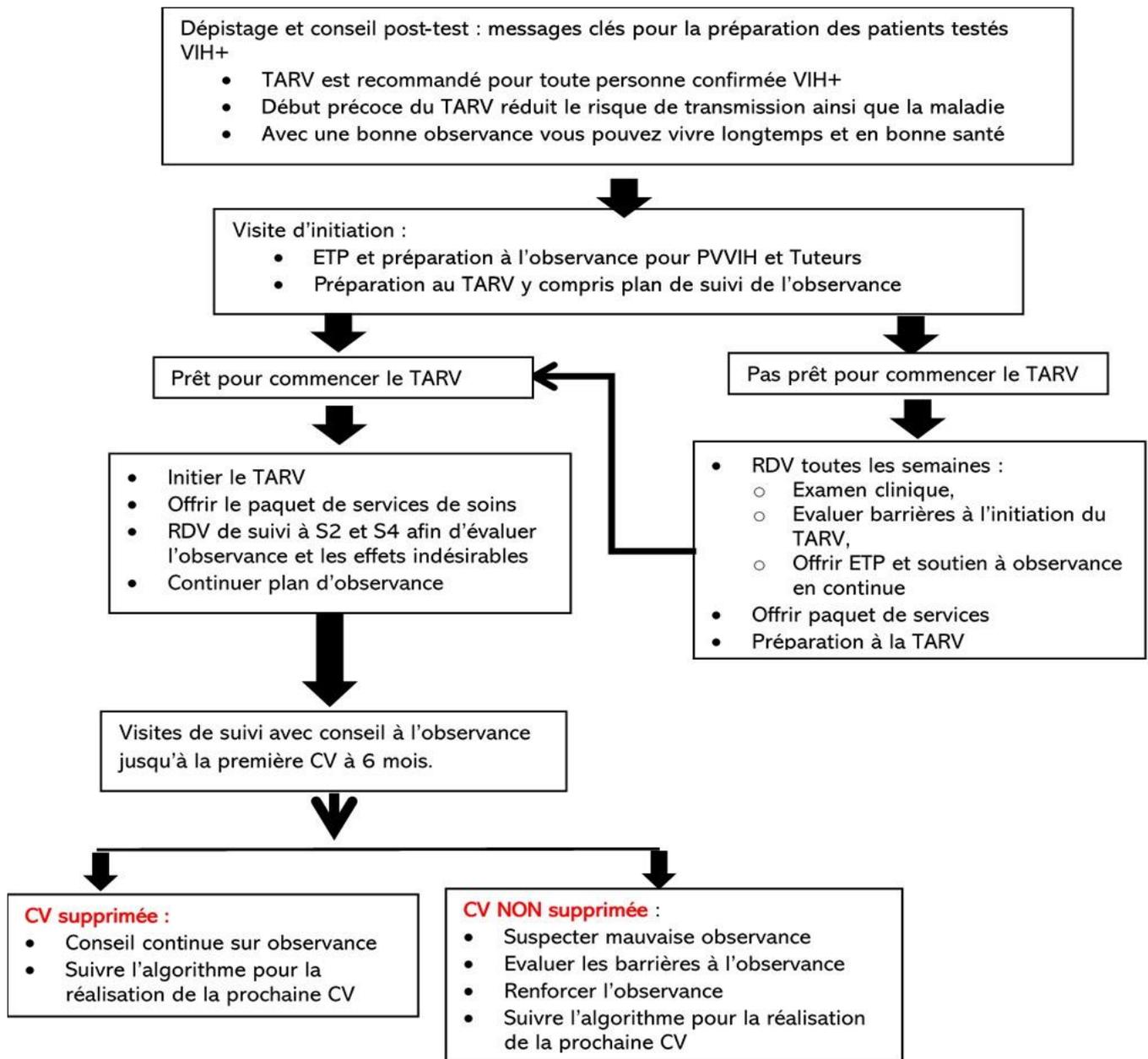


Figure 11 : Préparation au TARV

#### IV. Suivi du PVVIH après 1 an de TARV, soins de santé différenciés

La prestation différenciée de services, ou prise en charge différenciée, est une approche centrée sur les patients qui simplifie et adapte les services tout au long de leur parcours de soins liés au VIH, en vue de tenir compte des préférences et des attentes des différents groupes de PVVIH tout en réduisant les charges inutiles pesant sur le système de santé. Elle s'applique à l'ensemble de la prise en charge de l'infection à VIH, dont la prévention, le dépistage, le lien aux soins, l'initiation et la délivrance du TARV ainsi que les soins chroniques.

Cette approche suppose d'évaluer l'état des sujets afin de déterminer le niveau de prise en charge dont ils ont besoin et de leur proposer des services appropriés.

Les modèles de prestation de TAR devraient être adaptés selon les trois éléments suivants :

- **Caractéristiques cliniques** des clients (stable, instable, comorbidité/co-infections)
- **Sous-population** (adultes, enfants, adolescents, femmes enceintes et allaitantes, populations clés)
- **Contexte** (par ex. urbain/rural, instable, contexte, type d'épidémie).

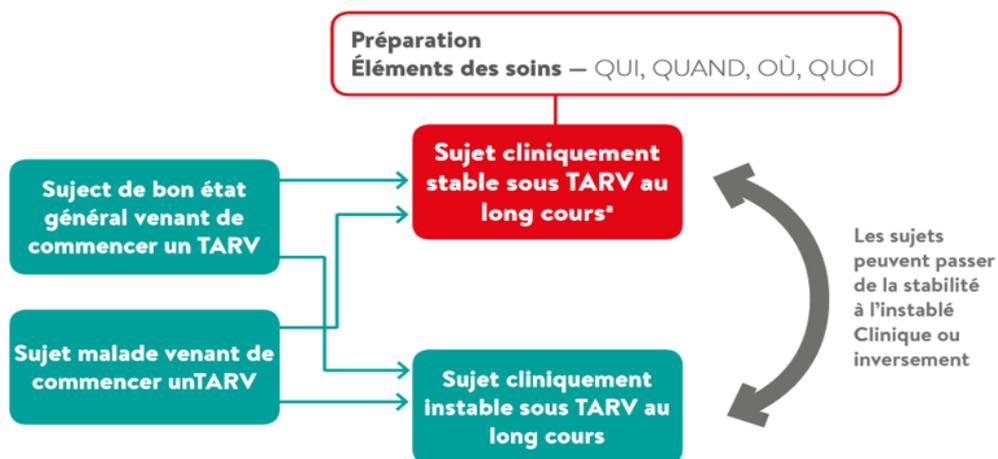
Fonction de la clinique, quatre catégories de patients sont identifiées et nécessiteront chacune des programmes de soins différents adaptés à leurs besoins.

**Tableau 43** : Diversité des besoins de prise en charge des PVVIH

PVVIH	Principaux éléments de la prise en charge différenciée
Personnes en bon état général	Soutien pour l'observance et la fidélisation
Personnes à un stade avancé de la maladie	Prise en charge clinique en vue de réduire la mortalité et la morbidité
Personnes cliniquement stables	Consultations cliniques moins fréquentes et modèles de délivrance communautaire des TARV
Personnes cliniquement instables	Soutien pour l'observance, mesure de la charge virale, passage à un TARV de deuxième ou de troisième intention si indiqué, surveillance de la Résistance.

Source : Lignes directrices unifiées OMS de 2016.

L'infection à VIH étant une maladie chronique, certains clients « stables » pourront passer par des épisodes « d'instabilité » auxquels il faudra palier. Par conséquent, ils pourraient avoir besoin d'être orientés vers un autre service ou nécessiter des interventions supplémentaires (consultation psychologique et contrôle régulier de la charge virale) pendant une période courte et intense. Ex **Clubs d'observance thérapeutique** qui sont des groupes composés de 25 à 30 clients stables gérés par un agent de santé communautaire au sein desquels on peut accéder à des renouvellements de traitement, à un soutien et à des soins.



**Figure 12** : Transitions entre les catégories de sujets en cas de délivrance différenciée de TARV

Source : les lignes directrices OMS, 2016 présentent des orientations concernant la préparation et les éléments des soins des sujets adultes stables. Ce document présente les mêmes considérations pour les enfants, les adolescents, les femmes enceintes ou allaitantes et les membres des populations clés.

Les éléments constitutifs de la délivrance différenciée de TARV doivent être envisagés sous quatre angles. **Quand les soins sont-ils dispensés** (fréquence des consultations) ? **Où les soins sont-ils dispensés** (lieu) ? **Qui dispense les soins** (le prestataire de services) ? **Quels soins ou quels services sont dispensés** (ensemble de services) ? Pour les PVVIH cliniquement stables, ces éléments constitutifs doivent être examinés séparément pour le renouvellement des ordonnances de TARV, pour les consultations cliniques et pour le soutien psychosocial.

### Quand les TARV sont-ils dispensés ?

- Recommander des visites moins fréquentes pour venir chercher les médicaments (3-6 mois) pour les personnes stables sous TAR.
- Prolonger ou adapter les heures de service : moyen simple de remédier aux problèmes d'accès de certains clients.

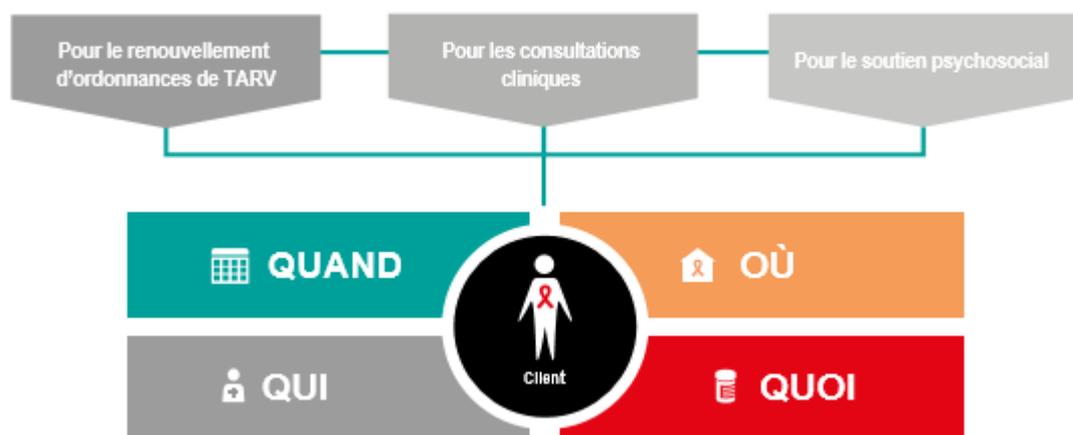
### Où les TARV sont-ils dispensés ?

- Décentraliser les services plus près du domicile des patients (FOSA ou OBC). Le temps et le coût pour se rendre jusqu'à la clinique, ajoutés aux problèmes persistants de stigmatisation, restent des obstacles à la rétention et à une suppression virale prolongée.
  - La décentralisation de la prise en charge du VIH est une stratégie qui peut réduire à la fois la congestion dans les FOSA et la charge qui pèse sur les clients. Elle devrait être considérée comme une façon d'augmenter l'accès aux soins et la rétention des soins.

### Qui assure la prestation différenciée des TARV ? L'importance de la délégation de tâches

Quels services devraient-être offerts ?

- Pour les patients stables, les besoins sont différents lors d'une visite de renouvellement de traitement, d'une consultation clinique ou d'un soutien psychosocial.
  - Pour les visites de renouvellement de TARV : le counseling (individuel ou de groupe), la recherche de la TB sont à considérer en priorité.



**Figure 13 :** Éléments constitutifs de la délivrance différenciée de TARV

#### IV.1. Différenciation sur la base des caractéristiques cliniques

Sur la base des caractéristiques cliniques, les clients peuvent être définis comme stables, instables et souffrant de comorbidités ou de co-infections. Les clients passeront d'une catégorie à l'autre.

Après la 1<sup>ère</sup> année de TARV, le patient stable sera vu tous les 3 à 6 mois puis sera référé s'il le souhaite dans une OBC proche de son domicile pour poursuivre la dispensation des ARV selon les directives de dispensation communautaire des ARV. En revanche, si un client est instable ou souffre de comorbidité ou de co-infection, il devrait bénéficier d'un suivi et d'un soutien accrus. Les clients instables peuvent avoir une charge virale élevée ou présenter d'autres caractéristiques, telles que des troubles mentaux, ou avoir récemment commencé le TAR, ce qui les classent dans la catégorie instable.

##### Patients stables

- **Prescriptions de renouvellement d'ordonnance des ARV : tous les 3 à 6 mois.** Concerne tous les médicaments TARV y compris Cotrimoxazole.
- **Distribution de médicaments ARV :**
- **Points de distribution du TARV : FOSA ou OBC** en fonction des préférences du patient, des systèmes et des ressources des FOSA.

La FOSA est responsable de la prescription, de la dispensation et de la distribution du TARV pour tous les patients stables y compris ceux des OBC. Un système de communication entre l'OBC et la FOSA doit être clairement défini (par exemple, en signalant tout problème de distribution, échec de la délivrance du TAR, etc.)

**Tableau 44** : Suivi du PVVIH sous TARV en fonction de la classification « Patient stable » et « patient Instable »

	Patients instables	Patients Stables	
		Adultes	Cas Particuliers
<b>Définitions</b>	<p>La présence <u>d'au moins un</u> de ces critères définit un patient instable</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient au stade très avancé (stade 3 et 4 de l'OMS) ;</li> <li>• Sous traitement depuis moins de 12 mois ;</li> <li>• Présence d'une IO active (y compris TB) les 6 derniers mois ;</li> <li>• Preuve de mauvaise observance au cours des 6 derniers mois ;</li> <li>• CV récente <math>\geq</math> 1000 copies/ml ;</li> <li>• Patients n'ayant pas terminé son traitement préventif à l'INH de 6 mois ;</li> <li>• IMC <math>&lt;</math> 18,5 ;</li> </ul>	<p>La présence de <u>tous</u> ces indicateurs permet de définir un patient stable</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient sous TARV depuis plus de 12 mois ;</li> <li>• Pas d'IO active y compris TB au cours des 6 derniers mois ;</li> <li>• Preuve d'une bonne observance au traitement au cours des 6 derniers mois (<i>n'avoir manqué aucun des 6 derniers rendez-vous de collecte des médicaments dans une période, même s'il s'agit d'une dispensation multi-mois</i>) ;</li> <li>• CV récente <math>&lt;</math> 1000 copies/ml ;</li> </ul>	<p><b>Femmes enceintes</b> : si elle était déjà sous TARV et stable avant la grossesse actuelle</p> <p><b>Femmes allaitantes</b> : en cas de CV récente <math>&lt;</math> 1000 copies/ml et le diagnostic précoce de l'enfant négatif entre 6 et 8 semaines</p> <p><b>Adolescent</b> si stable et ayant un suivi psychosocial</p>
<b>Où</b>	FOSA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FOSA</li> <li>• OBC (Dispensation communautaire des ARV)</li> </ul>	
<b>Suivi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tous les mois</li> <li>• Dispensation mensuelle des ARV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clinique tous les 6 mois</li> <li>• Dispensation des ARV tous les 3 mois, voire 6 mois selon les cas (long voyage justifié, militaires, patients dans les brousses en zone de conflit, personnes âgées, patient stable en continu depuis 36 mois)</li> </ul>	
<b>Paquet de soins</b>	<p><b>Suivi mensuel</b>, toutefois, des visites additionnelles sont nécessaires en cas de pathologies médicales et /ou psychologiques.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Evaluation et suivi clinique et paraclinique (biologique) suivant les directives</li> <li>○ Prophylaxie à l'INH ou au Cotrimoxazole</li> <li>○ Screening systématique et PEC des IO éventuelles</li> <li>○ PEC psychosociale</li> <li>○ Intensification de l'éducation thérapeutique</li> <li>○ Evaluation de la tolérance et de l'efficacité du traitement avec génotypage au besoin</li> <li>○ Renforcement de l'aide à l'observance</li> <li>○ Référer patient pour PEC adéquate si nécessaire</li> </ul>	<p><b>Suivi Trimestriel</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Evaluation et suivi Clinique / réévaluation des critères de stabilité à chaque visite</li> <li>○ Prophylaxie à l'INH ou au Cotrimoxazole</li> <li>○ Recherche systématique de la tuberculose</li> <li>○ Evaluation de l'adhérence</li> <li>○ Education thérapeutique</li> <li>○ Evaluation de la charge virale (1 fois par an) ou CD4 si CV non disponible tous les 6 mois</li> <li>○ Renouvellement de l'ordonnance et Approvisionnement des ARV tous les 3 mois voire 6 mois</li> </ul>	
<b>Conduite à tenir</b>	Si le patient devient « Stable » après 1 an de TARV, Il est transféré dans la FOSA ou l'OBC pour le suivi selon le modèle de suivi correspond aux patients « Stables »	Si le patient redevient « Instable », Il est retourné à la FOSA pour le modèle de suivi qui correspond à celui des patients « Instables »	

## IV.2. Différenciation sur la base de la sous-population

La prise en charge différenciée du TARV par sous-population peut contribuer à améliorer l'accès à la prise en charge du VIH en éliminant les obstacles structurels et en remédiant aux problèmes d'observance. Chaque sous-population nécessitera un programme unique et complet de services de soins de santé afin de surmonter les défis qui leur sont propres. Ex Clubs d'adolescents.

- Les femmes enceintes et allaitantes ;
- Les hommes ;
- Les adolescents et les enfants ;
- Les populations clés telles que les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), les travailleurs du sexe (TS) et les UDI.

Les parents/tuteurs inscrits dans les soins différenciés en tant que patients stables, leurs enfants ou adolescents qui répondent également aux critères de patients « stables » (autres que les critères d'âge) peuvent être considérés comme éligibles pour les soins différenciés. Cela devrait suivre une approche centrée sur la famille dans laquelle la famille reçoit des rendez-vous alignés avec des périodes de prescription plus longues.

Dans le cadre de l'approche de soins différenciés, l'espacement des rendez-vous chez les enfants et les adolescents, doit être déterminé en fonction des besoins et de la situation de l'individu. Par exemple, permettre aux enfants et adolescents de renouveler leur TARV et/ou faire leur suivi clinique :

- Pendant les vacances scolaires.
- Après les heures de fermeture de l'école (ceci permet de diminuer les absences scolaires et d'avoir une vie plus normale).
  - Le prolongement des heures d'ouverture de la pharmacie certains jours, ou les collectes le samedi, peut aider les clients qui travaillent.

En outre, on peut envisager des consultations tous les 3 mois pour les enfants de 2 à 5 ans car, pour cette tranche d'âge, le suivi doit être plus attentif et il est parfois nécessaire d'ajuster la posologie. Il faut aussi évaluer au cas par cas les avantages d'examiner à cette occasion les autres membres de la famille qui sont vus moins souvent que tous les 3 mois.

**Tableau 45** : Éléments constitutifs de la délivrance de TARV pour les sujets cliniquement stables

Éléments constitutifs	Renouvellement d'ordonnances de TARV	Consultations cliniques	Soutien psychosocial
Quand	Tous les 3 à 6 mois	Tous les 6 mois pour les femmes enceintes ou allaitantes et les enfants de plus de 5 ans Tous les trois mois pour les enfants de 2 à 5 ans	Tous les mois à tous les 6 mois
Où	<ul style="list-style-type: none"> <li>FOSA (UPEC/CTA, SMNI, CPN...)</li> <li>OBC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>FOSA (UPEC/CTA, SMNI, CPN...)</li> <li>OBC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>FOSA (UPEC/CTA, SMNI, CPN...)</li> <li>OBC</li> </ul>
Qui	Prestataires de soins, APS, Pharmacie	Personnel infirmier, Sages-femmes, Médecins	Prestataires de soins, APS,
Quoi	<p>Renouvellement d'ordonnances de TARV et MIO</p> <p>Contrôle de l'observance du traitement</p> <p>Contrôle de la nécessité d'adresser le patient à un clinicien</p> <p><b>Enfants</b></p> <p>Début de la procédure de révélation de la séropositivité</p> <p><b>Femmes enceintes ou allaitantes</b></p> <p>Vérification des CPN</p> <p><b>Populations clés</b></p> <p>Prévention du VIH et réduction des risques</p>	<p>Conforme aux directives :</p> <p><b>Consultation clinique</b> y compris dépistage de la tuberculose et traitement préventif le cas échéant</p> <p><b>Examens de laboratoire</b> : mesure de la CV et des CD4</p> <p><b>Prescription de TARV</b> jusqu'à la consultation clinique suivante</p> <p><b>Enfants</b></p> <p>Contrôle de la posologie et ajustement, si nécessaire</p> <p>Examen systématique, notamment vérification du statut vaccinal et dépistage de la tuberculose</p> <p>Début procédure divulgation</p> <p><b>Adolescents</b></p> <p>Évaluation de la santé mentale</p> <p><b>Femmes enceintes ou allaitantes</b></p> <p>Vérification des CPN</p> <p><b>Populations clés</b></p> <p>Dépistage de la consommation de drogues et d'alcool</p> <p>Prévention du VIH, y compris réduction de ses effets néfastes, dépistage et traitement des infections sexuellement transmissibles, de l'hépatite virale et de la tuberculose</p>	<p>Possibilités de soutien par des pairs</p> <p>Conseils et soutien pour les personnes qui s'occupent de patients afin de faciliter la révélation de la séropositivité</p> <p>Évaluation des facteurs pouvant influencer sur l'observance,</p> <p>Contrôle de la nécessité d'adresser le PVVIH vers un clinicien</p> <p><b>Populations clés</b></p> <p>Contrôle de la nécessité de conseils juridiques</p> <p>Lutte contre la violence et prévention du VIH, y compris réduction de ses effets néfastes</p>

### IV.2.1. Enfants vivant avec le VIH cliniquement stables

Les enfants ont besoin d'une surveillance étroite des étapes de leur croissance et de leur développement et d'un ajustement de la posologie de leur TARV ainsi que du Cotrimoxazole. Un enfant inscrit comme patient stable avec des rendez-vous moins fréquents, une surveillance du poids et des ajustements de dose doit être intégrés dans les modèles de suivi dans la FOSA ou de la communauté.

Les enfants étant souvent dépendants des membres de leur famille pour accéder aux TARV, le fait de faire concorder les différents calendriers de consultations avec ceux d'un tuteur relève d'une approche centrée sur la famille qui vise à maintenir et à améliorer l'assiduité aux consultations et peut aussi avoir une incidence positive sur l'observance des traitements par les membres de la famille.

**Un enfant devra prendre le traitement ARV toute sa vie, de l'enfance à l'adolescence puis à l'âge adulte afin de réduire le risque de morbidité et de mortalité.**

**La prise en charge différenciée adaptée aux patients stables convient aux enfants à partir de l'âge de 5 ans.**

Pour les enfants de 5 ans et plus, il faut envisager de prévoir des consultations cliniques et de renouvellement du TARV tous les 3 mois. Il faut aussi prendre en considération les avantages d'examiner à cette occasion les autres membres de la famille.

À partir de l'âge de 5 ans, les consultations cliniques tous les 3 ou 6 mois devraient convenir pour prendre en charge les enfants cliniquement stables sous TARV et repérer toute évolution clinique ou modification dans l'environnement psychosocial qui exige une intensification de la prise en charge.

**Tableau 46 :** Critères servant à définir les sujets cliniquement stables

Catégorie	Critère	Considérations
Limite d'âge	≥5 ans	<ul style="list-style-type: none"><li>• Peu d'ajustements de la posologie après 2 ans.</li><li>• La plupart des vaccinations sont réalisées.</li></ul>
Critères cliniques	Mêmes critères que pour les adultes	<ul style="list-style-type: none"><li>• 12 mois sous TARV.</li><li>• Absence d'une malnutrition</li></ul>
Autres Critères non cliniques	Même schéma thérapeutique depuis plus de 3 mois	<ul style="list-style-type: none"><li>• La révélation de sa séropositivité à un enfant, de façon appropriée suivant son âge, l'incite à observer son traitement durablement.</li><li>• Les personnes s'occupant d'enfants devront avoir suivi une formation pour entamer ce processus de révélation lorsque l'enfant a atteint l'âge approprié.</li></ul>

**Tableau 47** : Éléments constitutifs des consultations cliniques et des consultations pour renouvellement d'ordonnances de TARV pour les enfants stables

	Renouvellement ordonnance	Consultations cliniques	Soutien psychosocial
<b>Quand</b>	Tous les 3 mois	Tous les 3 à 6 mois	Tous les mois à tous les 3 mois
<b>Où</b>	FOSA Hors FOSA	FOSA Hors FOSA	FOSA Hors FOSA Groupe de soutien
<b>Qui</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestataires non professionnels</li> </ul>	Personnel infirmier Sages-femmes Cliniciens Médecins	Prestataires non professionnels
<b>Quoi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renouvellement TARV et Cotrimoxazole</li> <li>• Contrôle observance</li> <li>• Contrôle de l'évolution de la procédure de révélation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultations cliniques pour les enfants</li> <li>• Contrôle de la posologie et ajustement éventuel</li> <li>• Examen de laboratoire</li> <li>• Renouvellement d'ordonnance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appui à l'observance</li> <li>• Appui à l'annonce</li> <li>• Groupe de soutien</li> </ul>

**Consultations cliniques** : Il convient d'envisager de fixer les rendez-vous en fonction du calendrier scolaire, comme par exemple de planifier les consultations pendant les vacances scolaires.

Les renouvellements d'ordonnances de TARV peuvent être assurés soit à l'occasion de chaque consultation clinique soit entre 2 consultations cliniques mais il suffit d'une fois tous les 3 mois. Pour les enfants de **5 à 9 ans**, les consultations pour renouvellement d'ordonnances de TARV peuvent avoir lieu en dehors des FOSA, plus près du domicile, et être assurées par des prestataires non professionnels. Les ordonnances de cotrimoxazole peuvent être renouvelées en même temps que les ordonnances de TARV.

**Les consultations cliniques et le renouvellement des prescriptions jusqu'à la consultation suivante peuvent être effectués par le personnel infirmier.**

Le soutien psychosocial peut entrer dans le cadre du soutien apporté lors des consultations pour renouvellement d'ordonnances de TARV ou dans un autre contexte totalement différent. Ce soutien peut être apporté à une fréquence correspondant aux besoins particuliers de la personne qui vit avec le VIH ou de son tuteur.

#### IV.2.2. Adolescents cliniquement stables

**Les adolescents** sont confrontés à des défis uniques en matière d'observance liés à leur développement psychologique et à leurs systèmes de soutien social. Ils suivent souvent moins bien leur traitement et obtiennent des résultats cliniques moins bons que les adultes.

Les adolescents se heurtent à des obstacles qui leur sont propres, et à des obstacles liés au système de santé qui les empêchent de prendre parfaitement leur traitement correctement. **Les adolescents doivent aussi passer des soins pédiatriques aux soins pour adultes.**

Comme dans le cas des enfants, les consultations pour renouvellement d'ordonnances de TARV peuvent être dissociées des consultations cliniques, n'avoir lieu qu'une fois tous les 3 mois, en dehors des FOSA, plus près du domicile des intéressés, et être assurées par des prestataires non professionnels.

**Les critères qui définissent un « adulte cliniquement stable » s'appliquent aussi à l'adolescent parmi lesquels l'absence de maladie en cours notamment maladie mentale prévalente chez les adolescents. La présence d'un trouble mental exigerait un suivi plus intensif.**

Tous les prestataires de soins de santé, qu'ils soient professionnels ou non, doivent recevoir une formation pour offrir des services à l'écoute des adolescents.

**Tableau 48** : Éléments constitutifs des consultations cliniques et des consultations pour renouvellement d'ordonnances de TARV pour les adolescents stables

	Renouvellement ordonnance	Consultations cliniques	Soutien psychosocial
<b>Quand</b>	Tous les 3 mois	Tous les 3 mois	Tous les mois à tous les 3 mois
<b>Où</b>	FOSA Hors FOSA	FOSA Hors FOSA	FOSA ou Hors FOSA Groupe de soutien
<b>Qui</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestataires non professionnels</li> </ul>	Personnel infirmier Sages-femmes Cliniciens Médecins	Prestataires non professionnels
<b>Quoi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renouvellement TARV et Cotrim</li> <li>• Renouvellement contraceptif</li> <li>• Contrôle observance</li> <li>• Contrôle de l'évolution de la procédure de révélation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultations cliniques</li> <li>• Examen santé mentale</li> <li>• Examen de laboratoire</li> <li>• Renouvellement d'ordonnance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appui à l'observance</li> <li>• Appui à l'annonce</li> <li>• Groupe de soutien</li> </ul>

Dans la mesure du possible, les cliniciens doivent faire correspondre les consultations de planification familiale et les consultations cliniques. Si une adolescente prend des contraceptifs oraux, les ordonnances d'antirétroviraux peuvent être renouvelées en même temps que les ordonnances de contraceptifs.

Les rendez-vous pour les consultations cliniques et pour le renouvellement d'ordonnances doivent être fixés en tenant compte du calendrier scolaire, fixés pendant les vacances scolaires. Pour aider les adolescents à se rendre aux consultations après les heures de cours, les consultations qui se déroulent dans les FOSA doivent être programmées dans une tranche horaire large leur serait réservée (fins d'après-midi et/ou weekends, par exemple). En tant que groupe, les adolescents peuvent bénéficier d'interventions supplémentaires d'aide à l'observance pendant les consultations cliniques et pour le renouvellement d'ordonnances de TARV.

Le soutien psychosocial doit être disponible et accessible soit dans le cadre du soutien apporté lors des consultations pour renouvellement d'ordonnances de TARV soit séparément. Compte tenu de l'importance de la santé mentale pour l'observance des traitements chez les adolescents, on peut envisager d'intégrer des bilans psychosociaux mensuels dans les modèles de prise en charge des adolescents.

**La fréquence des séances de soutien doit correspondre aux besoins particuliers de chaque adolescent**

### IV.2.3. Femmes enceintes ou allaitantes cliniquement stables

Les femmes enceintes / allaitantes peuvent être cliniquement stables, mais il est recommandé d'intégrer leurs rendez-vous CPN et PEC VIH et au suivi du nourrisson exposé au VIH.

Les femmes enceintes ou allaitantes font face à des exigences et à des responsabilités accrues du fait de leur grossesse et des soins à dispenser à leurs nourrissons et à leurs autres enfants. Ces exigences peuvent constituer des obstacles à l'observance et à la rétention sous traitement.

**Tableau 49:** Critères servant à définir les sujets cliniquement stables

Catégorie	Critère	Considérations
Femmes sous TARV cliniquement stables au moment de la conception		
<b>Bénéficient déjà d'un modèle de délivrance de TARV pour les sujets cliniquement stables</b>		Les femmes doivent déjà répondre aux critères de stabilité clinique établis.
Critère clinique supplémentaire éventuel	CV <1000 copies/ml depuis 3 mois	La suppression de la CV est déterminante pour prévenir la TME.
	Contrôle de l'accès aux CPN	Possibilité de contrôler que les femmes ont accès aux soins prénatals
	Enfant exposé a une PCR négative à 6 semaines	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contrôler que l'enfant exposé ait bénéficié à 6 semaines à un test PCR et a reçu le résultat.</li> <li>• PCR positive peut indiquer une observance insuffisante et exige un soutien intensifié de la mère et du nourrisson.</li> </ul>
Mise sous TARV pendant la grossesse		
<b>Critères cliniques</b>	Mêmes critères que pour les adultes	Une femme testée VIH, qui a été mise sous TARV pendant une grossesse,
Critère clinique supplémentaire éventuel	Enfant exposé a une PCR négative à 6 semaines	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contrôler que l'enfant exposé ait bénéficié à 6 semaines à un test PCR et a reçu le résultat.</li> <li>• PCR positive peut indiquer une observance insuffisante et exige un soutien intensifié de la mère et du nourrisson.</li> </ul>

**Tableau 50** : Éléments constitutifs des consultations cliniques et des consultations pour renouvellement d'ordonnances de TARV pour les FEC ou allaitantes stables

	Renouvellement ordonnance	Consultations cliniques	Soutien psychosocial
<b>Quand</b>	Tous les 3 à 6 mois	Tous les 3 à 6 mois	Tous les mois à tous les 3mois
<b>Où</b>	FOSA Hors FOSA	CPN SMNI	FOSA ou Hors FOSA Groupe de soutien
<b>Qui</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestataires non professionnels</li> </ul>	Personnel infirmier Sages-femmes Cliniciens Médecins	Prestataires non professionnels
<b>Quoi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renouvellement TARV et Cotrim</li> <li>• Contrôle observance</li> <li>• Contrôle de l'évolution de la procédure de révélation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CPN</li> <li>• Examen de laboratoire</li> <li>• Renouvellement d'ordonnance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appui à l'observance</li> <li>• Aide à l'annonce au partenaire</li> <li>• Groupe de soutien</li> </ul>

La fréquence des consultations médicales augmente (plusieurs consultations prénatales, postnatales et de suivi du nourrisson et consultations de routine pour les enfants de moins de 5 ans) et ces consultations ont souvent lieu différents jours et à différents endroits. De plus, le fait de passer des services de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant et des services de soins contre l'infection à VIH à des soins de plus longue durée peut avoir pour conséquence de perdre de vue certains patients qui ne seront plus suivis.

## V. Suivi des PVVIH durant les 2 premières années de traitement ARV

Le virus du VIH est susceptible de développer des résistances à l'occasion d'une mauvaise observance prolongée au traitement ARV. Par conséquent, après le début du TARV, les patients doivent faire l'objet d'une surveillance étroite pour (i) Suivre l'efficacité du traitement, (ii) Détecter l'apparition d'effets indésirables et des interactions médicamenteuses, (iii) Identifier et éliminer les obstacles à l'observance du traitement et surveiller l'apparition d'un IRIS (en particulier ceux qui initient un TARV à un stade avancé).

Un calendrier de suivi raisonnable pour la plupart des patients est le suivant : 2 semaines et 4 semaines après le début du traitement antirétroviral, puis une fois par mois jusqu'à confirmation de la suppression virale.

**Tableau 51:** Suivi clinique et biologique des PVVIH sous TARV

	Semaine après TARV		Mois après TARV						M12	M18	M24
	S2	S4	M2	M3	M4	M5	M6				
RDV								Tous les 1-3 mois dépendant de la stabilité	Tous les 3-6 mois si patients stables		
Examen clinique	X	X	X	X	X	X	X	A toutes les visites	A toutes les visites cliniques		
Mesures anthropométriques			X	X	X	X	X	A toutes les visites	A toutes les visites		
Examen neurologique	X	X	X	X	X	X	X	A toutes les visites			
Soutien Nutritionnel			X	X	X	X	X	A toutes les visites			
Soutien psychosocial			X	X	X	X	X	A toutes les visites			
ETP et observance	X	X	X	X	X	X	X	A toutes les visites			
Toxicité médicamenteuse	A chaque visite en utilisant outil adapté (DPML)										
TB screening	A chaque visite en utilisant l'outil pour la recherche intensive des cas										
CD4											
Charge Virale							X		X	X	
Ag cryptocoque	Pour adulte ou adolescents si CD4<200										
NFS, Hb		X					X		X	X	
Transaminases									X	X	
Test de grossesse et Conseils en Planning familial	A chaque visite chez les femmes en âge procréer										
Créatininémie							X		X	X	
Glycémie à jeun									X		
Bilan lipidique									X		
AgHBs									X		
TPHA/VDRL									X		
Bandelette urinaire							X		X		

# Chapitre 6 : TARV chez les Enfants, Adolescents, et Adultes

La mise sous TARV se fait dans les formations sanitaires réalisant la prise en charge des PvVIH (CTA/UPEC, sites PTME, CDT). La prescription du TARV doit être assurée par un personnel formé à cet effet qui s'emploiera à s'assurer de l'adéquation du régime de traitement tel que recommandé par les directives nationales.

Débuté précocement, à la suite d'une éducation thérapeutique, le traitement antirétroviral (TARV) réduit la morbidité et la mortalité liée au VIH et est de mieux en mieux toléré grâce aux nouvelles molécules. De même, ce TARV a également un rôle préventif dans la transmission du VIH. **De ce fait, la stratégie « Traitement pour tous » recommande de proposer de façon systématique le TARV à tout patient diagnostiqué VIH+ (adulte, adolescent et enfants) indépendamment du stade clinique OMS ou du taux de CD4.**

## I. Initiation du Traitement ARV

La prescription du TARV n'est pas une urgence. Elle doit être longuement expliquée au patient et débutée après que celui-ci a exprimé sa volonté d'être traité. Le TARV a pour objectifs de :

- Supprimer la réplication virale et par conséquent la charge virale (CV) jusqu'à l'indétectabilité.
- Restaurer et préserver la fonction immunitaire

### I.1. Dispensation des ARV

Afin de désengorger les structures de prise en charge, réduire les délais d'attente et offrir un modèle de soins différenciés, la dispensation des ARV peut se faire dans la formation sanitaire ou en communauté et ce à travers plusieurs moyens.

**Tableau 52** : Lieu de dispensation des ARV

Dans la Formation sanitaire (FOSA)	Dans la Communauté
<ul style="list-style-type: none"><li>• Tous les mois (patients instables, nouveaux PVVIH) à travers les dispensateurs dans les pharmacies</li><li>• Tous les mois ou tous les 03 mois à travers les horaires de dispensation flexibles (week-end, jour férié, en soirée)</li><li>• Tous les 03 mois (patients stables) à travers les groupes de soutien ou d'auto-support ou à la pharmacie.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Régi par une Décision ministérielle (LC N° D36-57/MINSANTE du 04/11/2016 Désignation des organisations à base communautaire (OBC))</li><li>• Tous les mois (patients stables hormis les enfants, les adolescents et les femmes enceintes) à travers les OBC, les groupes communautaires de thérapie ARV (voir documents de stratégie de dispensation communautaire 2018-2022).</li></ul>

## I.2. Délai d'initiation des ARV chez PVVIH

Un délai peut être nécessaire pour l'initiation des ARV chez les patients. Tous les patients dépistés et confirmés positifs au VIH sont éligibles au TARV. Le moment idéal pour l'initiation du traitement dépend de l'état clinique et de la disposition du patient à débiter le traitement. Par conséquent, le traitement doit être instauré en fonction de la décision éclairée de la personne de commencer le traitement antirétroviral

### Spécificités :

- **Femmes enceintes et mères allaitantes :** Commencer le TARV dès le moment du diagnostic du VIH et continuer à vie.
- **Adultes :** Proposer de commencer immédiatement le TARV chez tous les PvVIH nouvellement diagnostiqués, quel que soit leur stade clinique (symptomatique ou asymptomatique) ou leur taux de cellules CD4.
- **Chez un patient présentant une IO aiguë et grave ou un état clinique grave :** lever l'urgence en priorité et différer le début du TARV (plusieurs semaines voire mois en fonction de l'état clinique du patient). – Risque d'IRIS
- **Chez un patient qui n'est pas prêt à débiter le traitement :** Différer le début du TARV en fonction de l'état clinique et psychologique du patient.

**La nécessité de traiter toute IO ou toute autre pathologie évolutive s'impose avant d'initier un traitement ARV dans certains cas (TB et Cryptococcose méningée) afin de limiter l'apparition d'un syndrome inflammatoire de reconstitution immunitaire (IRIS).**

Les délais d'initiation sont les suivants :

- **Patients naïfs sans IO ou autres raisons de différer :** TARV le plus tôt possible
- **Patients atteints de Pneumocystose pulmonaire et autres IO :** Commencer TARV dans les 2 semaines
- **Naïfs avec TB ou Cryptococcose méningée (CM)**

**Tableau 53 :** Délai pour initiation TARV dans des situations particulières

Symptômes ou plaintes	Action	Conduite à tenir	Action si pathologie confirmée
Céphalées	Eliminer une méningite avant initiation TARV	PL pour exclure une CM	Initier la TARV 4 à 6 semaines après début traitement antifongique
		Ag cryptocoque (sérum ou plasma)	Si positif, Initier la TARV 2 semaines après début traitement antifongique
Symptôme évocateur TB	Eliminer une TB active	PL pour exclure une TB méningée ou tuberculomes	Initier la TARV 4 à 6 semaines après début traitement antituberculeux
		TB autres sites	Initiation de la TARV fonction du taux de CD4 <ul style="list-style-type: none"> <li>• si CD4 &lt; ou = 50 : dans les 2 semaines</li> <li>• si CD4 &gt; 50 : dans les 2-8 semaines (risque d'IRIS)</li> </ul>

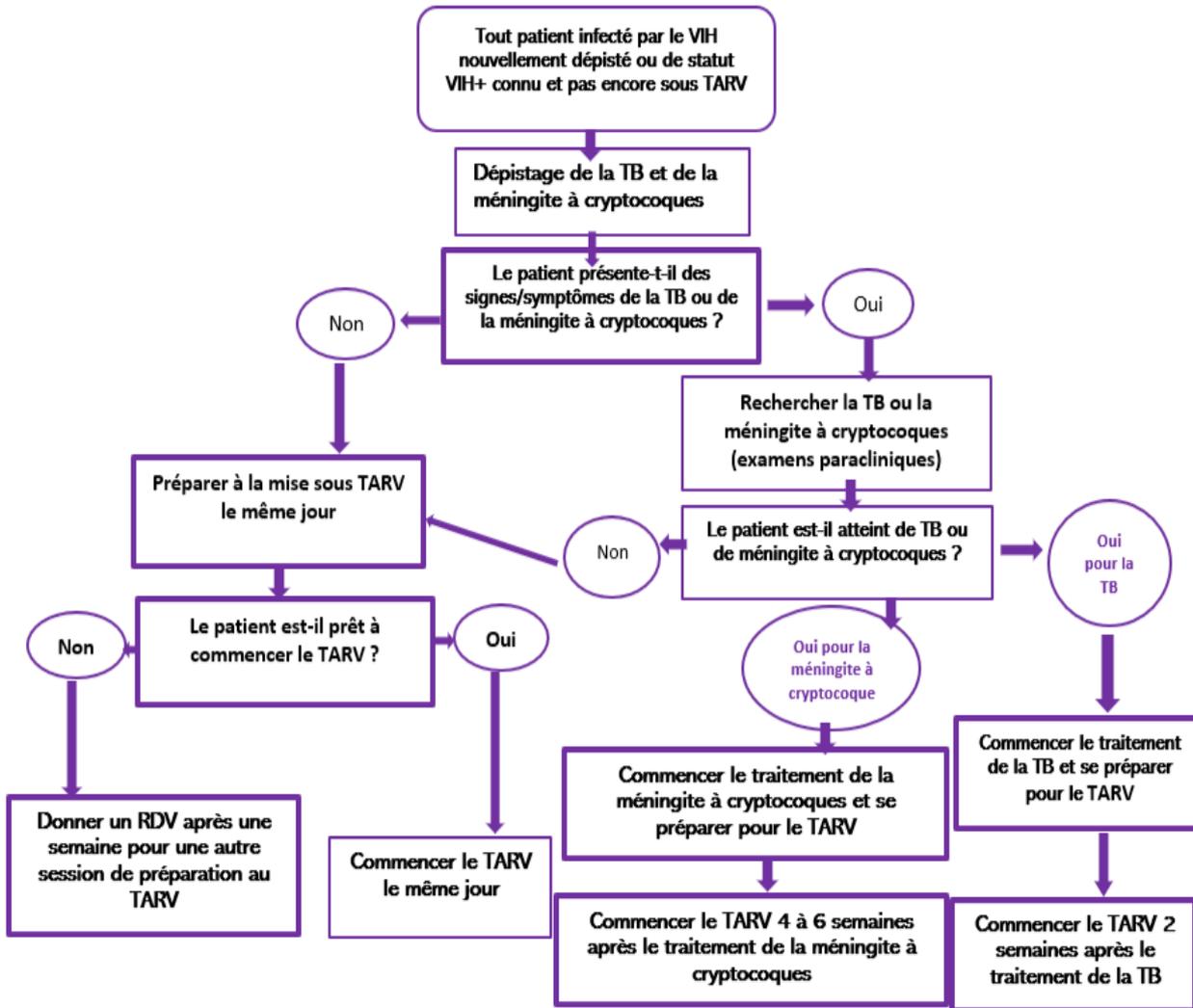


Figure 14 : Algorithme pour l'initiation du TARV à l'intention du personnel soignant

### I.3. Protocoles ARV de Première ligne

- Le 1er traitement doit être le plus puissant afin de minimiser le risque de sélection des souches résistantes. Choix déterminant influençant les options thérapeutiques ultérieures.
- Le traitement doit être adapté au type de virus (VIH-1, VIH-2), à l'état clinique et au mode de vie du patient afin que celui-ci soit observant de façon optimale et durable.
- Le choix du traitement doit tenir compte de l'âge, des antécédents, de l'existence des comorbidités, des interactions médicamenteuses éventuelles.
- L'utilisation de schémas thérapeutiques simplifiés, moins toxiques et plus pratiques sous forme d'associations à dose fixe est recommandée pour les TARV de première intention.
- De nouveaux protocoles à base de DTG et EFV 400mg sont inclus dans les protocoles préférentiels de 1<sup>ère</sup> ligne tandis que les schémas thérapeutiques à base de NVP seront progressivement éliminés.

**Tableau 54** : Protocoles de 1<sup>ère</sup> ligne

Populations	Traitement préférentiel	Traitement alternatif	Situations spéciales
Adultes et adolescents (sexe masculin) > 30 kg (> 10 ans)	TDF/3TC/DTG	TDF/3TC + EFV <sub>400</sub> TDF/3TC/EFV <sub>600</sub>	AZT/3TC + EFV <sub>600</sub>
< 30 kg (de 6 à 9 ans)	ABC/3TC + DTG	ABC/3TC + EFV	TDF/3TC + LPV/r
Entre 20 et 30 kg (de 3 à 6 ans)	ABC/3TC + DTG	ABC/3TC + EFV	AZT/3TC + LPV/r
<20 kg (< 3 ans)	ABC/3TC + LPV/r ABC/3TC + DTG*	AZT/3TC + LPV/r	

ABC (Abacavir), AZT (Zidovudine), 3TC (Lamivudine), TDF (Ténofovir), EFV (Efavirenz), ATV/r (Atazanavir boosté par ritonavir), LPV/r (Lopinavir boosté par ritonavir), DTG (Dolutégravir)

**En raison d'évidences limitées sur l'effet à long terme du DTG chez les enfants (ATN) et les adultes (Prise de poids), la surveillance active de la toxicité est impérative.**

Régimes de 1<sup>ère</sup> ligne optimisé

Poids	Régimes préférentiels du TARV			
< 20 kg	ABC/3TC +DTG* ABC/3TC + LPV/r	ABC/3TC (120 mg/60 mg) cp dispersibles	LPV/r (40 mg/10 mg) pellets/granules	LPV/r (100 mg/25 mg) comprimés thermostables
20-29.9 kg	ABC/3TC + DTG			DTG (comprimés à 50 mg)
≥ 30 kg	TDF /3TC/DTG	TDF/3TC/DTG (comprimés 300 mg/300 mg/50 mg)		

En cas de protocole chez l'enfant :

- \* Si formulation appropriée (comprimé enfant, forme dispersible ou sirop disponible)
- NB: Doubler la dose de DTG chez l'enfant en cas de coinfection TB/VIH, puis arrêt du 2<sup>e</sup> cp de DTG deux semaines après arrêt du traitement antiTB.
- Prendre 1cp à dose fixe de TDF/3TC/DTG par jour (TDF 300mg, 3TC : 300mg, DTG : 50 mg)
- Si régime alternatif, le TDF sera remplacé par AZT (300mg). Prendre 1cp de l'association fixe AZT/3TC et 1cp de DTG 50mg par jour.
- Protocole avec EFV, prendre 1cp à dose fixe de TDF/3TC/EFV le soir (TDF 300mg, 3TC 300mg et EFV 400mg)
- En cas de co-infection TB/VIH : prendre 1cp de TDF/3TC/DTG le matin plus 1cp DTG (50mg) le soir pendant la durée du traitement antituberculeux.

**EVITER de prescrire**

- **EFV en cas d'antécédent psychiatrique ou si enfant < 3 ans ou < 10 kg**
- **TDF si enfant < 10 ans ou < 30 kg**
- **AZT si anémie**
- **Mono ou Bithérapie**

#### I.4. Protocoles ARV de Deuxième ligne

Le protocole de seconde ligne, consiste à utiliser une nouvelle classe thérapeutique d'IP potentialisé par le ritonavir ajouté à l'AZT/3TC si le TDF est utilisé en 1<sup>ère</sup> intention ou le TDF/3TC si l'AZT est utilisé en 1<sup>ère</sup> ligne.

**Tableau 55** : Protocole de 2<sup>e</sup> ligne

Populations	1 <sup>ère</sup> ligne	2 <sup>ème</sup> ligne
< 20 kg (< 3 ans)	<ul style="list-style-type: none"><li>• ABC /3TC + LPV/r</li><li>• ABC/3TC + DTG*</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• AZT/3TC + LPV/r</li></ul>
Entre 20 et 30 kg (3 à 9 ans)	<ul style="list-style-type: none"><li>• ABC (AZT)/3TC + DTG</li><li>• ABC (AZT)/3TC + EFV</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• AZT (ABC)/3TC + ATV/r (LPV/r)</li></ul>
>30 kg (10 à 19 ans) Adultes	<ul style="list-style-type: none"><li>• TDF/3TC/DTG ou</li><li>• TDF/3TC/EFV</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• ABC (AZT)/3TC + ATV/r (LPV/r)</li></ul>

- ATV à partir de 6 ans
- En cas de co-infection TB/VIH chez les enfants, ne pas doubler la dose de LPV/r, ajouter le Ritonavir afin d'avoir un ratio LPV/r égal à 1:1.

##### *1.4.1. Que faire avant de commencer un traitement ARV de 2e ligne chez l'enfant VIH+ ?*

- Bien expliquer la signification du résultat de la charge virale
- Discuter avec l'enfant et sa famille (i) les raisons qui peuvent avoir conduit à l'échec du Traitement ARV de 1<sup>ère</sup> ligne et (ii) les dispositions à prendre pour éviter un échec du traitement de 2<sup>ème</sup> ligne
- Bien expliquer les modalités du nouveau traitement (horaires de prise, quantité par prise, comment mesurer ces quantités, le moment de la prise des médicaments par rapport aux repas, les possibles effets secondaires et comment faire en cas d'effets secondaires)
- Vérifier la bonne compréhension de ces modalités par l'enfant et sa famille et des nouvelles mesures à prendre
- Dispenser le traitement de deuxième ligne

##### *1.4.2. Que faire avant de commencer un traitement ARV de 2e ligne chez l'adolescent ?*

- Discuter avec l'adolescent et sa famille (i) les raisons qui peuvent avoir conduit à l'échec du traitement de première ligne et (ii) les dispositions à prendre pour éviter un échec du traitement de 2<sup>ème</sup> ligne ;
- Bien expliquer les modalités du nouveau traitement (horaires de prise, quantité par prise, comment mesurer ces quantités, le moment de la prise des médicaments par rapport aux repas, les possibles effets secondaires, et comment faire s'il survient des effets secondaires) ;
- Vérifier la bonne compréhension de ces modalités par l'adolescent et sa famille et des nouvelles mesures à prendre ;
- Dispenser le traitement de deuxième ligne ;

**Ne pas utiliser ATV/r (capsules) chez les enfants de moins de 6 ans ou 15 kg.**

### 1.4.3. Que faire avant de commencer un traitement 2e ligne chez l'adulte ?

- Identifier les causes qui peuvent avoir conduit à l'échec du traitement de première ligne ;
- Renforcer l'ETP ;
- Bien expliquer les modalités du nouveau traitement (horaires de prise, quantité par prise, comment mesurer ces quantités, le moment de la prise des médicaments par rapport aux repas, les possibles effets secondaires, et comment faire s'il survient des effets secondaires) ;
- Dispenser le traitement de deuxième ligne ;

**Donner un rendez-vous rapproché pour vérifier la bonne compréhension du traitement de 2<sup>e</sup> ligne, l'absence d'effet secondaire ainsi que l'observance.**

### 1.5. Protocoles ARV de Troisième ligne

A l'heure actuelle, le nombre de personnes nécessitant la troisième ligne de TARV au Cameroun est de plus en plus croissante. La gestion des cas d'échec du traitement de 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> ligne seront guidés par le profil de résistance (génotypage). Cependant, les protocoles de 3<sup>e</sup> ligne doivent comprendre de nouveaux ARV avec activité VIH prouvée : IP de 2<sup>ème</sup> génération (DRV/r), INI (RAL ou DTG).

Le choix thérapeutique tiendra compte du niveau de la charge virale et des molécules sensibles. Ces cas devront être pris en charge dans des CTA de référence avec expertise avérée.

**Tableau 56** : Résumé des différents Protocoles ARV pour les patients naïfs

Population	1 <sup>ère</sup> ligne	2 <sup>ème</sup> ligne	3 <sup>ème</sup> ligne
Adultes et adolescents (y compris FEC et FAP)	2 NRTIs + DTG	2 NRTIs + (ATV/r or LPV/r)	DRV/r + DTG ± 1-2 NRTIs (Autant que possible, considérer le génotypage pour l'optimisation du TARV)
	2 NRTIs + EFV		

\*Les cas spéciaux de patients co-infectés sont traités dans le chapitre des infections opportunistes

### 1.6. Changement de protocole de traitement

Le changement de régime thérapeutique est indiqué (i) en cas d'effets indésirables graves ou de toxicité majeure au TARV ou (ii) en cas d'échec thérapeutique.

#### 1.6.1. En cas d'échec thérapeutique

L'échec thérapeutique peut-être clinique, immunologique et/ou virologique. La mesure de la charge virale, si celle-ci est disponible, **permet de confirmer l'échec thérapeutique (persistance d'une charge virale > 1000 copies/ml après 6 mois de TARV bien conduit)**. En l'absence de la charge virale, nous pouvons utiliser les critères immunologiques par la mesure des CD4 pour confirmer l'échec thérapeutique.

Une élévation de la charge virale sous TARV impose (avant d'envisager le changement de molécules pour échec thérapeutique) d'éliminer d'abord les causes d'ascension transitoire de la CV : mauvaise observance (arrêt thérapeutique temporaire), infection intercurrente, vaccination, grossesse.

**La mesure de la CV est la méthode de suivi privilégié pour déterminer et confirmer un échec thérapeutique.**

### 1.6.1.1. Définition de l'échec thérapeutique

**Tableau 57 :** Définitions clinique, immunologique et virologique de l'échec thérapeutique.

Types	Caractéristiques
Échec clinique	<p><b>Enfants :</b> Événement clinique nouveau ou récurrent indiquant une immunodéficience sévère ou avancée après 6 mois de traitement efficace.</p> <p><b>Adultes et adolescents :</b> Événement clinique nouveau ou récurrent indiquant une immunodéficience sévère après 6 mois de traitement efficace.</p>
Échec immunologique	<p><b>Adultes et adolescents :</b> Numération des CD4 égale ou inférieure à 250 cellules/mm<sup>3</sup> suivant un échec clinique ou persistance d'une numération de CD4 inférieure à 100 cellules/mm<sup>3</sup>.</p> <p><b>Enfants Âgés de moins de 5 ans :</b> Persistance d'une numération de CD4 inférieure à 200 cellules/mm<sup>3</sup>.</p> <p><b>Âgés de plus de 5 ans :</b> Persistance d'une numération de CD4 inférieure à 100 cellules/mm<sup>3</sup></p>
Échec virologique	Charge virale > 1000 copies/ml déterminée par 2 mesures consécutives à 6 mois d'intervalle, avec un soutien à l'observance à l'issue du premier test virologique, 6 mois au moins après le démarrage d'un traitement (bien conduit et bien observé).

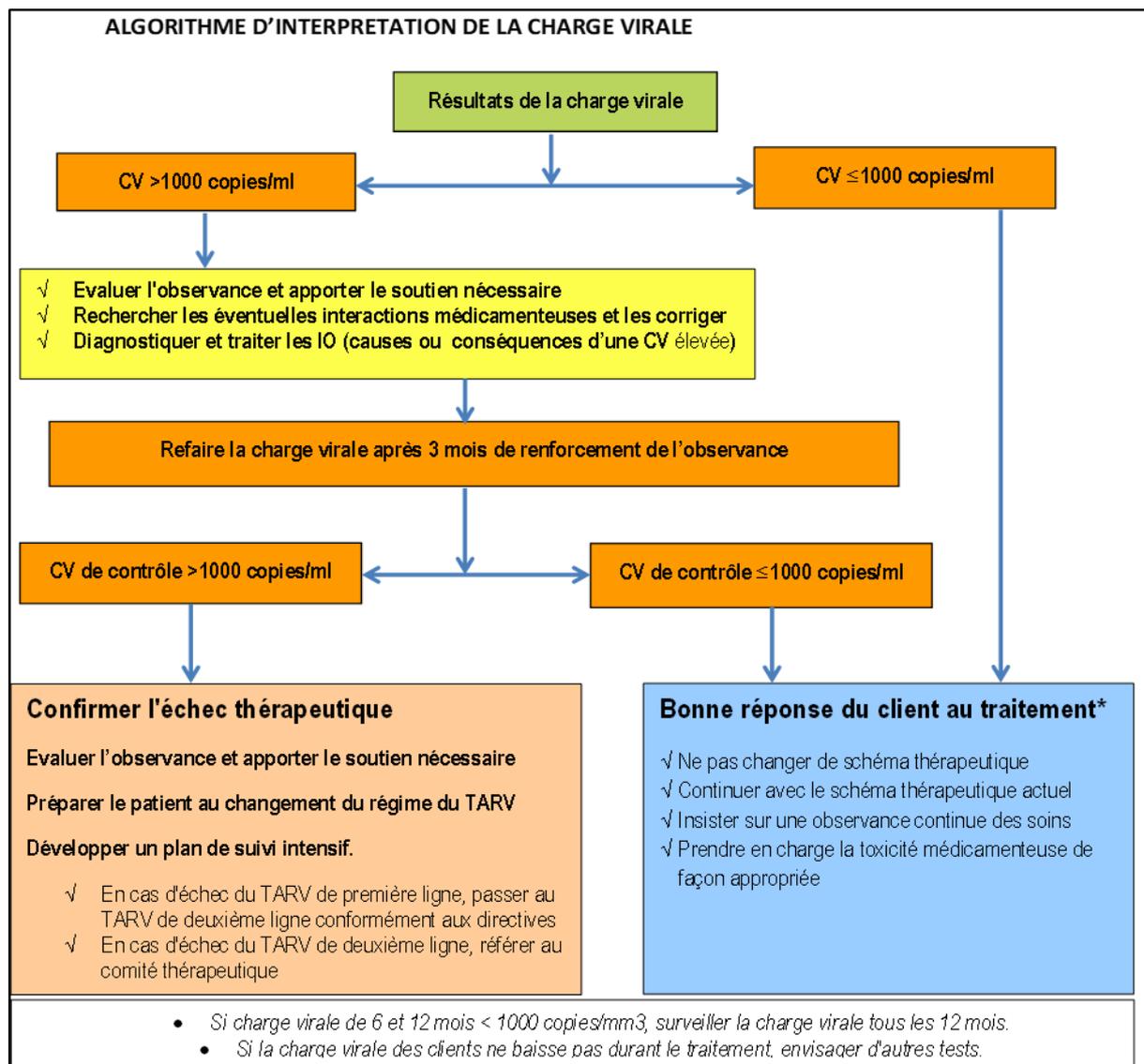
### 1.6.1.2. L'échec virologique

Une mesure systématique de la charge virale doit être effectuée à 6 et 12 mois après le démarrage du TAR, puis tous les 12 mois si le patient est stable.

La mesure de la CV offre aux patients l'occasion de comprendre, de contrôler et de se motiver pour observer leur traitement. Les conseils en matière d'observance doivent expliquer les implications d'une **CV supprimée (voire indétectable) ou pas**. Les valeurs de la charge virale peuvent être regroupées en trois grandes classes à savoir :

- **Charge virale indétectable :** CV <50 copies d'ARN/ml, traduisant un contrôle de la réplication virale ; but ultime du traitement antirétroviral et condition idéale pour une prévention de la résistance au long terme ;

- **Suppression virale ou Charge virale supprimée** : CV  $\leq 1000$  copies d'ARN/ml, traduisant soit une charge virale indétectable (CV  $< 50$  copies/ml) ou une faible réplication virale en cours (CV comprise entre 50 et 999 copies d'ARN/ml). Cette faible réplication virale indique soit (i) un blip (élévation transitoire de la charge virale), (ii) une mauvaise observance thérapeutique, ou (iii) un début d'échec thérapeutique ;
- **Echec virologique** : CV  $> 1000$  copies/ml, traduisant soit une inobservance/interruption thérapeutique (surtout pour les virémies  $\geq 6$  Log copies d'ARN/ml) ou soit un échec avéré au traitement en cours (après confirmation de cette charge virale sur un prélèvement consécutif après 3 mois d'intervalle de temps).



**Figure 25** : Algorithme d'interprétation de la charge virale plasmatique

### 1.6.1.3. Gestion de l'échec du traitement ARV de 1<sup>ère</sup> intention

La décision de changer un protocole thérapeutique par suite d'un échec au traitement de 1<sup>ère</sup> ligne sera guidée par la disponibilité des options thérapeutiques suffisamment

puissantes pour rendre la charge virale supprimée (indétectable) et auxquelles le patient peut aisément adhérer et bien tolérer.

Les mesures générales à prendre avant de switcher un patient de la 1<sup>ère</sup> à la 2<sup>e</sup> ligne, sont les suivantes :

- Vérifier l'efficacité attendue de la combinaison thérapeutique.
- Évaluer l'observance, la tolérance, les interactions médicamenteuses, les interactions entre médicaments et alimentation, les problèmes psychosociaux.
- Revoir l'historique antirétroviral du patient.
- Identifier les options thérapeutiques, les molécules/ combinaisons pleinement ou potentiellement actives et disponibles.

#### 1.6.1.4. Gestion des échecs de traitement de deuxième ligne :

##### Le suivi du traitement de 2<sup>e</sup> ligne

Initialement donner le rendez-vous de suivi à 2 semaines puis à 1 mois et ensuite chaque mois jusque 6 mois. Faire la charge virale à 6 mois et interpréter le résultat comme indiqué par l'algorithme ci-dessus. Si CV ≤ à 1000 copies/ml, continuer le même régime de TARV et poursuivre le soutien à l'observance du traitement.

##### L'échec de 2e ligne

Les patients en échec du traitement de 2<sup>e</sup>me intention ont des options limitées. Un échec du traitement de 2e intention doit être confirmé en suivant les directives nationales par une nouvelle charge virale après renforcement de l'observance (algorithme de CV). Ces patients ont besoin d'une évaluation de l'observance et d'un suivi avec renforcement de l'éducation thérapeutique, évaluation de la santé mentale, etc...



Figure 16 : Evaluation de la CV

**Avant d'envisager de changer un traitement, TOUJOURS s'assurer que le patient est observant.**

- Si CV ≤ 1000 copies, maintenir le même régime de traitement ARV
- Si CV > 1000 copies, demander le test de résistance du VIH aux ARV et à la réception des résultats de ce test, faire un résumé du dossier du malade et le présenter au comité régional des résistances aux ARV du CTA de référence pour étude du cas et prescription du régime de traitement de 3<sup>ème</sup> ligne.

## 1.7. Test de résistance

La résistance du VIH aux antirétroviraux se définit comme la capacité du virus à se répliquer en présence d'un ou des médicaments antirétroviraux. La résistance est donc due à une baisse ou perte de la capacité du médicament antirétroviral à bloquer la réplication du virus. Le test de résistance par l'approche génotypique est celle approuvée pour l'utilisation en clinique.

Il existe trois types de résistance du VIH aux antirétroviraux : (i) Résistance naturelle (ex : VIH-2 et des VIH-1 groupe N et O, résistants aux INNTI (EFV, NVP), (ii) Résistance primaire ou transmise ou prétraitement consécutive à une transmission de souches déjà résistantes ; (iii) Résistance secondaire ou acquise généralement due à une mauvaise observance, une interruption du traitement, des concentrations plasmatiques d'ARV insuffisantes, et l'utilisation de mauvaises combinaisons d'ARV.

### 1.7.1. Indication du test de résistance

- Échec virologique confirmée de 2<sup>nd</sup> ligne de traitement ARV chez les patients adultes ;
- Échec virologique confirmée sous IP/r chez les enfants infectés à la suite d'une exposition à la PTME;
- Suspicion d'une contamination avec un virus résistant (CV élevée à 2 reprises malgré un TARV avec DTG chez un PVVIH observant, ETP)
- Séroconversion dans le cadre de la PrEP avant initiation d'un TARV.

### 1.7.2. But du test de résistance génotypique :

Le test de résistance génotypique du VIH aux antirétroviraux permet de détecter la **présence de mutations** sur le génome viral qui réduisent la sensibilité du virus par rapport à celle observée chez un virus sauvage. Le test de résistance a pour but de guider le choix des molécules antirétrovirales pour une combinaison thérapeutiques optimales, de limiter tout changement inapproprié du traitement si virus sensible, et de préserver les protocoles de deuxième et de troisième lignes. Pour une meilleure utilisation en clinique, le test doit être interprété et les cliniciens outillés pour les changements thérapeutiques.

### 1.7.3. Conditions d'éligibilité au test de résistance :

Le test de résistance du VIH aux ARV est un examen qui peut être demandé aux personnes vivant avec le VIH. Cependant, les cibles prioritaires pour le test de résistance sont :

- **Les adultes en échec thérapeutique sous deuxième ligne** : il s'agit des adultes ayant une confirmation de CV > 1000 copies d'ARN/ml après la prise des protocoles de première et de seconde lignes ;
- **Les adolescents infectés verticalement et en échec thérapeutique** : il s'agit des adolescents ayant généralement subi plusieurs changements thérapeutiques de l'enfance jusqu'à l'adolescence, ce qui limite les choix thérapeutiques en cas d'échec.
- **Les enfants infectés dans le cadre de la PTME et en échec sous IP/r** : il s'agit des enfants hébergeant des virus potentiellement résistance depuis la naissance, et dont l'échec sous IP/r limite les choix thérapeutiques, ce qui nécessite un test de résistance pour le choix des molécules efficaces.

NB : Toute autre personne ne faisant pas partie des cibles prioritaires (patient naïf, en échec de première ligne, femme enceinte, etc) peut bénéficier d'un test de résistance. Toutefois, cette décision devra être motivée par le bénéfice clinique.

Conditions essentielles d'éligibilité au test de résistance :

- **Critère virologique** : une charge virale > 1000 copies d'ARN/ml
- **Intérêt des CD4** : Les CD4 sont nécessaires pour l'interprétation du test de résistance, permettant ainsi de proposer les combinaisons thérapeutiques tenant compte du profil immunitaire des patients ;
- **Délai de rendu des résultats** : La durée est fixée à un mois entre la réception des échantillons au laboratoire et le rendu des résultats.

#### **Interprétation du test de résistance :**

L'interprétation se fait par analyse du profil des mutations et du sous-type viral, en considération des conditions cliniques, de l'historique thérapeutique et des paramètres immunologiques et virologiques du patient.

#### **I.8. Gestion des Interruptions de Traitement ARV**

L'interruption de traitement se définit comme l'arrêt d'une ou plusieurs prises de traitement ARV dans une période donnée

- **CAT après Arrêt ≤ un mois** : renforcer l'observance, poursuivre le même protocole ;
- **CAT après Arrêt > 1 mois** : renforcer l'observance, refaire le bilan immunologique et poursuivre le même protocole. Le suivi du traitement se fera de la même manière qu'à l'initiation.

*Lorsque l'arrêt du traitement s'impose, il faut interrompre toute la combinaison afin d'éviter le développement des résistances vis-à-vis des molécules maintenues.* Dans tous les cas, un soutien et l'aide à l'observance seront menés par un conseiller (ère) formé(e) à cet effet.

**Tableau 58** : Effets secondaires majeurs des ARV

ARV	Toxicité majeure	CAT
<b>INTIs</b>		
ABC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Réaction d'hypersensibilité</li> </ul>	Ne pas utiliser en présence de ce gène (HLA B5701)
AZT	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anémie, neutropénie</li> <li>Acidose lactique ou hépatomégalie sévère avec stéatose ;</li> <li>Lipoatrophie ou lipodystrophie ; Myopathie</li> </ul>	Substituer par TDF ou ABC
TDF	<ul style="list-style-type: none"> <li>Maladie rénale chronique ou aigu (syndrome de Fanconi)</li> <li>Diminution de la densité minérale osseuse</li> <li>Acidose lactique ou sévère hépatomégalie stéatose hépatique</li> </ul>	Remplacer par AZT ou ABC. Ne pas initier TDF si Cl créatinine <50ml/min, hypertension non contrôlée, diabète non traitée ou maladie rénale.
<b>INNTIs</b>		
EFV	<ul style="list-style-type: none"> <li>Persistance des troubles du SNC (vertiges, insomnies et cauchemars) ou troubles mentaux (anxiété, dépression et confusion mentale), Convulsion</li> <li>Hépatotoxicité, gynécomastie</li> <li>Réactions cutanées ou d'hypersensibilité sévère</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utiliser EFV<sub>400</sub> ou DTG</li> <li>Pour une hépatotoxicité sévère, changer de classe IP/r ou antiintégrase (DTG)</li> </ul>
NVP	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hépatotoxicité</li> <li>Rash cutané, réaction d'hypersensibilité (Stevens Johnson)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En cas d'hépatotoxicité modérée, remplacer par EFV y compris enfant de 3 ans et plus</li> <li>En cas d'hépatotoxicité sévère, substituer par une classe ARV différente telle qu'IP/r ou antiintégrase</li> </ul>
ATV	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anomalies à ECG (allongement PR et QRS)</li> <li>Hyperbilirubinémie indirecte</li> <li>Lithiase rénale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faire attention en cas d'utilisation de médicament qui peuvent allonger le QT</li> <li>Substituer avec LPV/r ou DRV/r.</li> <li>En cas de contre-indication aux IP/r et échec aux INNTI, passer aux antiintégrase.</li> </ul>
LPV/r	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anomalies à ECG (allongement PR et QRS, torsade de pointe)</li> <li>Hépatotoxicité, Pancréatite ; Diarrhée</li> <li>Dyslipidémie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faire attention en cas d'utilisation de médicament qui peuvent allonger le QT</li> <li>Si LPV/r est utilisé en 1<sup>ère</sup> ligne chez les enfants utilisé DTG. Si LPV/r est utilisé en 2<sup>nd</sup> ligne chez les adultes (échec aux INNTI), ou ATV/r (enfant de plus de 6 ans).</li> </ul>
DRV/r	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hépatotoxicité</li> <li>Réactions cutanées ou d'hypersensibilités sévères</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Remplacer par ATV/r ou LPV/r. En cas d'utilisation en 3<sup>e</sup> ligne, les options sont limitées.</li> <li>En cas d'hypersensibilité substituer par une classe différente telle qu'une anti-intégrase.</li> </ul>
DTG	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hépatotoxicité ; réaction d'hypersensibilité</li> <li>Insomnie</li> <li>Dépression</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Substituer avec EFV ou IP/r</li> <li>Prendre le comprimé le matin ou substituer par IP/r ou RAL</li> </ul>
RAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rhabdomyolyse, myopathie, myalgie</li> <li>Hépatite</li> <li>Rash cutanée sévère ou réaction d'hypersensibilité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Arrêter les ARV jusqu'à l'arrêt des symptômes puis remplacer par IP/r.</li> </ul>

# Chapitre 7 : Observance, Rétention et Soutien psycho-social

---

Les stratégies d'amélioration de l'observance doivent être mises en œuvre dès le diagnostic du VIH (dans le cadre du conseil post-test et du lien au TARV), avant le début du traitement en anticipant les obstacles communs et individuels à une bonne observance. Le soutien à l'observance doit être poursuivi tout au long du TARV.

La définition standard de l'observance thérapeutique est de prendre 95 à 105% des médicaments de la bonne façon au bon moment (les 4 B : Bon médicament, Bonne dose, Bon moment et Bonne manière). Cependant, cette définition a été élargie pour inclure davantage de facteurs liés aux soins continus, tels qu'assister aux rendez-vous prévus à la FOSA ; retrait des médicaments à temps et passer les examens de laboratoire de suivi.

L'observance du TARV est absolument essentielle pour obtenir une suppression durable de la réplication du VIH. Elle est favorisée par un soutien et des conseils appropriés et continus, par la prescription de schémas thérapeutiques simplifiés et bien tolérés, comprenant le moins de comprimés possible, administrés au maximum deux fois par jour. Cependant, une bonne observance du traitement implique une connaissance approfondie du traitement par le patient / tuteur.

**Les FOSA devraient constituer des équipes multidisciplinaires composées de cliniciens, de personnel psychosocial (conseiller, APS, assistante sociale et psychologue), de personnel de pharmacie et de laboratoire afin d'aider les patients à obtenir une excellente observance.**

Les conseils sur l'observance doivent être :

- Continus et répétitifs à chaque visite
- Personnalisés : Adaptés aux besoins et à la situation de chaque patient
- Universels : Renforcés par tous les prestataires de soins de santé

## I. Observance

### I.1. Obstacles à l'observance

Les obstacles à l'observance doivent être discutés avec le patient / tuteur avant le début du traitement antirétroviral. L'observance ne dépend pas uniquement de la capacité du patient ou du tuteur à penser à prendre des médicaments. De nombreux facteurs liés aux systèmes de prestation de soins de santé, aux médicaments et à la personne prenant des médicaments antirétroviraux peuvent affecter l'observance du traitement antirétroviral.

**Tableau 59:** Obstacles à l'observance

Types de facteurs	Différents obstacles
Individuels	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oubli des doses</li> <li>• Changements dans les routines quotidiennes</li> <li>• Santé mentale (dépression)</li> <li>• Manque d'intérêt ou le désir de prendre les médicaments</li> <li>• Consommation de substances ou d'alcool</li> <li>• Voyage</li> <li>• Violence domestique</li> <li>• Absence de divulgation dans la famille et à l'enfant</li> <li>• Croyances culturelles, traditionnelles ou spirituelles</li> <li>• Manque de financement / transport pour retourner à la clinique</li> <li>• Vivre seul ; manque de soutien social de la part de la famille et / ou d'amis</li> <li>• Analphabétisme</li> <li>• Mauvaise compréhension du schéma thérapeutique ou de l'efficacité du TARV</li> </ul>
Liés aux médicaments	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Effets indésirables</li> <li>• Complexité des schémas posologiques et restrictions alimentaires</li> <li>• Goût</li> <li>• Quantité de comprimés</li> <li>• Fréquence de dosage</li> <li>• Refus de l'enfant</li> </ul>
Liés au système de santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Charge de travail du prestataire de soins</li> <li>• Manque de transport : distance du centre de santé ; accès insuffisant aux recharges</li> <li>• Incapacité à payer les coûts directs ou indirects des soins</li> <li>• Horaire de travail ou d'école</li> </ul>

Des groupes de population spécifiques font face à des défis supplémentaires en matière d'observance, et ces problèmes doivent être pris en compte lors de la mise en œuvre des interventions recommandées.

**Tableau 60:** Obstacles à l'observance fonction de la population

Population	Obstacles
Femmes enceintes et post-partum	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La grossesse et la période post-partum posent d'importants problèmes biologiques, sociaux et économiques susceptibles d'affecter l'observance du TARV.</li> <li>• Nausées et les vomissements</li> <li>• Mauvaise utilisation des antirétroviraux,</li> <li>• Manque de divulgation aux partenaires</li> <li>• Crainte de la stigmatisation et de la discrimination</li> </ul>
Les adolescents	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problèmes psychosociaux tels que la pression des pairs, la nécessité perçue de se conformer et une routine quotidienne incohérente.</li> <li>• Pour les adolescents en transition de soins pédiatriques aux soins spécifiques aux adolescents, les défis supplémentaires peuvent être d'assumer une responsabilité accrue pour leurs propres soins, des problèmes liés à la divulgation à leurs pairs ou à leurs partenaires, des</li> </ul>

	difficultés à naviguer dans le système de soins de santé, le manque de liens entre les services pédiatriques et pour adultes, et travailleurs de la santé insuffisamment qualifiés.
<b>Nourrissons et jeunes enfants</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traiter avec succès un enfant nécessite l'engagement et la participation d'un parent/tuteur responsable.</li> <li>• Les parents et les autres membres de la famille d'enfants vivant avec le VIH peuvent eux-mêmes vivre avec le VIH, des soins et un traitement non optimal du VIH pour les membres de la famille pourraient entraîner des soins non optimaux pour l'enfant.</li> <li>• Manque de soutien nutritionnel,</li> <li>• Choix limité de préparations pédiatriques,</li> <li>• Charge volumineuse de comprimés ou la taille de la pilule,</li> <li>• Besoins de dosage fréquents et la difficulté à avaler les comprimés</li> </ul>
<b>Personnes atteintes de troubles mentaux et toxicomanes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faible respect du TARV</li> <li>• Oublis, une organisation médiocre et une compréhension insuffisante des plans de traitement</li> <li>• Consommation d'alcool</li> </ul>

## I.2. Stratégies pour éliminer les obstacles à l'observance

Une fois les obstacles potentiels identifiés, il faut essayer d'aider les patients / tuteurs à les surmonter.

Les interventions et stratégies comprennent :

- Orienter vers des agents de santé communautaires ; groupes de soutien ; Groupes de parole
- Identifier des membres de la famille / de la communauté pour un soutien
- Lier avec les services de soutien social - transport, nourriture
- Utiliser de piluliers ou calendriers de rappel
- Répéter les séances d'observance pour assurer une compréhension appropriée des problèmes clés
- Utiliser le matériel pédagogique illustré pour aider à la compréhension
- RDV fréquents à la FOSA pour surveiller de près l'observance du traitement.
- Intégrer la prise d'ARV dans le style de vie du patient.
- Garder les médicaments dans des endroits où ils sont facilement visibles
- Planifier à l'avance si un voyage d'une nuit ou plus est prévu
- Encourager les patients à se rendre dans des établissements géographiquement proches d'eux
- Divulguer le statut VIH à des membres de la famille / de la communauté qui apportent leur soutien des services conviviaux pour les adolescents
- Offrir des services après les heures de travail normales
- Utiliser des technologies mobiles (par exemple, envoi de SMS par téléphone mobile) pour rappeler aux clients leurs RDV

- Des conseils individuels et en groupe devraient être proposés aux personnes responsables des enfants. Le cas échéant, les enfants devraient être inclus dans les séances de conseil. Les adolescents devraient être inclus dans les séances de conseil une fois qu'ils ont été complètement divulgués.

**Le niveau de compréhension du patient/tuteur déterminera le nombre de séances d'observance à effectuer avant le début du traitement antirétroviral.**

### **I.3. Préparation à l'observance**

Assurer l'observance du protocole prescrit commence par informer et conseiller les patients/tuteurs sur les soins et le traitement du VIH. Immédiatement après le diagnostic du VIH, toutes les personnes vivant avec le VIH doivent être prêtes à commencer le TARV.

Une à trois séances de conseil sur l'observance thérapeutique doivent être organisées en groupe et/ou individuellement pour aider les patients/tuteurs à comprendre les connaissances de base sur le VIH ainsi que l'importance d'une excellente observance du traitement antirétroviral et du traitement.

Les sujets à traiter lors des séances de conseil sur la préparation / l'adhésion au traitement antirétroviral comprennent :

- **Connaissances de base sur le VIH**
- **TARV**
- **Autres questions pertinentes et pratiques**
  - Importance d'une nutrition adéquate, des vaccinations
  - Offrir de médicaments pour la PEC des IO courantes, en particulier la tuberculose
  - Encourager la divulgation à la famille, aux partenaires

### **I.4. Surveillance de l'observance, conseils et soutien au cours des six premiers mois du traitement antirétroviral**

**L'observance est un processus qui dure toute la vie.** Une évaluation et une éducation continues doivent être effectuées à chaque occasion pour assurer le succès du traitement antirétroviral. À chaque visite, l'adhérence doit être évaluée en utilisant les paramètres suivants

- Nombre de comprimés d'ARV ou retour de la suspension :
  - Pour pouvoir compter les comprimés, la pharmacie doit documenter la date à laquelle les antirétroviraux ont été délivrés et le nombre de comprimés délivrés.

#### ***I.4.1. Surveillance de l'observance***

Chaque visite dans une FOSA offre l'occasion d'évaluer et de soutenir l'adhésion au traitement. Une fois le TARV instauré, l'observance doit être évaluée par un prestataire de soins

formé à chaque visite. Les objectifs de cette évaluation sont de : (i) renforcer l'observance du TARV, (ii) éliminer tous les obstacles à une bonne observance et (iii) mettre au point un plan avec le patient / tuteur pour s'attaquer aux obstacles identifiés. Les patients / tuteurs doivent être informés de l'importance d'être honnête quant à leur observance afin que l'équipe de soins puisse mieux les servir.

Pour évaluer avec précision l'observance, les cliniciens doivent développer une relation collaborative et non critique avec les patients. Ceci est mieux réalisé lorsqu'un prestataire suit un patient individuel longitudinalement (cohorte).

Chaque prestataire de services doit recevoir une formation et acquérir une confiance suffisante pour évaluer l'observance au traitement et offrir un soutien et des conseils en matière d'observance à la majorité des patients.

**Tableau 61:** Différentes méthodes pour évaluer l'observance

	Technique	Fréquence
<b>Le comptage des comprimés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le comptage des pilules restantes dans des boites peut aider à évaluer l'observance.</li> <li>Demander au patient d'apporter tous ses comprimés avec lui lors des visites de suivi.</li> <li>Calculer combien de pilules doivent rester en fonction de la date de prescription précédente et de la quantité prescrite, et comparez-les au nombre de pilules restantes.</li> <li>Les pilules en excès sont supposées être des doses oubliées.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A chaque visite jusqu'à confirmation de la suppression virale</li> <li>Chaque fois qu'un agent de santé soupçonne un problème d'observance</li> </ul>
<b>Registres de pharmacie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comparer la date de prise du médicament avec la date de prise prévue (en fonction du nombre de pilules distribuées lors de la dernière visite).</li> <li>Si renouvellements à des intervalles irréguliers, cela peut indiquer une non-adhésion au TARV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>À chaque prise de médicament</li> <li>Chaque fois qu'un agent de santé soupçonne un problème d'observance</li> </ul>
<b>Surveillance de la charge virale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La surveillance de la charge virale est considérée comme la référence en matière de surveillance de l'observance thérapeutique et de confirmation de la réponse au traitement.</li> <li>CV indétectable est la meilleure confirmation disponible d'une adhésion adéquate</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Voir algorithme</li> </ul>
<b>Visite à domicile</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Observez où et comment un patient stocke et prend ses médicaments et évaluez s'ils ont des médicaments en trop à cause des doses oubliées.</li> <li>Les VAD peuvent également fournir une meilleure compréhension de la situation de vie du patient et des obstacles spécifiques à l'observance. <ul style="list-style-type: none"> <li>Les VAD non programmées ne doivent être effectuées que si le patient a préalablement consenti à des visites à domicile (de préférence au moment de l'inscription ou de l'initiation).</li> </ul> </li> </ul>	

**Tableau 62 :** Observance fonction du comptage des comprimés

Doses manquées par mois		% de traitement pris	Observance	Action requise
Prise une fois/jour	Prise 2 fois par jour			
1 dose	1-3 doses	≥ 95%	Bonne	Continuer avec soutien et counseling de routine
2-4 doses	4-8 doses	85-94%	Passable	Evaluer les obstacles à l'observance et renforcer le counseling Suivi 2-4 semaines
≥5 doses	≥ 9 doses	< 85%	Mauvaise	Evaluer les barrières à l'observance et renforcer le counseling Suivi 1-2 semaine

#### ***1.4.2. Conseil et soutien en matière d'observance au cours des six premiers mois du TARV***

Tous les nouveaux patients sous TARV ont besoin d'une surveillance attentive de l'observance thérapeutique et d'un soutien pour s'assurer qu'ils parviennent à une suppression virale. Ceci est particulièrement important dans le contexte d'une initiation rapide du TARV.

#### **Aucune préoccupation relative à l'observance**

**Counseling** : groupe ou individuel, à chaque visite (peut être effectué par n'importe quel membre de l'équipe soignante, y compris le clinicien) :

- Passez en revue les connaissances du patient / tuteur sur le VIH et corrigez les lacunes éventuelles.
- Revoyez la compréhension qu'ont les patients / tuteurs de l'administration du traitement antirétroviral (dosage, calendrier, fréquence) et corrigez les éventuelles lacunes.
- Explorer tout changement majeur ou récent dans la vie quotidienne du patient / tuteur qui pourrait perturber l'observance
- Mettre à jour la localisation du patient et les informations de contact

#### **Soutien**

Encourager le patient / tuteur à poursuivre les systèmes de soutien discutés et mis en œuvre avant le TAR.

#### **Observance inadéquate ou médiocre**

**Counseling** : individuel, à chaque visite jusqu'à ce que l'observance soit bonne (de préférence par une personne formée au conseil en observance)

- Évaluer et éliminer les obstacles potentiels à l'observance
- Examiner les connaissances du patient / tuteur sur le VIH et remédier aux lacunes
- Examiner la compréhension du patient / tuteur de l'administration du TAR (dosage, calendrier, fréquence)

- Suscitez toute inquiétude du patient / tuteur concernant les antirétroviraux, les autres médicaments, l'horaire des RDV
- Explorer tout changement majeur ou récent dans la vie quotidienne du patient / tuteur qui pourrait perturber l'observance
- Mettre à jour la localisation du patient et les informations de contact

### **Soutien**

- Examiner l'efficacité des systèmes de soutien déjà en place.
- Encourager l'introduction de systèmes de soutien standard et améliorés supplémentaires, notamment en fournissant des informations complémentaires au besoin, en désignant un responsable de cas et en envisageant les DOT.

### **1.5. Surveillance de l'observance, conseils et soutien des patients présentant une charge virale supprimée**

La surveillance de l'observance thérapeutique, le conseil et le soutien doivent continuer malgré la suppression virale, car des obstacles peuvent survenir et entraver l'observance. Cependant, la fréquence des RDV est moindre que dans le cas d'une CV non supprimée.

### **1.6. Surveillance de l'observance, conseil et soutien des patients présentant une charge virale non supprimée**

L'échec du traitement est confirmé conformément à l'algorithme de surveillance de la charge virale. Une mauvaise observance est souvent le facteur le plus important dans le développement d'un échec thérapeutique, bien qu'il puisse y avoir d'autres causes. L'observance doit être soigneusement évaluée et tous les problèmes doivent être résolus avant de changer de protocole. Ne changez pas de schéma thérapeutique tant que le motif de l'échec du traitement n'a pas été identifié et résolu, et qu'une CV répétée est > 1 000 copies / ml après 3-6 mois de bonne observance.

## **II. Renforcement de l'observance**

Dès que l'on soupçonne un échec du traitement, l'équipe de soins de la FOSA doit discuter avec le patient / tuteur en vue d'élaborer un plan pour évaluer les obstacles à l'observance et les autres causes potentielles de l'échec du traitement (p. ex. ajustement posologique inadéquat, interactions médicamenteuses, interactions médicament-aliment, absorption réduite, par exemple diarrhée sévère chronique).

L'objectif du conseil sur l'amélioration de l'observance est d'évaluer les obstacles éventuels à l'observance de manière non critique et d'aider le patient à élaborer un plan comportant des objectifs concrets. Il est important de ne pas se focaliser uniquement sur la connaissance du VIH et du traitement antirétroviral, mais également de passer en revue les facteurs psychologiques, émotionnels et socio-économiques pouvant contribuer à une mauvaise observance.

Au minimum, trois séances sont recommandées mais des séances supplémentaires peuvent être ajoutées en fonction des besoins. Si l'observance est jugée adéquate, une charge virale répétée est effectuée après trois à six mois de bonne observance et une autre séance de counseling sur l'observance pour discuter des résultats de la charge virale sera organisée.

### **Renforcement de l'observance**

Les patients en échec thérapeutique (clinique, immunologique ou virologique) doivent suivre des séances de conseil avec renforcement de l'observance afin de déterminer la principale cause de l'échec du traitement.

**Les séances de renforcement devraient commencer dès que l'échec du traitement est identifié et un minimum de 3 séances sont recommandées sur une période de 8 à 12 semaines.** Les patients en échec thérapeutique doivent faire l'objet d'un suivi rapproché lors de leur RDV dans la FOSA. Durant les séances :

- Renseignez-vous sur la situation à la maison (qui administre le médicament, fait-il directement le traitement observé)?
- Expliquez de l'échec et de la résistance du traitement et examen de la relation entre la charge virale, le CD4 et l'état clinique
- Instituer une thérapie sous surveillance directe par une personne désignée, telle que le prestataire de soins, l'agent de santé communautaire ou tuteur
- Recherchez une dépression, une prise d'alcool ou de drogues
- Discuter des stratégies à mettre en place (plan d'observance)

**Il est préférable de faire en sorte que le patient participe à toutes les séances de conseil sur l'observance avec le même conseiller afin d'assurer la continuité et que la séance soit documentée pour assurer le suivi de tous les problèmes identifiés.**

Si la charge virale est disponible, une charge virale répétée doit être prise une fois que tous les problèmes d'observance ont été résolus et une bonne observance a été documentée au moins au cours de deux visites.

**Une charge virale ne doit pas être répétée dans le cas d'une mauvaise observance persistante.**

**Tableau 63 :** Composantes des séances de conseil sur le Renforcement de l'observance

<b>Session 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Passez en revue la compréhension de la CV et discutez des raisons pour lesquelles la CV est élevée.</li> <li>• Passez en revue les obstacles comportementaux, émotionnels et socioéconomiques à l'observance du traitement. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Compétences en matière de traitement</li> <li>○ Médicaments : posologie, calendrier, stockage.</li> <li>○ Effets secondaires</li> <li>○ Motivation</li> <li>○ Dépistage de la santé mentale (dépister la dépression)</li> <li>○ Discuter des systèmes de soutien du patient</li> </ul> </li> <li>• Aider le patient à élaborer un plan d'observance pour résoudre les problèmes identifiés</li> </ul>
<b>Session 2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examiner le plan de respect de la première session et discuter de tout problème éventuel.</li> <li>• Identifier d'autres lacunes et problèmes éventuels.</li> <li>• Orientations et mise en réseau.</li> <li>• Aider le patient à modifier le plan de respect pour résoudre les problèmes identifiés.</li> </ul>
<b>Session 3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examiner le plan d'observance des précédentes sessions et discuter de tout problème éventuel.</li> <li>• Identifier d'autres problèmes éventuels.</li> <li>• Aider le patient à modifier le plan d'observance pour traiter les problèmes identifiés.</li> <li>• Décision de répéter la CV en fonction de l'observance actuelle : planifiez de répéter le test de CV après trois mois de bonne observance <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si les difficultés en matière d'observance persistent : planifiez davantage des séances de conseil en matière de renforcement de l'observance</li> </ul> </li> </ul>
<b>Séance pour discuter des résultats de répétition de la charge virale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discutez des résultats de la seconde CV</li> <li>• Planifiez la CAT : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si la CV est maintenant supprimée : poursuivez le traitement en cours avec une adhérence accrue, répétez la CV après 6 mois.</li> <li>○ La CV est <math>\leq 1\ 000</math> continuer à surveiller</li> </ul> </li> </ul>

### Le soutien à l'observance du traitement chez adolescent :

Le soutien à l'observance du traitement chez les adolescents sous TARV est aussi une activité continue.

- Evaluer l'observance et apporter le soutien nécessaire à chaque visite de suivi ;
- Assurer la disponibilité continue des ARV appropriés dans le site ;

- Organiser les horaires de services pour offrir la possibilité de s'approvisionner en ARV en dehors des heures normales de services notamment pour les adolescents qui auraient des contraintes notamment scolaires ;
- Discuter de l'observance du traitement au cours de chaque session du groupe de soutien ;
- Former et impliquer les adolescents Champions ou pairs-éducateurs dans les activités d'évaluation et de renforcement de l'observance du TARV ;
- Toujours innover pour motiver les adolescents à bien prendre leur traitement.

### III. Identifier, Rechercher et Soutenir les patients absents, PDV

Chaque service de PEC qui dispense les ARVs aux patients doit avoir un système d'identification des patients qui ont manqués un RDV.

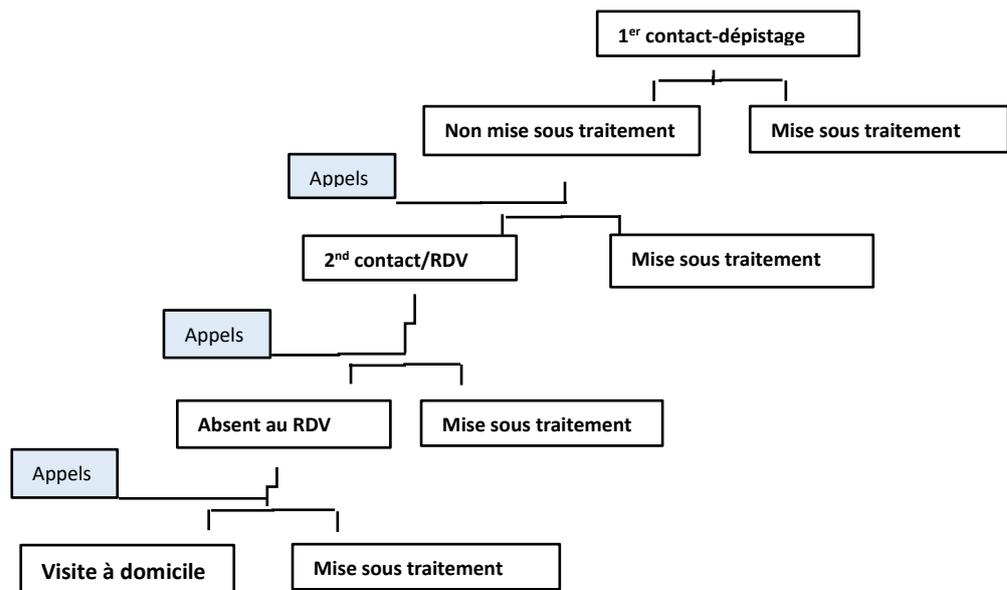
Une interruption du TARV peut entraîner un rebond de la charge virale et une progression clinique du VIH.

- Tout patient qui manque son RDV et interrompt le traitement est défini comme un « défaillant ».
- Tout patient qui interrompt le traitement pendant 90 jours consécutifs ou plus est défini comme « perdu de vue ».

Des efforts doivent être faits pour corriger les circonstances qui ont conduit à l'interruption du traitement.

L'équipe soignante doit autant que possible essayer de rétablir le traitement dans un court délai. Les patients qui reviennent après avoir été perdus de vue doivent être évalués avec recherche de toute IO.

En règle générale, les FOSA devraient imprimer chaque semaine la liste des patients qui ont manqué leur rendez-vous et contacter les personnes concernées. Les FOSA devraient collaborer avec les OBC opérant dans leur zone afin de faciliter la recherche des patients perdus de vue ainsi que les défaillants.



**Figure 17** : Le suivi des personnes dépistées positives au VIH

**Mettre en place le système de suivi des rendez-vous et de recherche active des défaillants/perdus de vue (adolescents) :**

Responsabiliser un agent de rétention pour suivre de plus près les adolescents sous TARV. Cet agent de rétention doit :

- Faire des rappels préalables deux jours avant la date de rendez-vous ;
- Identifier les défaillants à la fin de chaque journée de consultation ;
- Rechercher les défaillants et perdus de vue au moyen des appels téléphoniques et/ou visites à domicile.

#### IV. Prise en charge psychologique

Les PVVIH sont confrontés à de graves problèmes psychologiques et à des crises existentielles alors que leurs ressources d'adaptation sont compromises par leur état de santé affaibli. A partir de l'observation et de l'écoute des processus psychiques ainsi que de leurs aléas, le psychologue/soignant repère la nature des mécanismes mise en jeu dans le fonctionnement psychique dit normal et ou pathologique et propose une CAT.

##### IV.1. Qualités requises pour l'accompagnement

###### IV.1.1. Capacité de mise en confiance : écoute active, manifester de l'intérêt

- Empathie : L'empathie consiste à comprendre ce que ressent la personne sans pour autant ressentir les mêmes émotions. ;
- Maîtrise de soi : comprendre les réactions des adolescents et de leurs proches et maîtriser ses propres réactions ;
- Neutralité et tolérance : non jugement, surmonter ses propres préjugés et stéréotypes,
- Clarté et précision : maîtriser les connaissances du sujet et les expliquer ;

- Capacité de travail en équipe ;
- Engagement : disponibilité, respect de la parole donnée ; responsabilité ;
- Connaissance de ses limites : savoir s'arrêter et savoir référer ;
- Respect de la confidentialité ;
- Maîtriser les techniques de communications...

#### ***IV.1.2. Évaluer les capacités psychologiques***

- Reconnaître les signes de détresse psychologique (tenue vestimentaire négligée, pleurs, regard fuyant...) ;
- Identifier les capacités de résistance psychologique de la personne, en l'interrogeant sur ses réactions lors d'événements de vie difficiles déjà traversés, la sexualité...
- Respecter l'intimité et la vie privée :
  - Eviter d'aborder des sujets intimes s'ils n'ont pas d'intérêt pour l'accompagnement ou si la personne ne le souhaite pas ;
  - Ne pas faire part de sa propre vie privée, sous peine d'inverser les rôles ...

#### **IV.2. Elaboration d'un plan de soutien psychologique et éducation thérapeutique**

Faire une éducation pré thérapeutique consiste à :

- Expliquer :
  - Le but du traitement ;
  - Pourquoi le traitement doit commencer immédiatement et être poursuivi sur une longue période ;
  - Les modalités du traitement (nom de la spécialité, la dose, la présentation, la fréquence de prise, la voie d'administration et les possibles effets secondaires) ;
  - Que l'atteinte des résultats du traitement ARV dépend de la qualité de l'observance ;
  - Les conséquences d'une mauvaise observance (TME du VIH, apparitions des IO, résistance du VIH aux ARV, décès)
  - Les modalités de suivi du traitement (suivi clinique et suivi biologique).
- Rechercher les éventuels facteurs susceptibles d'entraver la bonne marche du traitement et discuter des solutions possibles ;
- Solliciter l'engagement de la cliente à prendre le traitement ;
- Le prestataire doit aussi exprimer sa disponibilité à soutenir la FEC ou la mère allaitante autant que possible.

### IV.3. Elaboration d'un plan de soutien psychologique et éducation thérapeutique

L'éducation thérapeutique a pour but d'aider le malade et son entourage à :

- Comprendre sa maladie et le traitement ;
- Coopérer avec les soignants ;
- Vivre le plus sainement possible ;
- Maintenir ou améliorer la qualité de vie ;
- Prendre en charge son état de santé ;
- Acquérir et maintenir les ressources nécessaires pour gérer de manière optimale sa vie avec la maladie.

Elle comporte quatre phases essentielles :

<b>Education initiale</b>	Moment de l'annonce du diagnostic de la maladie Vise à faire acquérir les compétences d'une autoprotection
<b>Suivi éducatif</b>	Identification des besoins éducatifs du patient et leurs liens avec les nécessités thérapeutiques et de soins
<b>Reprise éducative</b>	Intervient lors d'un évènement considéré comme important aussi bien pour le patient que le soignant
<b>Évaluation de la transformation du patient</b>	Evaluations des compétences acquises.

### IV.4. Pratique du psychologue clinicien /soignant

Au cours de la consultation psychologique, après l'accueil et la mise en confiance du soigné, il est important de revenir sur l'évaluation à travers :

- **L'exploration et la catégorisation avec le couple ado-parent et adolescent seul** : l'histoire de la maladie, le vécu, les antécédents, les aspects psychologiques, la socialisation, la connaissance de son statut et l'acceptation. A la suite de ce premier entretien, un diagnostic sera posé et une indication sur la conduite à tenir et les thématiques ci-dessous pourront être abordées selon le problème identifié.
- **La réorganisation des entretiens portant sur :**
  - La préparation de l'annonce ;
  - L'observance ;
  - Les compétences de vie (l'estime de soi, affirmation de soi, pouvoir sur sa vie ;
  - La vie amoureuse et la sexualité ;
  - L'existence des comportements à risque et asociaux ;
  - L'existence des troubles de comportements (anxiété, dépression...)

**La divulgation doit être individualisée en tenant compte de l'enfant, du ou des parents, de la famille, du ménage et de la communauté.**

## ***IV.5. Soutien psychosocial fonction de la population***

### ***IV.5.1. Système de soutien psychosocial des enfants sous traitement ARV :***

Le soutien psychosocial des enfants sous traitement ARV est essentiel pour assurer l'efficacité de ce traitement. L'enfant doit y trouver une source de motivation pour accepter son diagnostic et pour bien prendre son traitement sans relâche et mieux s'assumer pour parvenir à ses objectifs de vie.

Pour ce faire, il faut mettre en place dans chaque formation sanitaire une équipe de prise en charge psychosociale formée de psychologues cliniciens formés, les assistants sociaux, socio-anthropologues, les pairs-éducateurs, les éducateurs sociaux, etc.

Les éléments du système de soutien psychosocial des enfants à mettre en place dans les formations sanitaires sont :

- Le counseling systématique et personnalisé de tout enfant ou de ses parents à chaque visite de suivi dans la formation sanitaires ;
- L'annonce du diagnostic de l'infection à VIH de l'enfant à l'âge approprié (début vers 7 – 8 ans pour se terminer vers 12 ans) ;
- Les groupes de soutien par tranche d'âge (0 – 5 ans concerne les parents ; 6 – 9 ans ; 10 – 14 ans et 15 – 19 ans) ;
- Enrôlement des enfants dans les groupes de soutien par tranche d'âge ;
- L'organisation régulière des activités des groupes de soutien ;
- L'organisation des camps ou des visites d'étude dans des services ou institutions qui présentent un intérêt pour l'épanouissement des enfants et en particulier pour les adolescents.
- Le système de la paire-éducation par implication des « enfants ou adolescents champions » dans le processus d'édification et de soutien psychologique de leurs pairs

### ***Annonce chez les enfants***

L'annonce du statut VIH aux enfants est un défi pour les parents / tuteur de soins et les prestataires de santé. La divulgation est un processus CONTINU plutôt qu'un événement isolé. Cela commence par une relation de confiance que les parents (tuteurs) et/ou les travailleurs de la santé construisent avec l'enfant, dans laquelle l'enfant est toujours informé de la vérité, de manière positive. Les adultes ont du mal à savoir si, quand et comment dire aux enfants qu'ils sont séropositifs, souvent à la peine de trouver les mots justes.

**Tableau 64 :** Avantages de l'annonce

Pour l'enfant	Pour le parent/tuteur
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peut-être soulagé d'apprendre la cause de sa maladie</li> <li>• Peut se sentir plus en confiance</li> <li>• Peut avoir une plus grande implication dans les décisions en matière de soins médicaux</li> <li>• Peut diminuer les comportements perturbateurs</li> <li>• Peut améliorer l'observance du traitement</li> <li>• Peut améliorer le fonctionnement social et les résultats scolaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soulage le stress et l'anxiété qui accompagnent le secret et la déception</li> <li>• Possibilité de développer une relation de confiance et une communication plus ouverte avec l'enfant</li> </ul>

### **Obstacles à l'annonce**

- Peur que l'enfant infecté divulgue de manière inappropriée son statut VIH, en particulier dans les familles où le diagnostic est étroitement surveillé
- Peur de la stigmatisation, du rejet et de la perte de soutien de la part de la famille / communauté
- Désir de protéger l'enfant, se soucier de son avenir
- La possibilité que le fardeau d'apprendre de son statut VIH conduise à la dépression ou à d'autres problèmes de santé mentale
- Les sentiments de culpabilité et de honte peuvent empêcher les aidants séropositifs de révéler leur propre infection à leur enfant

**Tableau 65 :** Évaluation de l'état de préparation à l'annonce

L'enfant	Le parent ou le tuteur
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'enfant est-il symptomatique? Prend-t-il des médicaments ?</li> <li>• Quel âge a l'enfant ?</li> <li>• L'enfant vit-il avec un parent malade ou un membre de la famille ?</li> <li>• L'enfant pose-t-il des questions sur le VIH ?</li> <li>• L'enfant semble-t-il en détresse, anxieux ou inquiet ?</li> <li>• L'enfant est-il sexuellement actif et risque-t-il de contracter ou de transmettre le VIH ?</li> </ul>	<p>Le parent ou tuteur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A-t-il subi un test de dépistage du VIH ?</li> <li>• Est-il infecté ? Symptomatique ?</li> <li>• Prend-t-il des médicaments ?</li> <li>• Y a-t-il des adultes infectés dans le ménage par le VIH ? Qui est au courant ?</li> <li>• Les autres enfants du ménage sont-ils infectés par le VIH ? Qui est au courant ?</li> <li>• Combien de membres de la famille prennent des médicaments liés au VIH ?</li> <li>• Les traitements sont-ils généralement disponibles dans la communauté ?</li> <li>• Est-ce que l'enfant connaît quelqu'un dans la communauté qui est ouvert sur son statut VIH ?</li> <li>• Existe-t-il des risques pour la famille (isolement, discrimination) en cas de divulgation par inadvertance ?</li> <li>• Y a-t-il des ressources dans la communauté pour les enfants - un groupe de jeunes et / ou des adultes de confiance avec lesquels ils peuvent parler ?</li> </ul>

Lorsque les enfants atteignent l'âge de **5/6 ans**, débiter le processus d'annonce partielle et les agents de santé devraient entamer des discussions avec les tuteurs. L'objectif ultime est que, à l'âge de **10/11 ans**, l'enfant connaisse son statut VIH et que l'enfant soit informé de manière sûre et positive.

- Avant d'annoncer le statut VIH à un enfant, il est essentiel que le tuteur soit prêt à être divulgué (e). Il se peut que l'effet de la divulgation sur l'enfant et la famille suscite des inquiétudes et il convient de les examiner et de les résoudre au préalable.
- Les parents/tuteurs doivent être prêts à répondre aux questions de l'enfant à la maison, car ce sont eux qui vivent avec l'enfant. Toute la famille peut s'inquiéter des conséquences possibles de la stigmatisation dans la communauté si le secret de la famille est dévoilé.

**L'annonce et la discussion de la maladie de l'enfant constituent un élément essentiel du suivi régulier. Un processus et un plan de divulgation adaptés à l'âge devraient être établis pour tous les enfants. L'annonce est un processus et non un événement unique. La communication doit être effectuée par le tuteur avec l'aide de l'équipe soignante.**

#### *Processus d'annonce*

L'annonce du statut d'infection par le VIH aux enfants et aux adolescents devrait tenir compte de leur âge, de leur maturité psychosociale, du contexte familial, social et clinique.

**Tableau 66 :** Processus d'annonce

Dépend des facteurs suivants	Procédure de divulgation
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'âge de l'enfant</li> <li>• La maturité de l'enfant</li> <li>• Du vécu de l'enfant, ce qu'il sait déjà</li> <li>• La personnalité de l'enfant</li> <li>• Les antécédents médicaux de l'enfant</li> <li>• Si l'enfant est sous traitement antirétroviral ou non</li> <li>• Santé des autres membres de la famille</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Emplacement privé</li> <li>• Planifié à l'avance</li> <li>• Progressif</li> <li>• Fournir un suivi.</li> </ul>

#### ***IV.5.2. Système de soutien psychosocial des adolescents sous traitement ARV***

C'est une démarche de soutien thérapeutique fondée sur une relation soignant-soigné centré sur l'adolescent infecté et/ou affecté visant à assurer la continuité des soins en liaison avec l'environnement social. Il peut revêtir plusieurs aspects dont des entretiens cliniques aux visées diagnostique et thérapeutique, voire des entretiens familiaux et des activités de groupe

Elle consiste à :

- Ecouter avec bienveillance (donner la place aux mots et aussi aux non-dits) ;
- Aider à prendre conscience (identifier son problème, faire des choix et accompagner dans la prise des décisions et leur mise en œuvre) ;
- Soutenir dans les moments difficiles et dans les moments porteurs.

### ***Education thérapeutique***

- L'ETP doit être formalisée dans chaque site de PEC des adolescents et intégrée aux soins
- Tout adolescent infecté/affecté par le VIH doit bénéficier des séances d'ETP
- Tout prestataire assurant l'ETP doit être formé et outillé en ETP. Il doit être capable de :
  - Poser un diagnostic éducatif ;
  - Négocier un contrat d'éducation à partir des objectifs éducatifs (auto-soins et adaptations) ;
  - Mettre en œuvre des séances éducatives individuelles et /ou de groupe
  - Evaluer les acquis de l'adolescent.

### ***Annnonce du diagnostic à l'adolescence***

L'annonce du diagnostic de l'infection à VIH à l'adolescence constitue un tournant important de la PEC des adolescents vivants avec le VIH. Cette annonce se révèle être douloureusement vécu par les parents qui préfèrent la différer à plus tard. Afin de résoudre ces craintes il est important de préparer les parents /tuteurs, adolescents et de faire l'annonce de façon progressive tout en respectant les différentes étapes de l'annonce et le niveau de compréhension et la maturité psychologique de l'adolescent.

Une annonce tardive entraîne de lourdes conséquences sur l'observance thérapeutique la coopération avec l'équipe soignante, sur la sexualité à l'adolescence, sur le projet de vie mais aussi sur la prévention du VIH pour lui-même et son environnement immédiat (copains, amis, maisons école...). Cette annonce tardive favorise la connaissance du statut sérologique de façon brutale chez l'adolescent par les tiers et entraîne un traumatisme psychique

### ***La transition vers le service de prise en charge des adultes***

La transition vers un service de prise en charge adulte est une phase émotionnellement lourde, riche de sens, mais difficile à réaliser correctement. Ce changement implique en effet la rupture d'une relation prolongée et privilégiée avec son pédiatre (ou faisant fonction) et l'équipe soignante : l'adolescent a souvent tissé un lien émotionnel et affectif sur le long terme avec son médecin, et celui-ci connaît, souvent mieux que quiconque, l'histoire de l'adolescent dans la continuité. Il est important de mettre en place une procédure de transition qui permette de sécuriser ce passage : soit une consultation mixte, une structure intermédiaire.

La préparation à la transition de l'adolescent vers le service de prise en charge adulte doit débuter suffisamment tôt à partir de l'âge de 15 ans. Elle permet à l'adolescent de bien comprendre les raisons et les implications de cette transition, de les intérioriser dans l'intérêt de la poursuite de sa maturation et de son autonomisation et enfin de s'y conformer sans peine lorsque vient le moment d'effectuer cette transition. Cette préparation se poursuit jusqu'à la fin de l'adolescence pour ensuite laisser le champ à sa mise en œuvre effective dès le début de la vingtième année.

***La préparation à la transition doit comporter :***

- Le renforcement de l'autonomie ;
- L'incitation à plus de sens de responsabilité ;
- Le renforcement de la confiance et de l'efficacité dans les actes posés ;
- Le renforcement de la capacité à se prendre en charge et rechercher les soins dont le besoin se fait sentir ;
- Le renforcement de la capacité à comprendre la nécessité de cette transition du fait du stade de développement et des aptitudes.

***Rôle de l'équipe de prise en charge pédiatrique/adolescents dans la préparation de la transition :***

- Aider les ALHIV à se fixer et à atteindre les objectifs d'indépendance en rapport avec leurs soins et traitement ;
- Apporter le soutien aux parents/tuteurs pour les amener à comprendre le caractère changeant de leur rôle dans les soins de leurs adolescents ;
- Orienter le personnel de PEC des adultes sur les besoins et les soins appropriés aux adolescents ;
- Inviter le personnel de PEC des adultes dans le service de PEC pédiatrique/adolescents pour des sessions cliniques conjointes afin qu'il s'accoutume aux adolescents et à leurs besoins spécifiques ;
- Impliquer les pairs-éducateurs dans la planification et la facilitation des activités de soins et soutien des adolescents ;
- Soutenir les parents/tuteurs pour qu'ils comprennent le changement de leur rôle au moment où l'intérêt de l'adolescent évolue vers une relation de confidentialité entre lui et son prestataire de soins.

***Comment effectuer cette transition ?***

- Accompagner l'adolescent qui vient de graduer au service de prise en charge des adultes ;
- Le confier à un pair-éducateur ou à un prestataire formé à la prise en charge des cas de transition ;
- Rassurer l'adolescent qui a gradué de son estime et de sa disponibilité à continuer à apporter le soutien et à requérir régulièrement de ses nouvelles ;
- Transmettre au service de prise en charge adulte le résumé à jour de la prise en charge dans le service de pédiatrie ;
- Dire au revoir à l'adolescent qui a gradué et à sa nouvelle équipe de prise en charge.

### ***IV.5.3. Le soutien psychosocial de la FEC***

Le soutien psychosocial de la mère séropositive est d'une importance capitale. La question qui se pose à cette mère suite à l'accouchement est de savoir si le TARV et toutes les mesures de prévention qu'elle a prises depuis qu'elle se sait enceinte et infectée par le VIH ont permis ou bien seront suffisantes pour préserver son bébé de l'infection à VIH. Parce qu'une réponse exacte ne peut pas toujours lui être donnée d'emblée, il convient dans la mesure du possible de répondre à ses questions et de lui apporter tout le soutien nécessaire pour vivre au mieux cette période d'attente.

#### **Divulgation**

Concerne le partage de l'information avec les partenaires. Un conseiller peut aider un client à élaborer un plan pour partager des informations sur son statut VIH. Cela implique d'explorer les options de qui et quand dire. La divulgation peut aider à lutter contre la stigmatisation et à encourager les membres de la famille et de la communauté à connaître leur statut VIH.

Informé les partenaires sexuels de l'infection à VIH d'un individu est non seulement un moyen efficace de mettre fin à la transmission du VIH, mais permet également aux partenaires d'avoir accès à des soins et à un soutien ainsi qu'à des efforts de prévention plus poussés parmi les partenaires du client et sa famille. Les deux processus principaux permettant d'informer les partenaires de l'infection à VIH d'un individu sont la **divulgation et la notification du partenaire**.

#### ***Comment discuter de la divulgation chez les adultes ?***

- Demander au patient s'il a divulgué le résultat de son test de dépistage du VIH ou s'il est disposé à le révéler à qui que ce soit ;
- Discutez des problèmes de divulgation avec votre partenaire, vos enfants, votre famille et vos amis ;
- Évaluez si vous êtes prêt à divulguer votre statut VIH et à qui ;
- Évaluez le soutien social et les besoins (référez-vous aux groupes de soutien) ;
- Fournir des compétences pour la divulgation (la répétition peut aider) ;
- Aidez le patient à établir un plan de divulgation si ce n'est pas le moment ;
- Encourager la présence du partenaire à envisager de tester et à explorer les obstacles. Comme les couples peuvent avoir un statut VIH différent, le test du partenaire est important ;
- Rassurez le patient en lui disant que vous garderez le résultat confidentiel et que la divulgation est volontaire.

#### ***Si le patient ne veut pas divulguer le résultat :***

- Assurez-vous que les résultats resteront confidentiels ;
- Explorer les difficultés et les obstacles à la divulgation. Aborder les peurs et le manque de compétences (aide à fournir des compétences) ;

- Continuez à motiver le client ;
- Conseillez au client de ne pas nuire aux autres ;
- Offrir d'aider à la divulgation (par exemple, parler avec le conjoint) ;
- Proposez un autre rendez-vous et plus d'aide au besoin (par exemple, des conseillers pairs ou des conseillers formés). Pour les femmes, discutez des avantages et inconvénients potentiels de la divulgation d'un résultat positif et de la participation et du test des partenaires masculins. Les hommes sont généralement les décideurs dans la plupart des familles et des communautés.

## **V. Mise en place du système de rétention**

La cascade des soins du VIH comprend : le dépistage du VIH, la liaison et la rétention dans les soins, l'initiation du traitement antirétroviral et sa rétention sous traitement antirétroviral avec bonne adhésion et la suppression virale. Les PDV le long de la cascade de soins doivent être minimisées afin de tirer pleinement parti des soins et du traitement du VIH en améliorant les résultats pour la santé des PVVIH et en réduisant la transmission du VIH.

Une variété d'interventions à différents niveaux de soins sont nécessaires pour optimiser la rétention des patients. Il est important d'identifier les obstacles spécifiques à la rétention. Parmi les facteurs qui peuvent influencer sur la rétention des patients en matière d'accès aux services figurent les coûts directs d'accès aux services, les ruptures de stock d'ARV, l'absence de système de surveillance, les comorbidités et les oublis.

### **V.1. Rétention dans le système de soins des enfants infectés**

Chaque FOSA doit mettre en place un système de suivi et de rétention des enfants sous traitement ARV. Ce système doit s'appuyer sur tout le personnel pour la qualité des services qui sont offerts à ces enfants et l'organisation des services au sein de la formation sanitaire (circuit du patient, visites combinées parents/enfants, offre des prestations au-delà des heures habituelles de services, etc.). Il fait aussi appel en particulier aux agents de rétention ou accompagnateurs psychosociaux (APS) à qui doit être confiée la responsabilité du suivi journalier des enfants VIH+ de la formation sanitaire. Chaque agent de rétention doit avoir sa cohorte d'enfants et disposer d'un agenda pour documenter leurs rendez-vous de suivi, du crédit de téléphone et frais de transport pour le retraçage des cas de rendez-vous manqué.

L'agent de rétention doit à cet effet :

- Faire la liste des enfants attendus à chaque jour de consultation ;
- Identifier à la fin de chaque journée de consultation ceux des enfants qui sont venus et ceux qui ont manqué leur visite de suivi ;
- Faire usage de cette liste pour procéder au retraçage des cas de rendez-vous manqué par téléphone et/ou par visites à domicile ;

- Documenter de façon appropriée le résultat de la recherche de chacun de ces enfants qui ont été recherchés ;
- Recevoir à la formation sanitaire tout patient ayant fait l'objet du retraçage et qui a été retrouvé pour évaluation de la raison du rendez-vous manqué, lui faire un counseling approprié et mettre à jour les registres.

## **V.2. Rétenion dans le système des soins et traitement des adolescents**

### ***V.2.1. Mettre en place les « services amis des adolescents »***

Solliciter leur avis pour :

- L'aménagement d'un espace qui leur est propice et convivial ;
- L'aménagement des horaires de l'offre des services qui tient compte de leurs autres exigences de vie ;
- La mise en place du mode d'utilisation des services de soins préventifs et curatifs ;
- La planification et facilitation des activités de l'offre des soins.

### ***V.2.2. Organisation du système de l'offre des soins aux adolescents***

- Regrouper les adolescents par tranche d'âge ou par centre d'intérêt et leur donner rendez-vous pour leur suivi à la FOSA le même jour ;
- Organiser les rendez-vous de façon à ce que les adolescents puissent bénéficier d'un maximum des services lorsqu'ils viennent à la FOSA pour leur visite de suivi ;
- Discuter avec eux des services qu'ils aimeraient se voir offrir au cours de leur visite de suivi à la FOSA.

### ***V.3.3. Organisation et facilitation des activités des groupes de soutien***

- Organiser un groupe de soutien des jeunes adolescents et un autre des grands adolescents ;
- Discuter avec eux de l'organisation et de la facilitation des activités du groupe de soutien tout en diversifiant autant que possible ces activités et en sollicitant leur participation active ;
- Inciter les adolescents à l'innovation et à la création au cours des sessions de groupes de soutien ;
- Envisager pour eux l'organisation des camps en dehors de la FOSA ou des visites d'étude à des endroits propices à leur épanouissement ;
- Impliquer les adolescents-champions ou pairs éducateurs dans la facilitation des sessions des groupes de soutien.

# Chapitre 8 : Dépistage, Prévention et Prise en charge des Infections Opportunistes

---

La prévention des IO par la chimio prophylaxie est une stratégie qui vise à utiliser des médicaments chez les PVVIH pour réduire l'apparition des infections opportunistes (prophylaxie primaire) ou la réapparition d'une infection antérieurement traitée et contrôlée (prophylaxie secondaire). **L'initiation précoce du TAR c'est la stratégie préventive la plus importante pour réduire l'incidence et la mortalité élevée associée à ces maladies.**

Les mesures de prévention préconisées contre la TB sont :

- Le dépistage et la guérison des cas de Tuberculose Pulmonaire Bactériologiquement prouvé (TPB+) : C'est la meilleure méthode de prévention contre la maladie ;
- La vaccination par le BCG des enfants dès la naissance dans le cadre du PEV : Les enfants nés de mères infectées par le VIH doivent également bénéficier de la vaccination BCG tant qu'ils ne sont pas connus séropositifs ;
- La chimio prophylaxie à l'INH des sujets contacts et les personnes vivant avec le VIH chez qui la maladie active de la TB a été exclue ;
- Les mesures de contrôle de la transmission de l'infection TB dans les différents milieux (ménages, écoles, lieux de travail), y compris dans les hôpitaux.

En cas de cryptococcose neuro-méningée : instaurer ou renforcer le traitement ARV, maintenir une prophylaxie secondaire au fluconazole jusqu'à une remontée du taux de CD4 à plus de 200 CD4.

## I. Traitement prophylactique au Cotrimoxazole (TPC)

La prophylaxie au Cotrimoxazole (CTX) est un moyen peu coûteux et rentable de réduire la morbidité et la mortalité chez les PVVIH. Il protège contre : la pneumonie à Pneumocystis (PCP), la toxoplasmose, les diarrhées causées *Isospora belli* et *Cyclospora*, le paludisme et certaines infections bactériennes, y compris la pneumonie bactérienne et les voies urinaires

### I.1. Critères d'initiation et d'arrêt de la prophylaxie au CTX

L'initiation et l'arrêt de la prophylaxie au CTX prennent en compte l'âge, la charge virale (CV), le taux de CD4 ainsi que les effets indésirables

**La prophylaxie au cotrimoxazole est recommandée chez les enfants** dans les cas suivants :

- Tous les enfants exposés au VIH à partir de 6 semaines. Le CTX doit être poursuivi jusqu'à ce que l'infection à VIH ait été définitivement exclue chez l'enfant et que le nourrisson n'est plus à risque de contracter le VIH par l'allaitement ;

- Tous les enfants séropositifs âgés de moins de 5 ans, quel que soit le taux de CD4 ou leur stade clinique ;
- Pour les enfants séropositifs âgés de 5 ans et plus, suivez les directives relatives à la prophylaxie au Cotrimoxazole pour adultes et adolescents.

L'Option universelle de la prophylaxie au Cotrimoxazole est considérée dans les pays à prévalence élevée, avec un taux de mortalité infantile élevée en rapport avec les maladies infectieuses et avec des infrastructures de soins limitées.

**Tableau 67** : Les critères d'initiation et d'arrêt de la prophylaxie au CTX

	Critères d'initiation	Critères d'arrêt
Chez le nouveau-né exposé au VIH	Dès la 6 <sup>e</sup> semaine de vie	Arrêter la prophylaxie CTX quand l'infection VIH est exclue
Enfants infectés par le VIH		L'option universelle de conserver le CTX chez tous les enfants VIH+ est recommandée jusqu'à 10 ans
Adolescents et adultes VIH+	Quel que soit le taux de CD4 dès la confirmation de l'infection VIH	CD4 > 350/mm <sup>3</sup> CV supprimée
Femmes enceintes VIH+	Quel que soit le taux de CD4 sauf si la FEC est sous TPI au Sulfadoxine Pyriméthamine	Effets indésirables*

\* Lors de l'initiation de la prophylaxie au CTX, le personnel de soins doit informer le PVVIH, les parents et les tuteurs, verbalement ou par écrit, des effets secondaires associés au CTX, et il doit leur conseiller d'interrompre le CTX et de se rendre à la clinique la plus proche s'ils soupçonnent que le CTX a un effet indésirable.

Le CTX doit être évité dans les situations suivantes :

- Antécédents d'éruption cutanée grave avec utilisation antérieure de CTX (ou d'un autre «sulfamide») ;
- Maladie rénale sévère ;
- Maladie hépatique sévère.

En cas d'allergie au CTX, si le taux de CD4 est <200 cellules / mm<sup>3</sup> (ou CD4% <14%), donner la Dapsone 100 mg une fois par jour. Cependant, la Dapsone sera interrompu une fois que le taux de CD4 > 200 cellules / mm<sup>3</sup> sur 2 prélèvements consécutifs à 6 mois d'intervalle. La Dapsone peut entraîner une anémie.

## I.2. Dosage du CTX pour la prophylaxie

Le dosage approprié du CTX peut être déterminé en fonction de l'âge ou du poids chez les enfants de moins de 15 kg. La forme en sirop est recommandée chez les très jeunes enfants pesant jusqu'à 12–14,9 kg. Si la forme sirop n'est pas disponible, la forme comprimée peut être utilisée chez les enfants.

**Tableau 68 :** Posologie du CTX en fonction du poids des enfants exposés au VIH ou porteurs du virus

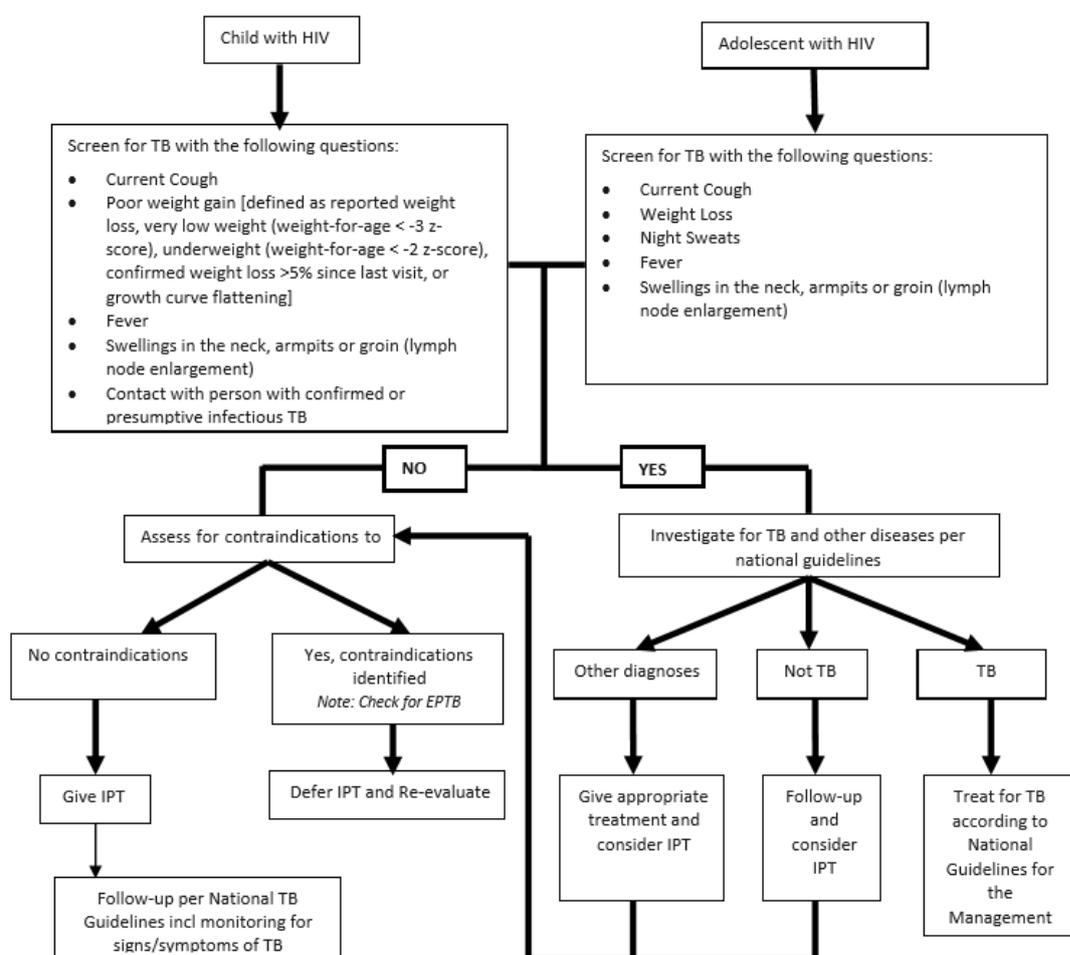
Poids	Posologie mg/j (basé sur 4 mg de TMP/kg)	Suspension buvable 240mg/5ml	Cp adulte 480mg
< 5 kg	16 à 20 mg par jour	2.5 ml	¼ cp
5 – 15 kg	40 mg	5 ml	½ cp
16 – 20 kg	60 mg	10 ml	1 cp
21 – 30 kg	80 mg	10 ml	1 cp
>30 kg	160 mg	-	2 cp

### I.3. Chimio prophylaxie antituberculeuse par l'INH ou TPI

Bien que le TARV diminue la probabilité de développer la tuberculose maladie, l'incidence de la tuberculose parmi les PvVIH sous antirétroviraux est encore **10 fois plus élevée** que dans la population générale, avec un risque annuel de tuberculose maladie chez les PVVIH qui est de 10 à 30%. Le TPI réduit le risque de tuberculose chez les PVVIH d'au moins 60% et, associé au TARV, la réduction du risque dépasse 80%. Cette prophylaxie consiste en l'administration d'INH pendant 6 mois.

Le TPI et le traitement antirétroviral peuvent être initiés en toute sécurité en même temps chez les personnes vivant avec le VIH. L'isoniazide est sans danger pendant la grossesse, l'allaitement et le TPI.

Tous les PvVIH doivent faire l'objet d'un dépistage de la tuberculose, par la recherche des signes/symptômes ainsi que les antécédents de contact à chaque visite dans une FOSA.



**Figure 18** : Algorithme pour le dépistage de la TB et le TPI-TB chez les enfants et adolescents

### 1.3.1. Critères d'éligibilité au TPI

Tout PVVIH qu'il soit sous ARV ou pas, ne présentant aucun signe/symptôme de TB évolutive (éliminer à l'interrogatoire en posant les questions sur l'existence de la toux, la fièvre, l'amaigrissement, les sueurs nocturnes). De même, éliminer antécédent d'abus d'alcool, de maladie hépatique active, d'insuffisance hépatique, ou jaunisse ou d'hypersensibilité à l'isoniazide.

**Tableau 69** : Personnes éligibles au TPI

Enfants	Adultes
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfant en contact étroit avec un cas contagieux de TB :               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tous les enfants de moins de 0 à 5 ans (infectés ou non au VIH).</li> <li>○ Tous les enfants infectés par le VIH jusqu'à 15 ans.</li> </ul> </li> <li>• Si asymptomatique pour la tuberculose.</li> <li>• Et n'ayant aucune contre-indication à INH.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PVVIH ne présentant aucun signe/symptôme d'une TB active (pas de toux, pas de fièvre, pas de perte de poids, pas de sueurs nocturnes)</li> <li>• Pas de contre-indication à INH (psychose, convulsions, neuropathies)</li> <li>• Pas d'effets secondaires à INH</li> </ul>

### 1.3.2. Modalités de prise en charge des enfants et des adultes au TPI

La prophylaxie à l'INH chez les PVVIH est donnée après avoir éliminé une tuberculose évolutive. Un seul screening négatif suffit pour démarrer la prophylaxie.

La durée recommandée de la prise du TPI est de **6 mois consécutifs**. Cette durée peut être prolongée sur 3 mois de plus suivant l'état clinique, la réponse immunologique et/ou la charge virale du PVVIH. La couverture de cette prophylaxie est de 2 ans.

**Précautions** : Les personnes qui commencent le TPI doivent être prévenues des éventuels effets indésirables de l'isoniazide : (i) l'hépatite, (ii) la neuropathie périphérique et (iii) l'éruption cutanée.

### 1.3.3. Dosage de l'Isoniazide à prescrire

Le dosage de l'INH varie en **fonction du poids et de l'âge** du patient. **La Pyridoxine doit être associée systématiquement à l'INH.**

Tableau 70 : Posologie INH

Tranche de poids (kg)	Dosage quotidien d'INH (cp de 100 mg)	
2 – 3,4	1/4 cp	<ul style="list-style-type: none"><li>• INH à 5 mg/kg/jour</li><li>• Pyridoxine (Vitamine B6) à 25 mg/jour (ou 12.5 mg/j si &lt; 3kg).</li><li>• <b>A retenir</b> : La dose maximale de l'isoniazide ne doit pas dépasser 300 mg</li></ul>
3,5 - 4,9	1/2 cp	
5 – 7,4	3/4 cp	
7,5 – 9,9	1 cp	
10 – 14,9	1 ½ cps	
15 – 19,9	2 cps	
20 – 29,9	3 cps	
≥ 30	3 cps	

### 1.3.4. Suivi de la prophylaxie à l'INH

Le patient s'approvisionne en INH au cours de ses visites mensuelles. Les patients sous TPI doivent faire l'objet d'une évaluation clinique mensuelle comprenant :

- Une prise de poids ;
- Le dépistage des symptômes et des signes de TB active ;
- La recherche d'éventuels effets indésirables de l'isoniazide (par exemple éruption cutanée, neuropathie périphérique, convulsions, vomissements, jaunisse, douleur dans le quadrant supérieur droit de l'abdomen et urines foncées) ;
- L'observance à l'INH par le décompte des comprimés et les questions directes aux patients.

Le tableau ci-dessous résume les différentes conditions pour évaluer l'arrêt ou la reprise d'INH.

**Tableau 71 :** Suivi de la mise sous INH

Scénario	Actions
Suspicion de TB évolutive	Arrêter l'INH immédiatement et référer le PVVIH à une formation sanitaire prenant en charge globalement les cas de TB.
Mauvaise observance à la prophylaxie à l'INH	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interruption temporaire de l'INH durée inférieure à 3 mois, le prestataire doit :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chercher les raisons d'interruption du traitement ;</li> <li>- Conseiller le patient sur l'importance du TPI ;</li> <li>- Faire la recherche des signes/symptômes évocateurs d'une tuberculose évolutive                   <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si patient asymptomatique et absence de signes de tuberculose, continuer le TPI et ajouter les doses manquées d'INH pour que la durée totale soit de 6 mois.</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>- Interruption de l'INH pour plus de 3 mois consécutifs :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Arrêt l'INH</li> <li>- Chercher les raisons d'interruption du traitement</li> <li>- Conseiller le patient sur l'importance du TPI</li> <li>- Faire la recherche des signes/symptômes évocateurs d'une tuberculose évolutive                   <ul style="list-style-type: none"> <li>o Si patient asymptomatique et absence de signes de tuberculose, recommencer le TPI pour une durée de 06 mois</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• Toute interruption de traitement pour la deuxième fois : Arrêt INH quelle que soit la durée de l'interruption.</li> </ul>
Hépatotoxicité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Investiguer et arrêter l'INH si confirmation d'une TB évolutive.</li> </ul>
Eruption cutanée	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Légère, arrêter l'INH jusqu'à disparition de l'éruption et recommencer sous surveillance.</li> <li>• Grave ou sévère, arrêter immédiatement l'INH et référer le malade à l'hôpital en urgence</li> </ul>
Neuropathie périphérique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluer la gravité et la rapidité de progression.</li> <li>• Informer le patient que la neuropathie peut être due au VIH et/ou à l'INH.</li> <li>• Informer le patient que la neuropathie cesse à la fin du traitement par l'INH.</li> <li>• Si les symptômes de la neuropathie sont légers, continuer l'INH, faire le counseling et traiter               <ul style="list-style-type: none"> <li>o Augmenter la dose de pyridoxine de 25 à 100 mg par jour</li> <li>o Pour les adultes, prescrire l'amitryptiline 25 mg à prendre la nuit si neuropathie insupportable.</li> </ul> </li> <li>• Si difficultés à marcher ou douleurs excessives : arrêter l'INH et traiter</li> </ul>
Convulsions ou de psychose	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arrêter l'INH et référer</li> </ul>

## II. Prévention, Dépistage et Prise en charge de la Co-infection TB/VIH

La tuberculose est **évitable et curable**. Elle est la première cause de morbidité et de mortalité chez les PVVIH, et peut survenir à n'importe quel stade de l'immunodépression à VIH et définit quel que soit le taux des lymphocytes CD4, un passage au stade SIDA selon la classification de CDC, au stade III (tuberculose pulmonaire) ou IV (tuberculose extra-pulmonaire) de l'OMS.

## II.1. Diagnostic de la tuberculose

Les signes cliniques et symptômes évocateurs d'une TB :

- Toux, Fièvre, Sueurs nocturnes ;
- Perte de poids et d'appétit, Asthénie, Fatigue ;
- Dyspnée, Douleurs thoraciques, Hémoptysie.

- Toux,
- Fièvre,
- Sueurs nocturnes
- Perte de poids

Chez les PVVIH, la présence d'un seul des signes mentionnés ci-dessus doit déjà faire suspecter une tuberculose. La fièvre et la perte de poids sont plus courantes chez les PVVIH avec une immunodépression très avancée que chez les séronégatifs pour le VIH.

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

- Rechercher à toutes les portes d'entrée la TB et si suspicion, demander les deux bilans TB et VIH chez les personnes ne connaissant pas leur statut VIH
- Rechercher activement la TB chez les PVVIH à chaque contact avec les services ;
- Prévenir la transmission de la TB par la mise en place des mesures de contrôle de l'infection ;
- Initier la Chimio prophylaxie à l'Isoniazide (INH) pour les PVVIH chez qui on a éliminé une TB active.

**Rechercher la TB régulièrement et périodiquement (à chaque visite). Chez les PVVIH, la présence d'un seul signe doit faire rechercher une TB.**

## II.2. Recherche active de la Tuberculose chez le PVVIH

La recherche active de la TB se fait au moyen d'une check list (voir annexe) et est basée sur :

Tableau 72 : Moyens diagnostic de la tuberculose

La clinique	<ul style="list-style-type: none"><li>• Signes et symptômes</li></ul>
La bacilloscopie (diagnostic bactériologique)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Examen essentiel.</li><li>• L'excrétion de BK étant intermittente, il est préconisé de réaliser 2 crachats consécutifs. Un seul résultat de frottis positif suffit pour établir qu'un patient présente une tuberculose à frottis positif et commencer un traitement</li></ul>
Le GenXpert MTB/RIF	<ul style="list-style-type: none"><li>• Technique moléculaire qui permet le diagnostic rapide de la TB et de tester la sensibilité à la rifampicine</li></ul>
Le TB LAM	<ul style="list-style-type: none"><li>• Examen à réaliser sur l'urine</li><li>• Permet d'effectuer le dépistage de la tuberculose en cas de maladie avancée (CD4 &lt; 200/mm<sup>3</sup>)</li></ul>
La Radiographie	<ul style="list-style-type: none"><li>• N'apporte pas de certitude car la TB pulmonaire peut prendre de nombreuses formes d'anomalies radiologiques.</li></ul>
La culture	<ul style="list-style-type: none"><li>• Réservée aux patients avec des tests GenXpert RR+ et au suivi des patients MDR</li></ul>

### II.3. Prise en charge du patient coinfecté TB/VIH

La tuberculose peut survenir au cours des premiers mois du traitement antirétroviral soit par **défaut de diagnostic** au moment de la mise du patient sous traitement, soit à cause d'un **syndrome de reconstitution immunitaire** (SRI), soit enfin comme **signe d'échec du traitement antirétroviral**.

#### II.3.1. Traitement antituberculeux chez les personnes infectées par le VIH

Le traitement antituberculeux est tout aussi efficace chez les PVVIH que chez celles qui sont VIH négatifs.

**Tableau 73 :** Schémas thérapeutiques des antituberculeux

Catégorie	Schémas de traitement
<b>Nouveau cas de TB</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Malades n'ayant jamais été traités auparavant par des médicaments antituberculeux ou traités pendant moins d'un mois</li><li>• <b>Durée de 6 mois de traitement 2 {RHEZ}/ 4 {RH} en deux phases :</b><ul style="list-style-type: none"><li>○ Phase intensive comportant 4 molécules (RHEZ), durée 2 mois ;</li><li>○ Phase de continuation avec 2 molécules (RH), durée 4 mois</li></ul></li></ul>
<b>Retraitement*</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Malades ayant déjà pris antérieurement les médicaments antituberculeux pendant un mois ou plus et présentent soit une rechute, un échec thérapeutique ou ont été perdus de vue.</li><li>• <b>Durée totale de 6 mois : 6 {RHEZ} en deux phases séparée par le bilan de suivi :</b><ul style="list-style-type: none"><li>○ 3 mois de prise quotidienne de RHEZ<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Bilan de suivi (décision de continuation suivant le résultat de GenXpert)</li></ul></li><li>○ 3 mois de prise quotidienne de RHEZ</li></ul></li></ul>
<b>Les autres cas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Les malades<ul style="list-style-type: none"><li>- Sans antécédents claires de traitement antituberculeux antérieur</li><li>- Ayant déjà été traités mais ont un frottis/culture négatif pour la tuberculose pulmonaire ou (TPB-) présentent une tuberculose extra-pulmonaire (TEP)</li></ul></li><li>• <b>Même schéma thérapeutique que les nouveaux cas</b></li></ul>

\*Classer comme retraitement et traiter comme tel après un examen GenXpert sensible à la rifampicine

#### II.3.2. Traitement antirétroviral chez les patients co-infectés TB/VIH

- Tous les patients VIH positifs présentant une tuberculose active sont éligibles pour le traitement antirétroviral à vie quel que soit le stade de l'infection à VIH ou du taux de leur CD4. **Le TARV doit être commencé dès que possible.**
- L'initiation du TARV se fera selon les modalités suivantes :
  - TB révélatrice de l'infection à VIH ou patients VIH Naïfs d'ARV : débiter d'abord par les antituberculeux puis ajouter le TARV 2 à 8 semaines plus tard.

**Tableau 74 :** Délai pour initier le TARV

Diagnostic de la TB chez un PVVIH naïf de TARV : délai pour initier la TARV	
CD4 < 50/ mm <sup>3</sup> *	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Débuter le TARV dans les 2 semaines du début du traitement antituberculeux</li> </ul>
CD4 > 50/mm <sup>3</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Débuter le TARV entre 2 à 8 semaines du début du traitement antituberculeux</li> </ul>
TB multi-résistante	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Commencer le TARV entre 2 à 4 semaines du début du traitement antituberculeux de deuxième ligne</li> </ul>
FEC VIH présentant une TB active (évolutive)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Commencer le Traitement antituberculeux le même jour</li> <li>• Puis débiter le TARV 2 semaines plus tard.</li> </ul>
La méningite tuberculeuse quel que soit le taux de CD4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retarder le TARV jusqu'à 8 semaines après le début du traitement antituberculeux</li> </ul>

\* Prendre en compte le risque d'IRIS lorsque le TARV est introduit tôt et à un taux de CD4 bas. Une corticothérapie par voie générale peut être envisagée pour traiter un IRIS symptomatique, à une dose et pour une durée qui seront fonction de la réponse thérapeutique.

- Si la TB est découverte chez des patients déjà sous TARV, il faut adapter le traitement

**Tableau 75 :** TARV chez patient co-infecté TB/VIH

Age	Régime ARV
< 3 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LPV/r ou DTG</li> </ul>
≥ 3 ans (≥ 10 kg) à 10 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maintenir les protocoles à base de DTG, d'EFV ou de LPV/r</li> </ul>
Adolescents > 30 kg ou adultes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maintenir protocole à base d'EFV ou LPV/r ou</li> <li>• Substituer par DTG</li> </ul>
<p>En cas de LPV/r chez les enfants, ne pas doubler la dose de LPV/r. Il serait préférable d'ajouter du Ritonavir afin d'avoir un ratio LPV/r égal à 1 :1.</p> <p>En cas de DTG, doubler la dose de DTG, puis arrêt du 2e cp de DTG deux semaines après arrêt du traitement anti TB.</p>	

NB : Les enfants ≥ 3ans et exposés à la NVP pendant 6 semaines ou plus (PTME) doivent être initiés au traitement avec ABC + 3TC + LPV/r

- Protocoles ARV

**Tableau 76 :** Protocoles ARV de 1<sup>ère</sup> ligne en cas d'antituberculeux

Age	1 <sup>ère</sup> ligne en cas de co-infection TB/VIH
Nourrissons et enfants < 3ans ou < 10 kg	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Commencer un traitement anti-TB immédiatement</li> <li>• ABC/3TC + LPV/r plus Ritonavir puis 2 semaines après arrêt anti TB, arrêt 2<sup>e</sup> dose de Ritonavir</li> <li>• ABC/3TC + DTG plus 1cp de DTG le soir. Arrêt du 2<sup>e</sup> cp de DTG deux semaines après arrêt traitement antiTB.</li> </ul>
Enfants ≥ 3 ans (et ≥ 10 kg)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ABC/3TC + DTG plus 1cp de DTG le soir. Arrêt du 2<sup>e</sup> cp de DTG deux semaines après arrêt traitement antiTB.</li> </ul>
Adultes et adolescents ≥ 13 ans et > 35 kg	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TDF/3TC/DTG 1 cp le matin et 1cp de DTG 50 mg le soir</li> <li>• 2 semaines après arrêt anti TB, arrêt 2<sup>e</sup> cp de DTG</li> <li>• Ou TDF/3TC/EFV (1cp par jour)</li> </ul>

En cas d'échec thérapeutique confirmé par 2 CV > 1000 copies/ml (selon l'algorithme), le protocole de 2<sup>e</sup> ligne est représenté dans le tableau ci-dessous.

**Tableau 77 :** Protocoles ARV de 2<sup>e</sup> ligne en cas d'antituberculeux

	1 <sup>ère</sup> ligne	2 <sup>nd</sup> ligne
<b>Nourrissons et enfants &lt; 3ans ou &lt; 10 kg</b>	ABC/3TC + LPV/r	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avis d'experts</li> </ul>
	ABC/3TC + DTG	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ABC + 3TC + LPV/r plus Ritonavir ;</li> <li>• puis 2 semaines après arrêt anti TB, arrêt 2<sup>e</sup> dose de Ritonavir</li> </ul>
<b>Enfants ≥ 3 ans (et ≥ 10 kg)</b>	ABC/3TC + DTG	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AZT/3TC + LPV/r plus ritonavir</li> <li>• 2 semaines après arrêt anti TB, arrêt 2<sup>e</sup> dose de ritonavir</li> </ul>
<b>Adultes et adolescents ≥ 13 ans et &gt; 35 kg</b>	TDF/3TC/DTG ou TDF/3TC/EFV	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TDF/3TC + LPV/r ou AZT/3TC+ LPV/r plus ritonavir</li> <li>• 2 semaines après arrêt anti TB, arrêt 2<sup>e</sup> dose de LPV/r</li> </ul>
<b>FEC ou FA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TDF+3TC+EFV</li> </ul>	

### II.3.3. Interaction médicamenteuse avec la Rifampicine

- La Rifampicine diminue les niveaux des IPs et des NNRTIs.
- Parmi les NNRTIs, l'EFV est préféré à la NVP utilisé aux doses standards.

**Tableau 78 :** Interactions de la rifampicine avec les antirétroviraux

ARV	Interactions	Observations
<b>EFV</b>	Réduction modérée des taux sanguins	Ne pas augmenter de dose
<b>NVP</b>	Réduction modérée des taux sanguins	Eviter l'association
<b>IP</b>	Réduction importante des taux sanguins	Eviter l'association ou doubler la dose du booster
<b>DTG</b>	Réduction modérée des taux sanguins du DTG	Adapter la dose (passer à 2 prises par jour de DTG)

DTG et Rifampicine	LPV/r et Rifampicine
Doubler la dose de DTG (1cp matin et soir) pendant la durée, arrêt 2 <sup>e</sup> dose DTG 2 semaines après arrêt antituberculeux	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Augmenter la dose de ritonavir. Si le ritonavir n'est pas disponible séparément, augmenter la dose de LPV/r de 2 cp toutes les 12 heures à 4 cp toutes les 12 heures.</li> <li>• Arrêter la double dose 2 semaines après la fin du traitement antituberculeux.</li> </ul>

### II.4. Cas particulier de l'enfant

Un enfant infecté par le VIH a environ 6 fois plus de risque de mourir de la TB. L'infection à VIH augmente la vitesse d'évolution et la sévérité de toutes les formes de TB.

Par conséquent, la co-infection VIH-TB doit donc être recherchée systématiquement : (i) dépister l'infection par le VIH ou l'exposition au VIH chez tout enfant tuberculeux par une sérologie VIH, (ii) évoquer et rechercher systématiquement la TB chez tout enfant infecté par le VIH présentant des symptômes évocateurs et chez tout enfant au stade clinique OMS 3 ou 4.

### II.4.1. Diagnostic de la TB chez l'enfant infecté par le VIH

La confirmation diagnostique est difficile, le plus souvent la bascilloscopie (maladie pauci-bacillaire) et l'IDR sont négatives, la radiographie de thorax non spécifique.

Le diagnostic présomptif chez un enfant infecté par le VIH repose sur :

- Un signe clinique évocateur ;
- Un comptage tuberculeux avéré à rechercher activement pour toute suspicion (ou IDR > 10mm) ;
- Non réponse à une antibiothérapie à spectre adapté résultat biologique évocateur ;
- Une image radiographique évocatrice ;
- Un stade d'immunodépression OMS avancé ou sévère (ou stade clinique 3 ou 4 hors critère TB).

#### Signe clinique évocateur chez enfant :

- Toux persistante ou sifflement dans la poitrine de plus de deux semaines ;
- Amaigrissement/malnutrition/AEG ou ralentissement de la croissance ;
- Fièvre persistante.

**La présence de 4 critères suffit à porter le diagnostic présomptif de TB et à débiter le traitement.**

### II.4.2. Traitement ARV en cas de co-infection TB/VIH chez l'enfant

Tout enfant ayant une TB active doit commencer immédiatement le traitement antituberculeux et le traitement ARV dans 2 semaines et toujours dans les 8 premières semaines après le début du traitement antituberculeux si ce traitement est bien toléré, quel que soit le nombre de CD4 et le stade clinique.

Enfants infectés au VIH présentant une tuberculose active :

- Enfants âgés de moins de 3 ans : 2 INTI + LPV/r
- Enfants âgés de plus de 3 ans : 2 INTI+EFV

Chez les enfants infectés au VIH sous ARV présentant une tuberculose active, des modifications sont à faire au niveau du régime ARV.

**Tableau 79 :** TARV chez l'enfant co-infecté TB/VIH

Régime initial	Enfants < 3 ans	Enfants ≥ 3 ans
2 INTI + DTG	2 INTI + LPV/r ou DTG	2 INTI + DTG
2 INTI + LPV/r		2 INTI + LPV/r
2 INTI + EFV		2INTI + EFV

Si Régime contenant LVP/r : Ajouter au régime le ritonavir de façon à avoir un ratio 1 :1 entre la dose du LPV et celle du RTV.

## II.5. Cas particulier de la femme enceinte

### Prise en charge d'un nourrisson né d'une mère atteinte de tuberculose

Tableau 80 : Cas particulier de la FEC VIH+

FEC pour laquelle risque de complications	Comment exclure TB chez le nourrisson
<ul style="list-style-type: none"><li>• Diagnostic de la TB dans les deux derniers mois de la grossesse.</li><li>• En l'absence d'une bonne réponse clinique au traitement et/ou</li><li>• Examen de frottis de crachat est redevenu positif.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Faire un examen clinique y compris l'examen de l'abdomen</li><li>• Chercher les signes et symptômes suivants ;<ul style="list-style-type: none"><li>○ Fréquence respiratoire <math>\geq 60</math>/min or difficulté à respirer</li><li>○ Problème d'alimentation ou faible gain de poids</li><li>○ Distension abdominale, hépatomégalie ou splénomégalie</li><li>○ Ictère</li></ul></li><li>• Faire l'examen post-natal du placenta à la recherche de calcifications (si calcifications placentaires, les prélèvements endométriaux doivent être obtenus dans les 72 heures de l'accouchement et envoyés au laboratoire pour la culture de BK et l'examen histologique).</li></ul>

La mère atteinte de TB peut allaiter son bébé ?

**Note Pratique** : Toute maman y compris celle sous traitement antituberculeux et/ou infectée par le VIH doit être encouragée à allaiter son enfant.

## II.6. Syndrome Inflammatoire de Reconstitution Immunitaire (IRIS)

L'IRIS peut se manifester **une semaine ou plusieurs mois** après l'introduction du TARV, les patients développent soit une récurrence ou une progression des symptômes de la tuberculose soit des nouveaux signes d'une autre maladie opportuniste dans les premières semaines après l'introduction du TARV

- Il s'agit de l'aggravation du statut clinique des patients VIH positifs survenant après le début de prise de TARV.
  - Après le début de la prise du TARV, le système immunitaire commence à se reconstituer ;
  - En conséquence, les symptômes inflammatoires et les signes s'aggravent en présence des infections opportunistes.
- Le syndrome peut survenir chez :
  - Les patients déjà sous traitement pour les infections opportunistes au début du traitement antirétroviral : **IRIS paradoxal**
  - Les patients chez qui l'infection opportuniste n'a pas été reconnue au moment de l'initiation du TARV : **IRIS démasqué**.

### II.6.1. Comment se présente l'IRIS dans la tuberculose ?

- Le tableau clinique fréquent comprend :
  - Une hypertrophie ganglionnaire
  - Une fièvre
  - Une aggravation des infiltrats pulmonaires à la radiographie du thorax
  - Une augmentation des épanchements pleuraux
- La méningite ou une augmentation de la taille de tuberculomes cérébraux peuvent engager le pronostic vital.

**Tableau 81** : Prise en charge de l'IRIS

Comment diagnostiquer l'IRIS au cours de la tuberculose ?	Comment faire la prise en charge de l'IRIS ?
Diagnostic d'exclusion	
Il faut exclure les autres causes possibles d'aggravation clinique de la tuberculose à savoir : <ul style="list-style-type: none"><li>• La tuberculose multi-résistante</li><li>• Les diagnostics alternatifs par exemple la pneumonie bactérienne, la pneumocystose, le sarcome de Kaposi etc.</li><li>• Mauvaise adhérence au traitement</li><li>• La malabsorption</li><li>• La toxicité médicamenteuse</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• La plupart des malades peuvent être pris en charge en ambulatoire</li><li>• On peut prescrire les anti-inflammatoires non-stéroïdiens</li><li>• Le TARV doit être poursuivi sauf si risque d'engagement du pronostic vital</li><li>• Si risque d'engagement du pronostic vital, le malade doit être hospitalisé d'urgence</li><li>• La corticothérapie peut être nécessaire dans le cas des réactions graves.</li></ul>

**NB** : L'IRIS dû à la tuberculose est rarement fatal. Le TARV ne doit pas être retardé chez les patients avec les taux bas de CD4 pour prévenir l'IRIS dû à la tuberculose car la mortalité est élevée lorsque le TARV est retardé.

### III. Prise En Charge et Prévention de la co-infection VIH/Hépatites virales B et C

L'infection par le VIH modifie l'histoire naturelle des infections par le VHC et par le VHB/VHD en favorisant une évolution vers les formes chroniques et une évolution rapide vers les complications (cirrhose et carcinome hépatocellulaire). L'objectif thérapeutique est l'éradication du virus pour le VHC, une suspension de la réplication virale du virus B afin d'obtenir une régression de la fibrose et la prévention des complications.

#### III.1. Co-infection VIH-VHB

La prévalence de l'infection chronique par le VHB (Ag HBs+ ou ADN VHB+) chez les PVVIH est peu documentée dans notre milieu mais serait de 8 à 10 % (CAMPHIA...). L'hépatite B peut être efficacement prévenue par la vaccination. Par conséquent, il est indispensable de réaliser de façon systématique un dépistage sérologique et virologique VHB complet chez l'ensemble des PVVIH (traités ou non), avec titrage des anticorps anti-HBs ou recherche de l'ADN VHB et d'une co-infection delta le cas échéant, à répéter annuellement, en parallèle à l'application de mesures préventives (notamment la vaccination anti-VHB).

Les facteurs de mauvais pronostic au cours de la co-infection VIH/VHB sont :

- Taux bas de CD4 ;
- La persistance de l'AgHbe ;
- Les infections multiples (VHB, VHC, VHD) ;
- La consommation d'alcool.

Ces facteurs doivent être identifiés et pris en compte dans le processus de décision de traitement.

### III.1.1. Comment faire le diagnostic et le bilan de l'infection par le VHB en cas de co-infection VIH/VHB ?

Tableau 82 : Bilan de l'infection HVB en cas de coinfection VIH/VHB

Comment faire le diagnostic et le bilan de l'infection par le VHB en cas de co-infection VIH/VHB	
<b>Systématique</b>	Ag HBs et Ac anti-HBc ainsi que Ac anti-HBs (vaccination)
<b>Ag HBs positif</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recherche des anticorps anti-delta.</li> <li>• Évaluation de la sévérité de l'hépatite B et du profil virologique.</li> </ul>
<b>Ac anti-HBc positif et Ag HBs négatif</b>	Recherche ADN du VHB (charge virale) afin d'éliminer la possibilité d'une hépatite B occulte, en particulier si les transaminases sont élevées.

### III.1.2. Evaluer l'atteinte hépatique en cas de co-infection VIH-VHB

Tableau 83 : Atteinte hépatique en cas de coinfection VIH/VHB

Evaluer l'atteinte hépatique en cas de co-infection VIH-VHB	
<b>Quand</b>	• Devant une élévation des transaminases et charge virale du VHB (> 2 000 UI/ml)
<b>Pourquoi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déterminer le stade de la maladie, le risque de progression vers la cirrhose et ses complications</li> <li>• Evaluer l'activité nécrotico-inflammatoire et la fibrose et</li> <li>• Aider à la décision thérapeutique</li> </ul>
<b>Comment</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ponction-Biopsie Hépatique (PBH) : étude histologique du foie</li> <li>• Echographie abdominale et dosage de l'<math>\alpha</math>-foetoprotéine pour rechercher, d'une part, des signes directs ou indirects de cirrhose et, d'autre part, un carcinome hépatocellulaire qui peut survenir à n'importe quel stade de l'infection par le VHB.</li> </ul>

### III.1.3. Quand instituer un traitement en cas de co-infection ?

L'instauration du TARV est recommandée chez toutes les personnes séropositives pour le VIH co-infectées par le VHB indépendamment du taux de CD4. Le TARV devrait contenir Ténofovir + Lamivudine (TDF/3TC) ou Ténofovir + Emtricitabine (TDF/FTC) chez les personnes co-infectées par le VHB dont l'arrêt doit être évité du fait du risque élevé de rebond virologique VHB et de décompensation hépatique après une réactivation de l'hépatite B. En cas d'échec thérapeutique, maintenir si possible TDF/3TC et ajouter un IP/r. Par conséquent, chez le patient de 10 ans ou plus :

- 1<sup>ère</sup> ligne : TDF/3TC/DTG ou TDF/3TC/EFV ;
- 2<sup>e</sup> ligne TDF/3TC+ATV/r ou LPV/r.

### III.1.4. Comment surveiller le traitement ?

Tableau 84 : suivi du traitement

Examens	Périodicité
Transaminases	Trimestrielle
Ag HBs	Tous les 6 mois
CV	Tous les 6 mois
Ag HBe	S'il était positif

### III.1.5. Quand et qui vacciner en cas de co-infection ?

Tableau 85 : Vaccination en cas de coinfection VIH/VHB

Vaccin	Comment
Vaccin contre hépatite A	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PVVIH coinfectées par VHB et/ou VHC;</li> <li>• Après un contrôle de l'absence d'anticorps anti-VHA ;</li> <li>• Moins efficace si les CD4 sont inférieurs à 200/mm<sup>3</sup> ;</li> <li>• Si CD4 bas (&lt; 200/μL) et CV non contrôlée, le TARV doit être instauré avant de recourir à la vaccination.</li> </ul>
Vaccin contre l'hépatite B	<ul style="list-style-type: none"> <li>• N'est pas recommandée si présence d'IgG anti-HBc isolées (Ag HBs neg, anticorps anti-HBc (+) et anticorps anti-HBs neg).</li> <li>• Une revaccination devrait être envisagée chez les personnes infectées par le VIH avec une réponse sous-optimale à une première vaccination anti-VHB (Ac anti-HBs &lt; 10 UI/L).</li> </ul>

## III.2. Co-infection VIH-VHC

La séroprévalence de l'infection par le VHC chez les patients infectés par le VIH a été estimée au Cameroun à 10%. Cette prévalence varie beaucoup en fonction des études réalisées.

### III.2.1. Diagnostic et bilan de l'infection par le VHC

Tableau 86 : Diagnostic et évaluation de l'atteinte hépatique

Comment faire le diagnostic biologique et virologique ?	
Toute personne infectée par le VIH doit bénéficier d'une recherche d'anticorps anti-VHC par un test ELISA de dernière génération.	
Ac anti-VHC sont positifs	Ne signifie pas forcément une affection évolutive
Charge virale (ARN viral)	Indispensable pour le diagnostic et la décision thérapeutique
Génotypage	N'est pas indispensable, pour initier le traitement, mais souhaitable pour le type et la durée du traitement.
Comment faire l'évaluation de l'atteinte hépatique ?	
Guide et conditionne l'attitude thérapeutique et la surveillance du patient. Elle relève du domaine des spécialistes. Ne doit être réalisée que si la mise en route d'un traitement anti-VHC est possible (coût élevé).	
Bilan initial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ASAT, ALAT, GGT, PAL, bilirubine totale et conjuguée, albuminémie ;</li> <li>• NFS, plaquettes ;</li> <li>• TP ;</li> <li>• ARN VHC (techniques de PCR) ;</li> <li>• Génotype VHC ;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ag HBs (et Ac anti delta si Ag HBs positif) ;</li> <li>• <math>\alpha</math>-foetoprotéine (en cas fibrose sévère F3 ou de cirrhose F4)</li> </ul> Echographie abdominale
<b>Bilan initial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ne montre pas de signe évident en faveur de lésions de cirrhose : PBH (évaluation des lésions hépatiques)</li> </ul>

Il est important de souligner qu'un taux de transaminases normal n'exclut pas l'existence de lésions, parfois sévères. En cas d'indication du traitement pour le VIH, il faudra également éviter la Névirapine et référer à un centre spécialisé.

### **III.2.2. Traitement de la co-infection VIH-VHC**

Parmi les différentes classes d'antirétroviraux, les INNTI et les IP sont essentiellement métabolisés par le foie (via les cytochromes), contrairement aux INTI, à l'exception de l'ABC qui est également métabolisé au niveau hépatique. Les INNTI et les IP peuvent voir leurs propriétés pharmacologiques significativement modifiées en cas de cirrhose, avec des conséquences potentielles en termes d'efficacité antirétrovirale, mais aussi de toxicité.

L'objectif essentiel est d'obtenir une charge virale VIH indétectable sous traitement antirétroviral, car elle est associée à une moindre progression de la fibrose hépatique. La durée du traitement est plus souvent prolongée en cas de co-infection VIH-VHC. en fonction de la cinétique de décroissance virale C, la durée de traitement en cas de co-infection peut être de 48 semaines en cas de génotype 2 ou 3 (contre 24 cas en cas de mono-infection) et 72 semaines en cas de génotype 1 et 4 (contre 48 semaines en cas de co-infection).

## **IV. Dépistage et Prise en charge de la Cryptococcose Méningée chez le PVVIH**

La méningite à cryptocoque est l'une des principales causes de mortalité chez les adultes infectés par le VIH, avant et après l'initiation du TARV. La recherche d'une CM doit être systématique si les CD4 < 200 cellules / mm<sup>3</sup> doivent faire l'objet d'un dépistage de l'Antigénémie Cryptocoque.

Chez les patients atteints d'une méningite à cryptocoque la mise en route immédiate du TARV n'est pas recommandée en raison du risque élevé de survenue d'un IRIS avec atteinte du système nerveux central, pouvant menacer le pronostic vital.

**PVVIH avec diagnostic récent de Cryptococcose Méningée, différé le TARV après traitement antifongique d'une durée de**

- 2 à 4 semaines si l'Amphotéricine + Fluconazole ;
- 4 à 6 semaines si Fluconazole seule par voie orale à fortes doses.

**Tableau 87 :** PEC d'une méningite à Cryptocoque

Prise en charge d'une Méningite à Cryptocoque
<p><b>Diagnostic :</b> microscopie positive OU détection d'antigène de <i>Cryptococcus Neoformans</i> (Ag Cr) dans le sérum, plasma, OU culture du LCR.</p>
<p>Recherche de l'Ag sérique du cryptocoque chez PVVIH avec un taux de CD4 &lt; 200 cellules/mm<sup>3</sup> est nécessaire.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si détection Ag sérique, éliminer une CM par examen du LCR.</li> <li>• Si diagnostic de CM est éliminé, un traitement prophylactique par Fluconazole 800 mg une fois par jour pendant deux semaines est recommandé, préalablement au démarrage du TARV, afin de réduire le risque d'IRIS démasquant.</li> </ul>
<p>La prophylaxie primaire antifongique systématique pour l'infection à cryptocoque n'est pas recommandée chez les PVVIH avec CD4 &lt; 200/mm<sup>3</sup> avant la mise sous TARV, lorsque l'Antigène de cryptocoque est négatif ou lorsque le statut antigénique n'est pas connu (Recherche de l'Ag Cr doit être systématique)</p>
<p><b>Prophylaxie :</b> Fluconazole 1 x 800 mg 1x/j PO pendant 2 semaines puis 1 x 400 mg par jour pendant 8 semaines. En cas de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ag sérique positif du cryptocoque</li> <li>• Personne asymptomatique</li> <li>• Diagnostic de CM éliminé par l'examen du LCR</li> </ul>
<p><b>Traitement :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 14 jours de traitement d'induction, puis 8 semaines de traitement de consolidation, suivi d'une prophylaxie secondaire pendant au moins 12 mois.</li> <li>• Les corticoïdes sont contre-indiqués</li> <li>• Arrêt si CD4 &gt; 200/mm<sup>3</sup> et CV supprimée pendant plus de 3 mois</li> <li>• Traitement d'attaque :             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Amphotéricine B liposomale (0,7-1 mg/kg IV) + Fluconazole 800 mg une fois par jour</li> <li>○ 14 jours puis réaliser ponction lombaire (PL) : si culture du LCR stérile, passer au traitement par voie orale</li> </ul> </li> <li>• Traitement de consolidation             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fluconazole 800 mg 1 cp par jour par voie orale</li> <li>○ 8 semaines. PL répétées jusqu'à obtention d'une pression d'ouverture &lt; 20 cm H<sub>2</sub>O</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Prophylaxie secondaire / Traitement d'entretien</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fluconazole 200 mg/j par voie orale pour une durée de 12 mois</li> <li>• Envisager l'arrêt : si taux de CD4 &gt; 200 cellules/mm<sup>3</sup> sur 2 prélèvements successifs à 6 mois d'intervalle et CV supprimée/indéetectable pendant 3 mois consécutifs</li> </ul>

### Protocoles alternatifs

- Fluconazole (1200 mg par jour) + Flucytosine (100 mg/kg/j) pendant 2 semaines, en induction puis 800 mg de Fluconazole par jour en phase de consolidation de la 3<sup>e</sup> à la 10<sup>e</sup> semaine, puis 200 mg de fluconazole par jour ;
- Amphotéricine B deoxycholate (1.0 mg/kg/j) + Fluconazole (1200 mg jour) pendant 2 semaines et la suite comme dans les protocoles précédents ;

Cependant, les nouvelles recommandations de l'OMS de mars 2018 issues de l'étude ACTA faite au Cameroun, préconisent en protocole préférentiel :

- Amphotéricine B deoxycholate (1,0 mg/kg/j) + Flucytosine (100 mg/kg/j) pendant 7 jours, Fluconazole (1200 mg par jour) jusqu'à 2 semaines, 800 mg de Fluconazole par jour de la 3<sup>e</sup> à la 10<sup>e</sup> semaine puis 200 mg par jour.

## V. Dépistage et Prise en charge de la Pneumocystose (PCP) chez le PVVIH

La pneumocystose pulmonaire est une infection due à un parasite, le *Pneumocystis jiverocii*. Elle survient chez des patients en état d'immunodépression avancé et signe le passage au stade de Sida.

**Tableau 88 :** PEC de la pneumocystose pulmonaire

Prise en charge de la Pneumocystose pulmonaire
<b>Diagnostic</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Présomptif</b> : taux de CD4 &lt; 200/mm<sup>3</sup> ET dyspnée / désaturation à l'effort et toux ET radiologie (image de miliaire) compatible sans signes évidents d'une pneumonie bactérienne ET réponse au traitement.</li> <li>• <b>Définitif</b> : toux et dyspnée à l'effort ET diagnostic basé sur l'examen cytologique des crachats (80% de sensibilité), du lavage broncho-alvéolaire (sensibilité &gt; 95 %) ou de la biopsie des tissus respiratoires prélevés par bronchoscopie (sensibilité &gt; 95 %)</li> </ul>
<b>Prophylaxie Primaire</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tout PVVIH avec taux de CD4 ≤ 500 mm<sup>3</sup></li> <li>• Arrêter si on a une restauration immunitaire ou CV supprimée/indéetectable pendant plus de 3 mois</li> <li>• Cotrimoxazole : 1cp double dose (800/160) 3x/semaine ou 1cp simple dose (400/80) 1x/j PO</li> <li>• Alternatif <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Atovaquone (1500 mg/j en une prise PO avec repas) +/- Pyriméthamine (75 mg 1x/semaine) + Acide folique (25-30 mg 1x/semaine)</li> <li>○ Dapsone (Disulone® 50 à 100 mg/j) (Recherche déficit en G6PD) +/- Pyriméthamine (75 mg 1x/semaine) + Acide folique (25-30 mg 1x/semaine)</li> </ul> </li> </ul>
<b>Traitement pendant 21 jours puis prophylaxie secondaire</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cotrimoxazole (TMP/SMX) : 3 x 5 mg/kg/jour sans dépasser 12 ampoules /j voie IV (formes sévères) et 6 cps à 800mg/j voie orale (formes modérées) + prednisone dans les 72h au plus tard après initiation CTX pour une durée de 05 jours, Si PaO<sub>2</sub> &lt; 10 kPA ou &lt; 70 mmHg (éliminer une TB avant toute corticothérapie)</li> <li>• Allergie au Cotrim <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Atovaquone en suspension buvable 2 x 750 mg/jour po (avec un repas) ou</li> <li>○ Dapsone 1 x 100 mg/jour po Rechercher un déficit en G6PD</li> </ul> </li> </ul>

## VI. Dépistage et prise en charge d'une Toxoplasmose chez le PVVIH

La toxoplasmose, parasitose due à *Toxoplasma gondii*. Chez le PVVIH, les manifestations cliniques surviennent dans le cadre d'une ré-infestation endogène (réactivation des kystes restés à l'état quiescent). La toxoplasmose survient en règle avec un taux de CD4 < 200/mm<sup>3</sup> et en l'absence de prophylaxie spécifique.

Les localisations les plus fréquentes de la toxoplasmose au cours de l'infection à VIH sont la toxoplasmose cérébrale et la chorioretinite toxoplasmique.

**Tableau 89 :** Conduite à tenir devant une Toxoplasmose cérébrale

Prise en Charge de Toxoplasmose Cérébrale
<p><b>Tableau clinique :</b> Aigu associant un fébricule ou une fièvre peu élevée, céphalées, crises convulsives, parfois troubles de vigilance.</p>
<p>Sérologie n'a d'intérêt que si elle est négative en permettant d'éliminer le diagnostic de toxoplasmose.</p>
<p><b>Diagnostic :</b> l'imagerie cérébrale (scanner et IRM) sans puis avec injection de produit de contraste révèle des images multiples pas forcément prenant le contraste de manière nodulaire ou en cocarde, correspondant à des abcès.</p>
<p>La prévention primaire et secondaire est faite par le cotrimoxazole. La prophylaxie secondaire peut être arrêtée si le taux de CD4 &gt; 200/mm<sup>3</sup>.</p>
<p>Traitement curatif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Traitement d'attaque de 6 semaines.</li> <li>• L'évolution de la toxoplasmose cérébrale est rapidement favorable sous traitement adapté. En l'absence d'évolution favorable, le diagnostic doit être rediscuté.</li> <li>• 1<sup>ère</sup> intention :             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pyriméthamine (MALOCIDE 100mg le 1er et 2ème jour puis 1mg/kg/j soit 50 à 75 mg/j) + Sulfadiazine (ADIAZINE 100 mg/kg/j, répartis en 4 prises avec un maximum de 6g/j) + Acide folinique (LEDERFOLINE, 25 mg/j).</li> <li>○ En cas d'intolérance aux sulfamides, remplacer Sulfadiazine par Clindamycine (DALACINE 2,4 g/j en 3 à 4 prises IV ou PO).</li> </ul> </li> <li>• Alternative             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cotrimoxazole 960mg : 2cp x 3/j ou équivalent 75/15 mg/kg/j chez l'enfant.</li> </ul> </li> </ul>
<p>Mesures adjuvantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Traitement anticonvulsivant si antécédent ou présence de crise comitiale.</li> <li>• Corticothérapie en cas de syndrome de masse ou un œdème péri-lésionnel important.</li> <li>• La kinésithérapie motrice doit être débutée précocement si déficit moteur.</li> </ul>

## VII. Autres infections opportunistes

### VII.1. Prise en charge d'une Candidose

Le Fluconazole et l'Itraconazole ont des interactions avec les ARV.

**Tableau 90 :** Traitement de 1<sup>ère</sup> intention d'une Candidose Oropharyngée

Traitement de 1 <sup>ère</sup> intention d'une Candidose Oropharyngée
<b>Fluconazole :</b> 50 à 100 mg par jour pour les formes rebelles au traitement local (5 à 7 jours)
<b>Itraconazole :</b> 100-200 mg 1 ou 2 fois par jour po (suspension buvable à jeun) 7-14 jours.
<b>ou Amphotéricine B :</b> 3-6 pastilles à 10 mg/jour ou suspension buvable 1-2 g/jour (en 2-4 prises)

**Tableau 91 :** Traitement de 1<sup>ère</sup> intention d'une Œsophagite

Prise en charge d'une Œsophagite
<b>Diagnostic présomptif :</b> Début récent d'une dysphagie et Candidose Oropharyngée
<b>Diagnostic de certitude :</b> endoscopie avec biopsie (Histologie)
<b>Fluconazole :</b> 400 mg/jour po ou 400 mg/jour en dose de charge puis 200 mg/jour po pdt 10-14 jours
<b>Ou Itraconazole :</b> 1-2 x 100-200 mg/j po (solution orale à jeun) puis 50 mg/j iv pdt 10-14 jours.

## VII.2. Infection au virus de l'herpès simplex (VSH)

L'apparence clinique des lésions n'est pas fiable.

**Tableau 92 :** Traitement de l'infection à HSV

<b>Diagnostic :</b> test d'antigène / PCR / culture de frottis / LCR / biopsie.
<b>VSH génital / cutanéomuqueux</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1<sup>ère</sup> poussée : 7-10 jours ou jusqu'à guérison des lésions <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Valacyclovir : 1000 mg x 2/jour po ou</li> <li>○ Famciclovir : 500 mg x 2/jour po ou</li> <li>○ Acyclovir : 400-800 mg x 3 /jour po</li> </ul> </li> <li>• Récidive (&gt; 6 poussées/an) : traitement suppressif chronique <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Valacyclovir : 500 mg x 2/jour po</li> </ul> </li> </ul>
<b>Lésions cutanéomuqueuses sévères</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acyclovir : 5 mg/kg/jour en 3 prises IV (passer à la voie orale dès régression des lésions)</li> </ul>
<b>Lésions cutanéomuqueuses résistantes à l'acyclovir :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Foscarnet : 80-120 mg/kg/jour IV en 2 à 3 prises jusqu'à réponse clinique</li> </ul>

## VII.3. Infection à Varicelle Zona Virus (VZV)

**Tableau 93 :** Traitement de l'infection à VZV

<b>Diagnostic :</b> apparence clinique typique avec/sans test d'antigène OU test d'antigène / PCR / culture de frottis / LCR / biopsie			
<b>Traitement</b>			
<b>Primo-infection (varicelle)</b>	Valacyclovir	3 x 1000 mg/jour po	5-7 jours
<b>Zona : Non disséminé</b>	Valacyclovir	3 x 1000 mg/jour po	7-10 jours
	ou Famciclovir	3 x 500 mg/jour po	7-10 jours
<b>Zona : Disséminé</b>	Acyclovir	3 x 10 mg/kg/jour iv	10-14 jours
<b>Encéphalite (y compris vascularite)</b>	Acyclovir	3 x 10-15 mg/kg/jour	14-21 jours

# Chapitre 9 : Dépistage et Prise en charge des maladies non transmissibles

---

Les PVVIH ont un risque élevé de développer un certain nombre de maladies chroniques non transmissibles (MCNT) notamment les maladies cardiovasculaires, le diabète, les pathologies respiratoires chroniques et certains types de cancers. Les facteurs de risque reconnus sont (i) l'exposition aux TARV et leur toxicité, (ii) le VIH lui-même ainsi que le dysfonctionnement immunitaire et l'inflammation, associés au VIH ou à des co-infections (par ex. CMV, VHC).

La prise en charge adéquate des comorbidités, qui regroupent les MCNT et aussi les troubles du SNC et les troubles sexuels est de plus en plus intégrée à la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH.

## I. Prévention du risque de Maladies Cardiovasculaires (MCV)

Les options de modification du TARV incluent : (1) Remplacer l'IP/r par un INNTI, le RAL ou par un autre IP/r moins pourvoyeur d'anomalies métaboliques, (2) Envisager le remplacement de ZDV ou d'ABC par le TDF ou utiliser un schéma sans INTI.

### I.1. Tabagisme

Les individus séropositifs pour le VIH et fumeurs de tabac doivent être informés des effets bénéfiques du sevrage tabagique pour leur santé : réduction du risque de développer des maladies liées au tabagisme, ralentissement de l'évolution des maladies liées au tabagisme déjà présentes et allongement de l'espérance de vie d'une moyenne de dix ans.

### I.2. Hypertension artérielle

Des mesures répétées de la tension artérielle doivent être utilisées pour la classification. Envisager la prise d'hypertenseurs en ciblant < 130/80 si besoin après avoir initié les activités sportives ainsi que des règles hygiéno-diététiques.

### I.3. Diabète

Un diabète de type 2 peut être sous-estimé par les valeurs d'HbA1c chez les personnes vivant avec le VIH et traitées par ARV, en particulier lorsque le traitement comporte de l'ABC.

L'intolérance au glucose augmente la morbidité et la mortalité cardio-vasculaire et augmente de 4-6 fois le risque de développer un diabète. Les personnes concernées devraient être la cible des mesures d'intervention de modification du mode de vie, et leurs facteurs de risque cardio-vasculaire doivent être évalués et traités.

**Tableau 94 :** Objectifs du traitement

<b>Equilibre glycémique (HbA1c &lt; 6,5-7% sans hypo glycémies, glycémie à jeun comprise entre 4-6 mmol (73-110 mg/dl), prévention des complications à long-terme.</b>
Un traitement par acide acétylsalicylique (75-150 mg/j) devrait être envisagé chez tout patient diabétique ayant un risque MCV élevé,
Le dépistage de la néphropathie et de la rétinopathie diabétiques est identique à celui réalisé dans la population diabétique non-VIH.
Une consultation avec un diabétologue est recommandée

La metformine peut aggraver la lipoatrophie. De même, il faudrait envisager une diminution de la dose chez les personnes ayant une IRC modérée à moyenne, ou celles qui reçoivent du DTG.

#### I.4. Dyslipidémie

Un taux élevé de LDL-c est associé à une augmentation du risque de maladie cardiovasculaire. La diminution du poids, l'augmentation de l'activité physique et l'arrêt du tabac sont de nature à améliorer le HDL-c. Cependant, une statine est le traitement de choix en première ligne.

Toute personne avec une maladie cardiovasculaire avérée ou ayant un diabète de type 2 ou ayant un risque élevé de maladie cardiovasculaire doit être mise sous statines, quel que soit ses taux sériques de lipides.

**Tableau 95 :** Statines

	Avec IP	Avec INNTI
<b>Atorvastatine : 10-80 mg/j</b>	Démarrer à faible dose(v) (max : 40 mg)	Envisager des doses plus élevées
<b>Pravastatine : 20-80 mg/j</b>	Envisager des doses plus élevées	Envisager des doses plus élevées
<b>Effets secondaires des statines :</b> Troubles gastro-intestinaux, céphalées, insomnies, rhabdomyolyse (rare) et hépatite toxique		

#### I.5. Cancers

Le cancer du col de l'utérus est dû dans la grande majorité des cas à une infection au papilloma virus. Les femmes vivant avec le VIH ont un risque plus élevé des lésions précancéreuses et de cancer du col de l'utérus. Par conséquent, toutes les femmes infectées par le VIH doivent bénéficier d'un dépistage de cancer du col de l'utérus et d'un suivi régulier.

La vaccination contre le papilloma virus et la prise en charge du cancer du col est superposable à ce qui est fait chez les personnes non infectées par le VIH.

**Tableau 96** : Prise en charge des cancers

Problème	Personnes	Examen complémentaire	Fréquence de dépistage	Commentaires
<b>Cancer anal</b>	HSH Personnes ayant une dysplasie associée au HPV	Toucher rectal +/- cytologie anale	1-3 ans	Anuscopie si cytologie anale normale
<b>Cancer du sein</b>	Femmes de 50-70 ans	Mammographie	1-3 ans	
<b>Cancer du col de l'utérus</b>	Femmes séropositives > 21 ans ou ayant une activité sexuelle active	FCV	1-3 ans	Dépistage du HPV peut être utile
<b>Cancer colorectal</b>	Personnes entre 50 et 80 ans	Hémocult	1-3 ans	
<b>CHC</b>	Personnes atteintes d'une cirrhose et celles ayant une co-infection avec HVB ou un risque élevé d'infection à VHC	Echographie (alpha foetoprotéine)	Tous les 6 mois	

## 1.6. Problème de Santé Mentale en relation avec VIH

Les problèmes de santé mentale tels que la dépression, l'anxiété, la toxicomanie et la confusion sont plus fréquents chez les PVVIH et peuvent contribuer de manière significative à une mauvaise observance du traitement.

Ces pathologies ainsi que leur traitement peuvent avoir une influence sur l'observance thérapeutique et sur la rétention dans les soins. Leur détection ainsi que leur prise en charge doivent faire partir du paquet de soins chroniques offert chez tout PVVIH.

### 1.6.1. Dépression

Les symptômes de la dépression majeure sont chroniques (au moins 2 semaines) et ont un impact sur la vie du patient.

**Tableau 97** : Prise en charge d'une dépression

Dépression
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une prévalence plus élevée de la dépression a été rapportée chez les personnes vivant avec le VIH (20-40% versus 7% dans la population générale)</li> <li>• Une inaptitude significative et une moins bonne réponse au traitement du VIH</li> </ul>
<p><b>Dépistage et diagnostic :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tristesse omniprésente et un manque d'intérêt pour les activités quotidiennes</li> <li>• Perte d'appétit, perte de poids</li> <li>• Insomnie avec réveil précoce, fatigue importante, difficulté à se concentrer ou à prendre des décisions</li> <li>• Idées suicidaires (EFV est associé à un risque plus élevé de risque suicidaire)</li> </ul>

**Exclure toute autre cause de dépression** : annonce de séropositivité, hypothyroïdie, intolérance à l'Efavirenz (associée à une insomnie, à des cauchemars, à une perte de mémoire), au décès récent d'un membre de la famille, etc.

**Prise en charge :**

- Remplacer EFV par un autre ARV pour les personnes chez qui le diagnostic de dépression est posé
- La prise de médicaments est recommandée aux personnes ayant des idées suicidaires, des épisodes répétés de dépression et une réponse insuffisante au seul soutien psychologique.
- Tous les patients sous antidépresseurs bénéficient également d'un soutien psychologique.
- La durée du traitement varie de 3 à 6 mois, mais certains auront besoin d'un traitement à long terme.
- Des consultations hebdomadaires le premier mois sont nécessaires pour suivre les symptômes, les effets secondaires et le renouvellement des médicaments. Le traitement doit toujours être arrêté progressivement.

### ***1.6.2. Drogues y compris Toxicomanie***

La consommation d'alcool ou d'autres drogues est un motif courant de mauvaise observance. La gestion des drogues implique des conseils de soutien réguliers. Les pathologies rencontrées sont (i) la dépendance, (ii) la dépression et (iii) la psychose aiguë.

### ***1.6.3. Confusion***

La confusion, la désorientation dans le temps et l'espace, les troubles de la conscience, les problèmes de concentration peuvent tous être associés à l'infection par le VIH. La cause est souvent organique : toxoplasmose cérébrale, méningite ou encéphalite, ou effet secondaire d'un médicament : Efavirenz (rare). L'identification et le traitement de la cause sous-jacente sont essentiels. Les effets directs du VIH s'amélioreront avec le traitement antirétroviral.

**La démence liée au VIH/SIDA a pour symptômes** : Déficit de mémoire dû à la pensée abstraite et au jugement, perte d'attention et de concentration, agitation, méfiance, déséquilibre moteur, manque de coordination et incontinence urinaire.

**La PEC** : Examen médical / examen neurologique et de laboratoire (urée et électrolytes, fonctions thyroïdiennes, etc) et/ou radiologique. Traitement des états pathologiques avec soutien psychosocial.

**Autres mesures** : rappels fréquents du lieu et de l'heure du patient pour réduire la confusion, évaluer la capacité à effectuer des tâches quotidiennes, réduire le stress chez les soignants dans la PEC à long terme.

# Chapitre 10 : Infections sexuellement transmissibles et autres affections génitales non transmissibles

Il arrive fréquemment d'observer chez le même patient une infection à VIH et d'autres IST. La plupart des infections sont asymptomatiques, particulièrement chez la femme. Même asymptomatiques, les IST peuvent être à l'origine de complications et augmenter les risques d'acquisition ou de transmission du VIH. En outre, l'infection à VIH modifie l'histoire naturelle des IST.

Le dépistage, le diagnostic et le traitement des IST doivent être proposé à toute personne séropositive pour le VIH et sexuellement active au moment du diagnostic VIH, puis une fois par an ou lorsqu'il existe des symptômes d'IST et pendant la grossesse. Les procédures diagnostiques doivent suivre les recommandations locales ou nationales.

Les IST suivantes doivent être recherchées de façon universelle chez les personnes séropositives pour le VIH et leur(s) partenaire(s) sexuel(le)s

**Tableau 98** : les différentes IST

IST	Traitement	Commentaires
<b>Infection à Chlamydiae (Souvent asymptomatique)</b>	Doxycycline (100 mg x 2/j po pendant 7 jours,) ou Azithromycine (1 g par voie orale en dose unique) Alternatives : Erythromycine (500 mg toutes les 6 heures par voie orale(ii)) pendant 7 jours	Toujours envisager une co-infection par Neisseria gonorrhoea
<b>Infection à Chlamydiae chez la femme enceinte</b>	Erythromycine 500mg PO X 4/j pendant 7j ou Amoxicilline 500mg X 3/j pendant 7j	Doxycycline et Azithromycine DU sont contre-indiqué
<b>Infection à N. gonorrhoea</b>	Ceftriaxone (500 mg par voie intramusculaire en dose unique) ET Azithromycine (1 g par voie orale en dose unique).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peut provoquer une rectite, une prostatite, une épидидymite</li> </ul>
<b>Infection HPV (généralement asymptomatique)</b>	Plusieurs traitements possibles : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ablation chirurgicale au laser,</li> <li>• Electrocoagulation,</li> <li>• Cryothérapie, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un FCV est recommandé chez toute femme séropositive pour le VIH</li> </ul>
<b>Infection HSV2</b>	Primo-infection : acyclovir (400-800 mg TID par voie orale) ou Valacyclovir (500 mg bd par voie orale) pendant 5 jours,	
<b>Syphilis</b>	La pénicilline est le traitement de référence Syphilis primaire/secondaire : Benzathine pénicilline G (2,4 millions UI IM en dose unique à administrer en 2 endroits différents). Le succès thérapeutique est défini par la disparition des symptômes et par la diminution du titre de VDRL d'au moins quatre fois en 6-12 mois	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Envisager la réalisation d'une ponction lombaire (LCR) chez les personnes avec symptômes neurologiques</li> </ul>
<b>Syphilis chez la FEC allergique à la pénicilline</b>	Erythromycine	
<b>Allergie à la pénicilline</b>	Doxycycline (100 mg par voie orale pendant 2 semaines) est considérée comme moins efficace.	
<b>Neurosyphilis :</b>	Pénicilline G (6 x3-4 millions UI IV pendant au moins deux semaines).	

# Chapitre 11 : Prise en charge des personnes âgées

---

## I. Introduction

L'espérance de vie de la population au Cameroun a grandement augmenté ces dernières années, ceci en partie lié à la réduction de la mortalité de l'infection à VIH. En effet l'accès au traitement antirétroviral à grande échelle a permis de réduire la prévalence et surtout permet aux personnes vivant avec le virus de vivre plus longtemps. Ainsi le vieillissement de la population constitue l'un des changements démographiques majeurs observés au cours des dernières décennies au Cameroun. Même si leur poids démographique demeure encore faible, la majorité des personnes âgées au Cameroun vivent en situation de vulnérabilité tant au plan socio-économique que sanitaire, variant entre fragilité et handicap. Pour les personnes âgées infectées, le VIH en se chronicisant draine un cortège de nouveaux problèmes de santé, qui méritent de s'y attarder spécifiquement.

## II. Définitions

- **Vieillesse** : ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme avec pour résultante une dégradation progressive des capacités physiques et mentales, une majoration du risque de maladie et de décès. L'état de santé d'une personne âgée résulte habituellement des effets du vieillissement auxquels s'ajoutent les effets de maladies passées (séquelles) ou actuelles, chroniques ou aiguës.
- **Vieillesse précoce ou accélérée** : Apparition prématurée de comorbidités liées à l'âge avancé, en l'occurrence les pathologies cardiovasculaires, neuro-dégénératives, l'ostéoporose, la fragilité et les syndromes gériatriques.
- **Personne âgée** ou **Senior** : selon l'OMS, personne de plus de 65ans. Dans le cadre de certaines pathologies chroniques, telles que l'infection à VIH, les effets du vieillissement apparaissent plus tôt et déjà des personnes de plus de 50 ans sont déjà considérées comme personnes âgées.
- **Fragilité** : Diminution des capacités physiologiques et fonctionnelles entraînant une vulnérabilité et l'impossibilité de répondre de façon adaptée à un stress qu'il soit médical, psychologique ou social.
- **Multi-morbidité** : Présence chez un même patient d'au moins deux pathologies chroniques.
- **Âgisme** : Discrimination négative vis-à-vis des personnes âgées et/ou de la vieillesse

### **III. Calendrier et modalités de suivi**

Les comorbidités liées au vieillissement doivent être évaluées régulièrement, au minimum une fois par an, et plus régulièrement en prévention secondaire (chez des personnes ayant déjà des complications). L'évaluation gériatrique doit également se faire régulièrement dès l'âge de 65 ans, ou plus tôt chez des patients poly-morbides ayant des signes de vieillissement précoce.

Les possibilités de dépistage vont également varier en fonction du niveau dans la pyramide de soins. La plupart des questionnaires proposés sont gratuits et facilement accessibles. Ils sont ainsi faciles à introduire dans le dossier de suivi du patient. Néanmoins quelques-uns nécessitent un accès à une connexion internet. De même certains examens de laboratoire et investigations complémentaires ne sont pas toujours disponibles dans les formations sanitaires.

De façon générale, la prise en charge doit être multidisciplinaire. Les personnels de santé de premier recours (médecins et infirmiers prescripteurs d'ARV) sont responsables du dépistage. Pour les situations complexes ou en cas de poly-morbidités, les patients âgés pourront être référés vers des CTA où sont disponibles des médecins internistes et/ou gériatres, pour une évaluation plus complète associant les autres intervenants du comité thérapeutique.

### **IV. Synthèse des recommandations**

Chez les personnes âgées, les syndromes gériatriques sont aussi courants que les autres maladies chroniques et sont fortement associés à une perte d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne. Les personnes âgées vivant avec le VIH ont un risque de comorbidités plus élevé, du fait de l'immunodépression (et ses affections opportunistes) et du fait des médicaments nécessaires au traitement qui ont leur toxicité directe en plus d'induire des interactions avec d'autres médicaments.

Une évaluation régulière systématique permet de détecter des pathologies traitables, réduire la dégradation fonctionnelle, les hospitalisations et les effets secondaires médicamenteux sévères. Cette approche permet d'élaborer un plan de suivi à long terme tenant compte des réalités et des besoins de chaque patient. La participation d'une équipe interdisciplinaire (médecin, assistante sociale, diététicienne, physiothérapeutes, psychologue, infirmières...) et une coordination étroite avec l'entourage du patient sont indispensables pour réaliser cette prise en charge.

**Tableau 99** : Check-list de suivi des comorbidités et des syndromes gériatriques

	Nouveau diagnostic après 50 ans	Nouveau diagnostic après 65 ans	Evaluation (gériatrique) initiale > 50ans*	Suivi patients après 50 ans	Suivi patients après 65 ans
Vieillesse précoce ou accélérée					
Diabète et syndrome métabolique					
Maladies cardio-vasculaires	x	X	X	1-2x/an	2x/an
Maladie rénale	x	x	x	1-2x/an	2x/an
Ostéoporose	x	x	X	-	1fois/an
Cancers dépistables	x	x	x		
Troubles cognitifs associés au VIH	x	x	x	1x/an	1fois/an
Vaccination et prévention des infections chez le patient VIH	x	x	x	-	1x/an
Syndromes gériatriques					
Comorbidités	x	x	x	1-2x/an	Chaque fois
Polymédication et interactions médicamenteuses	x	x	x	1-2x/an	Chaque fois
Autonomie et performance	x	x	x	1x/an	2x/an
Malnutrition et sarcopénie	x	x	x	1x/an	2-3x/an
Chutes et risque de chute/ Troubles de la marche et de l'équilibre	(-)	x	(x)	-	2x/an
Anxiété et dépression	x	x	x	1x/an	2x/an
Démences et troubles cognitifs	x	x	x	1x/an	2x/an
Confusion	(-)	x	(x)	-	Chaque fois
Déficits sensoriels	(-)	x	(x)	-	2x/an
Incontinence urinaire et/ou fécale	(-)	x	(x)	-	2x/an
Isolement et maltraitance	(-)	x	(x)	-	2x/an

\* Patients âgés >50ans déjà suivis et pour lesquels une évaluation initiale est effectuée (gériatrique si >65ans).

## Chapitre 12 : Conseils nutritionnels aux personnes infectées par le VIH

Le personnel de la dispensation communautaire doit connaître les complications liées au VIH ou à ses traitements, et avoir accès à la documentation sur ce sujet, afin de les détecter rapidement et réagir de façon adaptée : en conseillant le patient au site de dispensation ou en l'orientant vers un professionnel spécialisé, si les complications sont sévères. Dès l'initiation d'un traitement ARV, il est indispensable que des conseils nutritionnels adaptés soient donnés au patient, afin de prévenir l'apparition de troubles métaboliques liés au VIH et/ou aux ARV.

**Tableau 100 :** Conseils nutritionnels en cas de symptômes liés au VIH ou au traitement

Complications	Conseils nutritionnels (conseils thérapeutiques non inclus)
<b>Diarrhée (selles liquides &gt; 3 fois/jour)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ne pas arrêter de manger. Privilégier des aliments favorables à une bonne digestion : riz blanc, pain, carottes cuites, bananes. Éviter les aliments crus, épicés ou très gras et les produits laitiers.</li> <li>• Boire beaucoup pour éviter la déshydratation. La boisson peut être de l'eau, de la soupe ou de l'eau du riz. Éviter de boire du thé ou du café.</li> <li>• <b>Éliminer l'alcool et le tabac.</b></li> </ul>
<b>Perte d'appétit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manger fréquemment en petites quantités les aliments préférés afin de stimuler l'appétit. Éviter les aliments qui donnent des gaz ou les boissons gazeuses qui peuvent ballonner.</li> <li>• Boire beaucoup, surtout entre les repas.</li> <li>• Éliminer l'alcool et le tabac.</li> <li>• Faire de l'exercice léger, en respirant bien (exemple : la marche).</li> </ul>
<b>Nausées et vomissements</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manger assis et attendre 1 heure avant de s'allonger après le repas. Éliminer les aliments très gras, préférer les aliments secs et salés sont souvent bien tolérés en cas de nausées.</li> <li>• Boire beaucoup, plutôt entre les repas, même en cas de vomissements.</li> <li>• Éliminer l'alcool et le tabac.</li> </ul>
<b>Douleurs de la bouche / gorge, entraînant des difficultés à manger</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Privilégier les aliments mous et faciles à avaler : crèmes, yaourts, soupes, avocat, courge, banane, papaye, aliments hachés.</li> <li>• Pour avaler les boissons, utiliser une paille.</li> <li>• Éliminer les boissons gazeuses et l'alcool.</li> <li>• Éviter les aliments épicés, irritants (secs) ou acides.</li> <li>• En cas de candidose, limiter les aliments sucrés (sucre, miel, boisson sucrée) qui peuvent aggraver l'état du malade.</li> </ul>

Certains ARV sont pris en dehors des repas. Le tableau ci-dessous résume la prise des ARV en fonction de l'alimentation.

**Tableau 101 :** Alimentation et traitements de l'infection à VIH

Médicaments fréquemment utilisés	Recommandations relatives aux habitudes alimentaires
ABC, FTC, 3TC, NVP, AZT, EFV	Avec ou sans nourriture.
LPV, RTV, TDF	Avec un repas
ddl	A jeun (sans nourriture) = 45 minutes à 1 heure avant un repas ou 2 à 3 heures après un repas
Cotrimoxazole	Boire de l'eau abondamment pendant toute la durée du traitement.

# Chapitre 13 : Coordination et Suivi Evaluation

---

## I. Coordination

Les résultats escomptés de cette stratégie sont :

- i) Une meilleure prise en charge des PVVIH (enfants, adolescents, adultes et femmes enceintes);
- ii) La contribution à l'atteinte des trois 90 à savoir : une augmentation du nombre de patients qui connaissent leur statut sérologique et du nombre de personnes sous TARV ;
- iii) Une harmonisation et standardisation des procédures et des outils de suivi-évaluation ;
- iv) Une collecte des données de qualité et leur analyse.

La coordination de la mise en œuvre de cette stratégie s'appuiera principalement sur les réunions de coordination entre acteurs et partenaires impliqués aux différents niveaux de la pyramide sanitaire et sur les réunions des comités de rétention dans les sites de prise en charge VIH.

Pour une bonne atteinte des objectifs visés par ce guide, une bonne coordination des activités est indispensable entre acteurs : GTC/GTR/CNLS, Partenaires Techniques et Financiers et partenaires de mise en œuvre, Ministère de la santé publique, structures de prise en charge VIH.

### I.1. Réunions trimestrielles entre le CNLS, les PTF et le Ministère de la Santé Publique

Elles visent une bonne mise en œuvre des activités de suivi des stratégies en place. Ces réunions permettront de discuter des résultats obtenus après la mise en œuvre de la stratégie, des goulots d'étranglement et des solutions proposées pour l'amélioration des résultats, elles visent également à avoir une synergie d'action entre partenaires techniques et financiers.

### I.2. Réunions trimestrielles des comités de rétention

Le comité de rétention qui se tient dans les sites et qui est organisé par les coordonnateurs des UPEC/CTA sera la plateforme de discussion de l'organisation de la stratégie dans la FOSA, du suivi des résultats et de supervision des activités en interne.

Constitué d'une équipe multidisciplinaire, le comité pourra s'imprégner de :

- de la disponibilité des intrants sur le site et leurs conditions de stockage ;
- de la fonctionnalité des APS et l'effectivité de la mise en œuvre de leur cahier de charge ;
- de l'utilisation des supports et outils mis en place dans le cadre du dispositif ;
- des difficultés rencontrées et apporter les informations adéquates.

Le suivi du patient sera axé sur l'aide à l'observance au traitement et la dispensation des ARV.

## **Rôles des intervenants de la pyramide sanitaire dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie « Traitement pour Tous »**

- **Rôle des responsables des niveaux central et régional pour la réussite de la stratégie « Traitement pour Tous » dans toutes les FOSA:**
  - Poursuivre la décentralisation de la prise en charge vers les CMA, CSI, CDT non UPEC, etc... ;
  - Organiser la formation des acteurs de terrain sur la dispensation des ARV et la prise en charge des EI ;
  - Organiser le système d'approvisionnement et gestion en intrant ;
  - Organiser le système d'accompagnement (tutorat) ;
  - Doter ces structures en outils pour la collecte et gestion des données ;
  - Renforcer la délégation des tâches entre les FOSA de différents niveaux selon le guide national de délégation des tâches.
- **Rôle des responsables des formations sanitaires avec l'appui des SSD et DRSP**
  - Renforcer le counseling pré et post-test dans les formations sanitaires au travers des formations continues du personnel médical et des APS;
  - Assurer la formation continue sur site des prestataires médicaux et paramédicaux à la prise en charge par les ARV avec l'appui des UPEC et CTA tuteurs ;
  - Organiser les services pour assurer le suivi post natal systématique du couple mère-enfant et des enfants exposés au VIH alignés au calendrier vaccinal jusqu'à la fin de la période d'exposition ;
  - Créer un espace pour enfants et adolescents et adapter leurs horaires de visite ;
  - Préparer la transition des adolescents vers les services ARV adultes ;
  - Créer des groupes de soutien en fonction des tranches d'âge et mener des activités d'éducation thérapeutiques ciblées ;
  - Organiser le processus de mise sous traitement des patients VIH positifs et leur circuit.

## **II. Suivi évaluation**

### **II.1. Circuit**

Les modalités de suivi des activités, s'appuieront sur le dispositif institutionnel et logistique du système de suivi-évaluation de la réponse santé face au VIH.

- Les indicateurs validés seront intégrés dans les outils de collecte des données au niveau national et distribués dans toutes les formations sanitaires ;
- L'analyse et l'utilisation des données seront faites régulièrement à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (formation sanitaire, district, région, niveau central) ;
- Les mécanismes et les supports de rapportage (transmission des données, validation des données, quantification des besoins, rapport d'activités mensuels, etc.) existants devront intégrer le dépistage, la prise en charge du VIH et la suppression de la charge virale.

## II.2. Supervisions formatives

Véritables outils de formation continue, ces supervisions formatives se feront d'une part par les coordonnateurs de CTA et UPEC tuteurs et d'autre part par les GTR, la DRSP, le MINSANTE vers les structures de prise en charge.

### II.2.1. Supervisions des APS par les équipes régionales et centrales

Elles permettront aux équipes régionales et centrales de voir la réalité de mise en œuvre des activités des APS, échanger avec tous les acteurs terrain engagé dans le dispositif sur les résultats obtenus.

#### Les structures impliquées et leurs rôles

**Au niveau périphérique :**

- **Les formations sanitaires et les structures/ communautaires ont la charge de :**
  - Utiliser les outils mis à disposition par la coordination régionale pour enseigner les informations attendues ;
  - Collecter des données de qualité, les analyser et les transmettre au plus tard le 5 du mois suivant au niveau du district
  - Conduire des supervisions internes mensuelles et des revues des données de façon trimestrielle ;
  - Mener des activités de tutorat des sites de prise en charge nouvellement crée et/ou à problèmes.
- **Le service de santé de district :**
  - Assure la synthèse/compilation, le feedback des données reçues des FOSA et des communautaires OBC
  - Effectue la saisie des données clés de dépistage, prise en charge du VIH dans le DHIS, en même temps que se fait la saisie des données de PTME. Cette saisie devrait se faire au plus tard le 10 du mois suivant la transmission des données ;
  - Assure la formation continue des professionnels de santé et des agents de santé communautaire sur le suivi-évaluation.

### **Au niveau régional :**

- **La Délégation Régionale de la Santé Publique a la responsabilité de :**
  - La coordination des activités de la stratégie entre tous les acteurs de mise en œuvre ;
  - la synthèse/compilation, le feedback, l'analyse des données provenant des districts, la diffusion de l'information obtenue après la mise en œuvre ;
  - le partage de l'information avec les groupes techniques régionaux de lutte contre le SIDA (GTR-VIH) et le Fonds Spécial régional pour la Promotion de la Santé ;
  - la transmission des données des districts de santé à la DLMEP au plus tard le 15 du mois suivant ;
  - la supervision trimestrielle des districts de santé et les revues des données.
- **Le CTA tuteur a la responsabilité de :**
  - la supervision formative trimestrielle des UPEC et des réseaux afférents avec le pool de superviseurs régionaux en collaboration avec le DRSP et le GTR.

### **Au niveau central** la DLMEP et le GTC CNLS assurent :

- la synthèse/compilation, l'analyse, le feedback des données reçues des délégations régionales et des GTR et la diffusion de ces données aux différentes parties prenantes;
- les supervisions intégrées deux fois par an.
- Ces différentes structures utiliseront les outils de suivi-évaluation existants, prenant en compte les indicateurs de la prise en charge du VIH des enfants et des adolescents.

### **III. Coordination de la résistance du VIH aux antirétroviraux (VIROFORUM):**

La coordination des activités de la résistance du VIH aux ARV est assurée par la plateforme de Virologie au niveau central basée au CIRCB, et dénommée VIROFORUM. Le VIROFORUM représente la plateforme de Virologie assurant la coordination dans l'interprétation des résultats de test de résistance sur le plan national.

**Rôle du VIROFORUM :** Cette plateforme permet les échanges entre Cliniciens, Biologistes et Gestionnaires sur les priorités nationales en matière de prise en charge de la résistance du VIH en clinique au Cameroun, et de produire l'information ajournée pour une prise en charge de la résistance du VIH basée sur des évidences générées prioritairement chez les patients suivis au Cameroun.

### **Objectifs du VIROFORUM :**

- ① **Vulgariser l'utilité et l'accès au suivi biologique personnalisé du VIH :** charge virale & test de résistance du VIH au niveau national ;
- ② **Adapter au mieux l'interprétation du test de résistance :** suivant nos réalités en clinique de routine ;

- ③ **Proposer au besoin de nouveaux ARVs aux patients** : suivant les cas de multi-résistance détectés en clinique routine ;
- ④ **Contribuer à la surveillance pharmacorésistance** : Patients naïfs ou en échec ; Etudes d'indicateurs d'alerte précoce de la résistance du VIH.

#### **Composition du VIROFORUM :**

- **Coordination technique** : CIRCB – Laboratoire de virologie, en collaboration avec DLMEP, CNLS, DROS ;
- **Coordination sous régionale** : Responsables des 4 pools nationaux (pool-1 : extrême-nord, nord et Adamaoua ; pool-2 : Centre, Sud, Est ; Pool-3 : Littoral, Sud-Ouest, Kribi ; pool-4 : Ouest et Nord-Ouest) ;
- **Membres de la plateforme** : Coordinateurs des sites de prise en charge des patients sous deuxième ligne, coordinateurs des sites de prise en charge des enfants et adolescents ; des experts multidisciplinaires (pharmacologues, cliniciens, biologistes, gestionnaires de programme VIH, etc) ;
- **Partenaires techniques** : CDC, PEPFAR, EGPAF, CENAME, industries pharmaceutiques, Universités et institutions nationales et internationales, etc.

#### **Fonctionnement du VIROFORUM**

- **Au niveau central**, les sessions mensuelles du VIROFORUM permettent d'assurer la veille sur les cas de résistance et surtout des multi-résistances pour une prise des décisions en temps opportun ;
- **Au niveau sous régional** (pool-1 : extrême-nord, nord et Adamaoua ; pool-2 : Centre, Sud, Est ; Pool-3 : Littoral, Sud-Ouest, Kribi ; pool-4 : Ouest et Nord-Ouest), les sessions trimestrielles permettront le suivi des recommandations sur les indications de test de résistance par sous-région, et l'accompagnement des sites de prise en charge sur les difficultés rencontrées dans la gestion des cas de résistance.

Au niveau institutionnel, la plateforme est sous la supervision du MINSANTE, sous l'égide du Groupe Technique de prise en charge intégrée, groupe national de travail pour la prévention et la surveillance des résistances du VIH aux ARV, selon un organigramme.

#### **IV. Conduite à tenir pour l'amélioration de la qualité des services**

##### **➤ Rôles du Responsable de formation sanitaire**

Le circuit du patient et l'organisation des soins dans chaque site de prise en charge doivent être définis afin d'assurer la qualité de l'offre des services auprès des bénéficiaires.

A ce titre le responsable de chaque site doit :

- Améliorer l'accueil des malades (espaces d'attente agréables, personnel réceptif, horaires appropriés, etc.) ;

- Mettre en place/Renforcer la délégation des tâches au sein de la FOSA selon le guide national de délégation des tâches ;
- Assurer la disponibilité permanente des outils de suivi des patients VIH+ (dossiers médicaux, registres, fiche de collecte/reporting des données, etc.) ;
- Assurer la supervision interne des activités y compris la revue et la validation des données ;
- Assurer une dispensation multi-mois (3 mois) des ARV pour les patients stables ;
- Impliquer les OBC dans la dispensation communautaire des ARV pour les patients stables ;
- Améliorer les conditions de travail du personnel soignant ;
- Mettre en place des réunions de coordination des activités de prise en charge des personnes infectées ;
- Définir les rôles des intervenants dans le processus de soins qui permettent de répondre aux besoins des patients.

#### ➤ **Rôles des formations sanitaires (CTA et UPEC) tutrices**

Le tutorat est l'accompagnement pratique des structures tutorées pour l'acquisition des compétences clinique, biologique, psychosociale, et de gestion des données afin d'améliorer la qualité de l'offre des services de PEC du VIH.

Les CTA et les UPEC tuteurs sont garants de la qualité des soins offerts dans les structures tutorées.

A ce titre, le tuteur doit :

- Assurer la formation des prestataires des structures tutorées (formation sur site ou dans les ateliers, stages pratiques dans les CTA tuteurs) ;
- Mener des supervisions formatives ou facilitantes multidisciplinaires régulières dans les structures tutorées pour améliorer la qualité de la prise en charge clinique et psychosociale, la gestion des données et intrants, le suivi biologique et virologique selon les plateaux techniques des structures tutorées ;
- Mettre en réseau (*répertoire des responsables*) les structures de PEC placées sous sa responsabilité afin de faciliter la diffusion de l'information, la référence /contre référence, la coordination des interventions ;
- Faciliter la recherche opérationnelle au sein de ses FOSA ;
- Coordonner, suivre et évaluer les activités des FOSA dans le cadre du tutorat (rencontres administratives, scientifiques et techniques liées au tutorat).

### ➤ **Rôles des prestataires de soins**

- Respecter les directives nationales de prise en charge du VIH ;
- Respecter l'éthique de la profession (accueil, confidentialité, empathie, écoute active, etc.) ;
- Identifier les besoins spécifiques de chaque patient ;
- Offrir une prise en charge en fonction des besoins des patients (soins différenciés): stade clinique, état psychosocial, etc ;
- Adapter le suivi selon l'état clinique et psychosocial du patient ;
- Effectuer une auto-évaluation/critique ;
- Collaborer étroitement avec les prestataires des autres disciplines.

### **V. Procédures pour l'enrôlement des PvVIH dans la file active et documentation dans le site**

L'enrôlement dans un site de prise en charge nécessite :

- D'attribuer au patient un « Code TARV » défini selon les directives nationales ;
- Documenter les renseignements de la personne séropositive dans le registre TARV (sans oublier de renseigner la recherche de la TB, résultats de son évaluation psycho-sociale) ;
- Indiquer le contact détaillé (numéro téléphone, adresse et repères autour du domicile) d'un proche du PvVIH qui devra l'aider à la prise des médicaments et relever la compréhension du PvVIH sur le rôle de l'accompagnateur à la prise de médicaments (exemple si le patient n'a pas honoré le RDV de soins/traitement, l'accompagnateur peut être contacté) ;
- Renseigner les informations dans les outils du programme physiques et électroniques (Registre TARV, Dossier médical patient, etc... ) ;
- Donner des rdv de dispensation des ARV, d'ETP ou Clinique aux patients.

### **VI. Gestion efficace des intrants**

La disponibilité des intrants est indispensable pour un bon fonctionnement du dispositif et un bon engagement des acteurs.

Pour ce faire le comité de quantification et gestion des intrants veillera à avoir une quantification des besoins à n+1, avec un bon suivi et gestion des stocks liée à la diversité des techniques utilisées dans chaque laboratoire de référence.

Ce comité se réunira une fois par trimestre spécialement pour le suivi des intrants pour le dépistage, la prise en charge par les ARV et le suivi biologique (CV, CD4) afin d'anticiper sur les ruptures ou les tensions de stocks au niveau national et au niveau des formations sanitaires pour une disponibilité continue des résultats.

## VII. Suivi de cohorte des enfants exposés

Le suivi de cohorte des enfants exposés fait partie intégrante du suivi de cohorte en PTME. Les modalités de ce suivi sont les mêmes que celles du suivi individuel d'un enfant exposé avec pour seule différence qu'ici, c'est plutôt un groupe d'enfants exposés qui ont en partage le même mois de naissance qui est considéré. Ainsi sera suivie de façon longitudinale chacune des différentes cohortes mensuelles des enfants exposés. Les indicateurs de suivi de cohorte sont déterminés pour chaque pays. Au Cameroun, à 3 et 12 et 18 mois post-partum, on pourra déterminer la proportion de ces enfants exposés qui ont bénéficié du test du VIH, celle de ceux chez qui le diagnostic du VIH a été confirmé, celle de ceux avec un diagnostic du VIH confirmé qui ont été mis sous TARV, celle de ceux qui sont encore en vie, etc. Au bout de ce suivi à 24 mois, on pourra déterminer la proportion de ces enfants qui sont encore en vie et indemne de l'infection à VIH.

Le suivi de cohorte se fait au moyen du registre de suivi longitudinal qui a été développé à cet effet et dans lequel tout service ou évènement concernant chacun des enfants de la cohorte doit être systématiquement documenté. D'après le programme national, la situation des indicateurs et le devenir de la cohorte doivent être déterminés à 3 mois, à 12 et 18 mois post-partum.

### Equipe de Coordination

- Dr TEMGOUA SAOUNDE Edith
- Dr TOBY Roselyne

### Equipe d'élaboration

Dr ZEH KAKANOU Florence	SD/Direction DOSTS
Dr NGO NEMB Marinette	GTC/CNLS
Dr EKALLI Gabriel Loni	PEPFAR, GTC/CNLS
Dr BENG Arsène	GTC/CNLS
Dr FOKAM Joseph	Chef de service virologie, CIRCB
Mme WEGANG Georgette	Chef Bureau, DLMEP
Mme ETAME Odette	NOLFOWOP
Mme MESSEH Arlette	Expert SI GTC/CNLS
Dr TENE Gilbert	CBCHB
Dr MOUSSA Yasmine	CDC

### Equipe de Relecture

Pr PENDA Ida Calixte	Directeur Général Adjoint, HGD
Dr BONONO Léonard	Secrétaire Permanent, GTC/CNLS
Dr BELINGA Edwige	Secrétaire Permanent Adjoint, PNLT
Dr KOUNFACK Charles	Chef de service HDJ, coordonnateur CTA, HCY
Dr TJEK BIYAGA Paul	SD direction DSF
Mme LEBA MBALLA Marie	DSF
M. DAHIROU	DSF
Dr LIFANDA EBIAMA	Chef Section Appui au Secteur Santé, GTC/CNLS
Dr DJOMO Audrey	Chef d'Unité PTME, GTC/CNLS
Dr BABODO Carmen	GTC/CNLS
Dr ALMA	GTC/CNLS
Mme EBOGO Liliane	GTC/CNLS
M. TCHETMIT Thomas	ONUSIDA
Dr SHANG Judith	CDC
Mr KEMBOU Etienne	OMS
Dr KOB	USAID
Dr MINJIWA Florence	EGPAF
Dr CHIA Rose	EGPAF
M. ATEM Charles	CHAI
M. FAMBO Andreas	CHAI
NGALE ESUKE Elive	PSM
Dr KEUGOUNG Basile	UNICEF
M.MULUH Clifford	UNICEF

### Equipe de validation

Pr KOULLA SHIRO	Secrétaire Générale, Ministère de la Santé
Pr BISSECK Anne Cécile	Chef de Division, DROS
Pr KOKI Paul	Directeur, Centre Mère Enfant
Dr FANNE MAHAMAT	Directeur, DPS
Dr ELAT Jean Bosco	GTC/CNLS
Mme BOUBA	Sous-Directeur VIH_IST, DLMEP
Dr MBASSA	PNLT

Dr MAYER Magdelene	CDC
Mme Laura TAKANG	CDC
Dr CHE	DOD
Dr KOB	USAID
Dr NZIMA Valéry	EGPAF
Dr TCHEMI Thomas	ONUSIDA