

**GUIDE POUR LA PRISE  
EN CHARGE DE  
L'INFECTION PAR LE  
VIH AU SENEGAL**

## TABLE DES MATIERES

### PREFACE

#### 1. INTRODUCTION

La communauté internationale s'est engagée à mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030. L'atteinte de cet objectif repose sur la capacité des programmes de lutte contre le VIH à apporter le traitement à toutes les personnes vivant avec le VIH et à maintenir ces personnes sous traitement avec une charge virale contrôlée le plus longtemps possible. Le concept d'une cascade du traitement du VIH est devenu un outil pratique pour évaluer la prestation de services de santé intégrés aux personnes vivant avec le VIH, un moyen de cerner les lacunes dans le continuum qui empêchent les gens de bénéficier des avantages que procurent les antirétroviraux en terme de traitement et de prévention. Elle permet d'estimer le nombre et le pourcentage des PVVIH engagées dans les différentes étapes des soins jusqu'à à l'obtention d'une charge virale indétectable pour le VIH.

Au Sénégal, la riposte énergique et soutenue depuis le début de l'épidémie a permis de maintenir la prévalence à un niveau stable de 0,5% dans la population générale et 0,9% chez les femmes enceintes en 2015 (Agence Nationale de la Statistique et de la démographie sénégal, EDS-Continue, 2015). L'épidémie du VIH au Sénégal est de type concentré dans les populations les plus vulnérables, avec des disparités en fonction de la zone géographique, de l'âge, du sexe et de la profession. Comme partout en Afrique, on note une féminisation de l'épidémie. Les personnes les plus touchées par le VIH sont âgées de 40–44 ans (1,5%) et 45-49 ans (1,9%). Selon la répartition géographique, les régions du Sud (Kédougou, Kolda et de Ziguinchor) sont les plus touchées, avec des prévalences 2 à 3 fois plus élevées que dans les autres régions. Les prévalences sont élevées chez les populations les plus exposées au risque du VIH notamment les professionnelles du sexe, les Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et les usagers de drogues injectables.

Chez les HSH, on note une baisse de la prévalence de l'infection à VIH qui est passée de 21,8% en 2007 à 17,8% en 2014. Celle-ci est plus importante chez les HSH qui ont 25 ans et plus (18,1%) que celle des moins de 25 ans (17,7%). Chez les CDI, la prévalence de l'infection à VIH en 2011 était de 9,4%. Il s'y ajoute une féminisation qui se traduit par un ratio femme/homme de 4,3 (Leprêtre et al., 2015). En milieu carcéral, la prévalence de l'infection à VIH était de 2% en 2015. Cette dernière était beaucoup plus élevée chez les détenus âgés de moins de 25 ans (2,4%) et chez les prisonnières (4,7%) (ANSD, sénégal, EDS-Continue, 2015).

Le pays s'est engagé à l'instar de la communauté international depuis 2016 à la mise en œuvre de la stratégie TATARSEN (Test All, Treat All and Retain in Senegal) pour contribuer à l'atteinte des 3 "90". En 2014, le Sénégal élaboré un guide de prise en charge. En 2013, 152 sites prenaient en charge les adultes et 103 les enfants. En 2016, il existe 241 sites de prise en charge pour adultes dont 123 sites principaux (hôpitaux et centre de santé), 118 sites secondaires (poste de santé) et 106 sites de prise en charge pour enfants.

La décentralisation a permis une augmentation significative du nombre de PVVIH sous traitement ARV. En 2004, 1855 patients étaient traités par ARV, en 2015, 18 375 patients avaient régulièrement reçu des ARV soit une couverture de 50%. La progression s'est poursuivie en 2016, avec 21 708 PVVIH régulièrement suivies au Sénégal dont 21 157 sous traitement ARV. Parmi eux on compte 1 279 enfants de moins de 15 ans dont 1 214 sous traitement antirétroviral.

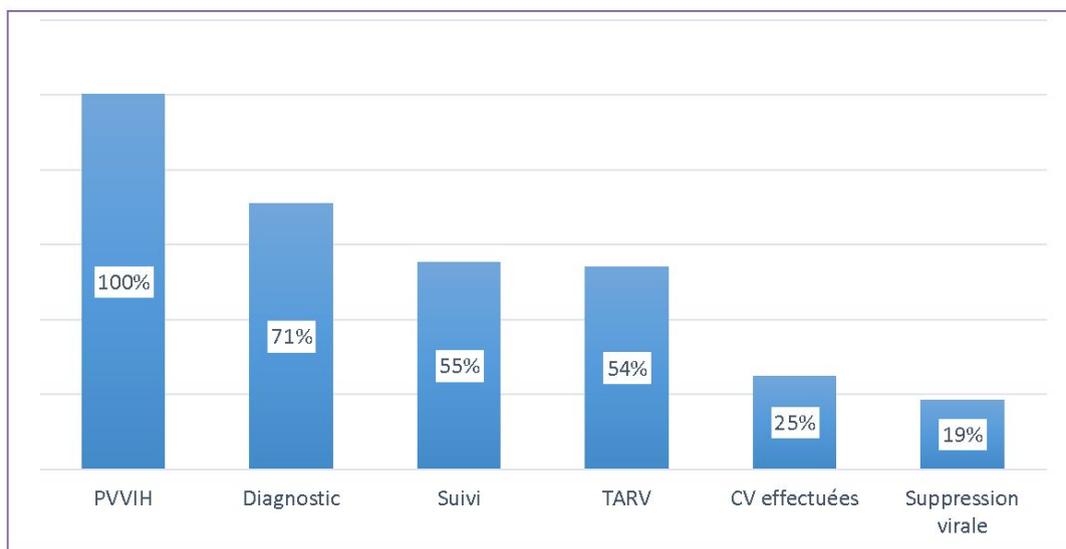
La couverture en mesure de charge virale reste plus faible. En 2017, 25% de mesure de CV était effectué chez les patients traités dont 7 975 sont indétectables (CV<1000 copies/ml) soit 19% de suppression virale

En 2016, le pourcentage de dépistage des femmes enceintes est de 86,4%, alors qu'il était de 51% en 2012. Le dépistage s'est nettement amélioré grâce à la décentralisation des tests rapides jusqu'au niveau poste de santé et la proposition systématique du Counseling dépistage à l'initiative du prestataire, chez toutes les femmes reçues en consultations prénatales. Il en est de même de la mise sous ARV des femmes enceintes dépistées positives. En effet, ce taux est passé de 38% à 57,8% entre 2012 et 2016 .

Le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant (TME) est passé de 7,2% en 2008 à 4,3% en 2012. En 2016, la couverture en traitement antirétroviral était de 89,7% chez les femmes enceintes contre 52% en 2014. En 2014, 26% d'enfants nés de mères séropositives ont bénéficié d'une prophylaxie ARV avec une baisse du taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant de 4,7% en 2013 puis 3,1% en 2014

En 2017, l'état de la cascade montre qu'il reste beaucoup à faire pour arriver à bout de cet objectif( figure xx)

Cette révision du guide prendra en compte des avancées scientifiques et nouvelles recommandations OMS et va contribuer à l'atteinte des trois "90".



**Figure 1 : Cascade de soin VIH en 2017**  
*Source : Rapport enquête de survie CNLS, en 2018*

La révision de ce présent guide prendra en compte le contexte national du Sénégal et les nouvelles directives en matière de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida selon les dernières recommandations de l'OMS de 2018 et d'être au rendez-vous de 2020 avec l'atteinte des trois "90-90-90".

## **2. CADRE INSTITUTIONNEL/PAQUET DE SERVICES PAR NIVEAU DE SOINS**

Le système sanitaire au Sénégal est organisé selon les trois niveaux de la pyramide sanitaire :

1. Niveau périphérique : C'est le niveau opérationnel. Il comprend les centres de santé,
2. Niveau intermédiaire : Il correspond à la région médicale, est chargé de mettre en action les politiques et stratégies de santé

3. Niveau central : Il comprend le cabinet du ministre, les directions et services de santé chargés entre autres d'élaborer les politiques de santé et de mobiliser et fournir les ressources nécessaires pour atteindre les objectifs sanitaires.

Pour garantir l'équité dans l'accès universel au traitement pour toutes personnes vivant avec le VIH dans un contexte de déficit en ressources humaines, le Sénégal a opté pour la délégation des tâches depuis 2014. La délégation des tâches vise à rapprocher les services de santé de la population.

Un paquet de service est offert à chaque niveau.

**Les principes directeurs de la PEC reposent sur :**

- L'approche multisectorielle et décentralisée avec l'implication de l'ensemble des acteurs nationaux et des secteurs les comités régionaux et les comités départementaux de lutte contre le sida.
- L'engagement et le leadership au plus haut niveau facilite la promotion de l'approche multisectorielle rendre plus effective l'appropriation de la riposte au VIH dans les secteurs publics, privés et dans la société civile.
- Le respect des droits humains des populations plus exposées au VIH
- La prise en compte de l'accès universel et des ODD
- La prise en compte des besoins essentiels des populations prioritaires : des personnes vivant avec le VIH et des personnes les plus exposées au risque
- La prise en compte de la dimension genre et équité dans la riposte au VIH quelle que soient les convictions religieuses, les orientations sexuelle, la race et le sexe
- L'implication de la communauté
- La délégation des tâches
- Le renforcement du système de santé
- L'adoption de l'approche de planification axée sur les résultats
- L'adoption d'une approche centrée sur le patient et la communauté

## **2.1. NIVEAU POSTE DE SANTE**

- Prévention de l'infection par le VIH : information et sensibilisation des populations
- Promotion et orientation du dépistage
- Promotion de l'autotest VIH
  
- Conseil et dépistage du VIH
- Orientation et référence dans un centre de santé
- Promotion de l'utilisation des services
- Soutien à l'observance du traitement (ARV, TB, contraception...) et au respect des rendez-vous
- Accompagnement psychosocial et nutritionnel
- Appui à la prise en charge de la tuberculose : TDO<sup>1\*</sup> communautaire, détection et orientation des touseurs chroniques, détection des sujets contacts tuberculeux
- Elaboration et transmission des rapports
  
- Traitement des infections opportunistes mineures et prophylaxie au CTX

- **Initiation et suivi du traitement**
- Soutien à l'observance des patients mis sous traitement antirétroviral
- Relance des rendez vous manqués
  
- Gestion des effets secondaires liés au traitement ARV
- PTME
- Consultation post-natale (CPON)
- Planification familiale
- Elaboration des rapports
- Référence des cas relevant de la compétence du médecin au centre de santé
- 

## **2.2. NIVEAU CENTRE DE SANTE**

En plus des activités du poste de santé, le centre de santé offre le paquet suivant :

- Diagnostic clinique des signes d'immunodépression
- Diagnostic des infections opportunistes dont de la tuberculose
- Suivi biologique
- Suivi clinique, biologique et immunologique d'un patient vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral
- Evaluation et prise en charge d'accident d'exposition au sang et liquides biologiques ou au sexe
- Traitement ARV (enfants et adultes)
- Dispensation des ARV
- Chimio prophylaxie pour le PTME
- Education thérapeutique
- Accompagnement nutritionnel des patients vivant avec le VIH
- Référence contre référence au Centre Hospitalier Régional (CHR)/Centre Hospitalier National (CHR)
- Prélèvement sur papier buvard pour charge virale
- Prélèvement sur papier buvard pour diagnostic néonatal/ PCR<sup>2\*</sup>
- Accouchement de la femme enceinte séropositive
- 

## **2.3. NIVEAU ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE**

En plus du paquet de service centre de santé

- Charge virale

- PCR
- Diagnostic étiologique des IO
- Diagnostic et suivi des résistance : génotypage
- Contre de référence
- Contrôle de qualité

#### 2.4. STRUCTURES PRIVEES ET CONFESIONNELLES/ONG

- Promotion du dépistage à l'Initiative du prestataire
- PEC au cas par cas
- Prise en charge en partenariat de certaines PVVIH

#### 2.5. NIVEAU ASSOCIATIF

- Promotion et orientation du dépistage
- Promotion de l'autotest VIH
- Conseil et dépistage du VIH
- Orientation et référence dans un centre de santé
- Promotion de l'utilisation des services
- Soutien à l'observance du traitement (ARV, TB, contraception...) et au respect des rendez-vous
- Appui

En plus de ces activités, le communautaire pourrait assurer :

- la référence en cas de survenue d'effets indésirables en cas d'anomalies survenant chez toute personne sous ARV
- Accompagnement psychosocial et nutritionnel
- Elaboration et transmission des rapports

### 3. Délégation des taches par type de prestataires

TACHES A DELEGUER PEC					
Composantes	Tâches	Structures Sanitaires			
		Hôpital	Centre de Santé	Poste de santé	Niveau communautaire
<b>Bilan initial et initiation du traitement</b>	Evaluation clinique initiale	Sage-femme infirmier	Sage-femme infirmier	Sage-femme infirmier	
	Evaluation biologique (prescription du bilan)	Sage-femme infirmier	Sage-femme infirmier	Sage-femme infirmier	
	Préparation à la mise sous	Travailleur social Médiateur	Travailleur social Médiateur	Travailleur social	

	traitement (ETP)			Médiateur	
	Initiation du traitement ARV	Sage-femme infirmier	Infirmier Sage-femme	Infirmier Chef de Poste Sage-femme	
Suivi avec ARV		Infirmier, Sage femme	Infirmier, Sage-femme	Infirmier Chef de Poste Sage-femme	
	Renouvellement des ordonnances	Infirmier, Sage femme,	Infirmier Sage femme	Infirmier Chef de Poste Sage-femme (PTME)	
	Changement des protocoles	Pas de délégation de tâche	Pas de délégation de tâche	Référence	
	Bilan de suivi	Infirmier, Sage femme,	Infirmier, Sage femme,	Prescription supervisée du bilan	
	Suivi clinique (recherches IO, effets secondaires ARV)	Infirmier, Sage femme	Infirmier Sage -femme	Infirmier Chef de Poste Sage -femme	
	Dispensation des ARV Gestion des stocks d'ARV et médicaments IO	Travailleur social Dépositaire Préparateur en pharmacie	Infirmier Travailleur Social Sage- femme CDT Médiateur Dépositaire	Infirmier Sage-femme	
	Accompagnement psychosocial	Travailleur social Médiateurs	Travailleur social Infirmier Sage femme Médiateur	Infirmier Sage-femme Médiateur	les pairs les mères tutrices
Gestion de l'information	Dossier du malade	Pas de délégation	Pas de délégation	Infirmiers Sage-femme	NA
	Registre de soins VIH	Travailleur Social Infirmier	Travailleur Social Infirmier CDT	Infirmiers Sage-femme	
	Fiche de liaison			Infirmiers Sage-femme	
	Registre de dispensation, Fiche de stock Maquette de commande des ARV Agenda de rendez-vous	Travailleur Social infirmier Préparateurs en pharmacie	Infirmier Travailleur Social CDT	Infirmier Sage-femme	
	Elaboration des rapports mensuels  (Rapport de PEC, Rapport	Travailleur Social GDH  SSI	Infirmier Travailleur Social CDT	Infirmier  Sage- femme	Agents Communautaires de santé

	<i>Pharmacie, Rapport de dépistage Rapport TB/VIH, Rapport PTME)</i>		GDD  Sage-femme		
--	--	--	-----------------------	--	--

#### 4. PRISE EN CHARGE INTEGREE DU VIH

La prise en charge du VIH se fait dans tous les services de santé au Sénégal. Tous les services en réalité doivent proposer le dépistage du VIH dès qu'il y a un contact avec les patients pour une consultation quelque soit le motif. L'accent sera mis sur les centres de tuberculose, les services d'hospitalisation, les service de récupération nutritionnelle, les services IST, les services de CPN, les centres ado. La confirmation sérologique au VIH doit être faite et la personne mis sous traitement antirétroviral.

#### 5. PREVENTION DE L'INFECTION VIH

##### 5.1.1. METHODES CLASSIQUES

Les méthodes classiques de prévention du VIH telles l'usage du préservatif, l'abstinence, la fidélité réciproque, la sécurité transfusionnelle, le dépistage du VIH, le dépistage et le traitement des IST, les précautions universelles pour le personnel de santé , l'utilisation de seringues à usage unique et la circoncision masculine médicalisée restent de rigueur.

##### 5.1.2. NOUVELLES METHODES

###### 5.1.2.1. Traitement comme moyen de prévention (TASP)

Le traitement comme prévention (TasP: Treatment as Prevention) est une intervention de prévention du VIH qui consiste à traiter une personne séropositive avec des antirétroviraux selon les recommandations en vigueur, pour réduire le risque de transmission du virus à un partenaire séronégatif. Le traitement comme prévention est un bénéfice secondaire du TAR.

En effet, aujourd'hui des études ont montré qu'une personne séropositive ayant une charge virale indétectable grâce à son traitement ne transmet le VIH ni par voie sexuelle, ni par voie verticale de la mère à son enfant.

Ainsi sein des couples sérodifférents, le traitement antirétroviral de la personne séropositive au VIH permet d'éviter la transmission au(x) partenaire (s) négatif (s).

###### 5.1.2.2. Prophylaxie pré-exposition (PrEp: Pre-Exposition Prevention)

Il s'agit d'une méthode de prévention du VIH par la combinaison de deux médicaments chez une personne séronégative mais qui a des comportements à risque de contracter le VIH. La prise des médicaments antirétroviraux permet de réduire ce risque de transmission du VIH. Les deux médicaments antirétroviraux utilisés en association sont le ténofovir (TDF) et l'emtricitabine (FTC).

La PrEP est prescrite uniquement aux personnes séronégatives majeures qui prennent régulièrement des risques face au VIH, notamment les HSH, les PS, les personnes vivant dans un couple sérodifférent, toute autre personne avec un comportement à risque fréquent.

Les modalités de prise de la PrEP sont :

- En continue à raison de 1 comprimé tous les jours à la même heure pendant une certaine période,
- A la demande (uniquement pour les hommes) à raison de 2 comprimés (minimum 2h et maximum 24h) avant le rapport sexuel sans protection, puis 1 comprimé le lendemain à la même heure et un deuxième 24h après. Elle est utilisée avant exposition au risque.

### 5.1.2.3. AUTODEPISTAGE POUR LE VIH

Il permet de faciliter le screening des personnes cachées et de favoriser le diagnostic le plus précoce possible.

Un auto-dépistage du VIH désigne un processus dans lequel une personne recueille son propre spécimen (salive ou sang) et effectue ensuite un test VIH et interprète le résultat, souvent dans un cadre privé, seul ou avec quelqu'un qu'il ou elle fait confiance. Comme avec toutes les approches de dépistage du VIH, l'auto-dépistage doit toujours être volontaire, non coercitive ni obligatoire. En cas de réactivité, il est important de s'approcher des structures de santé pour la confirmation. Au Sénégal, depuis 2017, des études pilotes sont mises en œuvre en partenariat avec les acteurs de la société civile et les Organisations Communautaires de Base identitaires pour vulgariser cette méthode.

### 5.1.3. PROPHYLAXIE POST EXPOSITION AUX ACCIDENTS AVEC EXPOSITION AU SANG ET LIQUIDES BIOLOGIQUES DU VIH

#### a. Définition

Contact accidentel avec du sang ou un liquide biologique contaminé lors d'une effraction cutanée (piqûre, coupure), une projection sur une muqueuse (conjonctive, bouche), une projection sur une peau lésée (plaie, excoriation), une rupture de préservatif, un rapport non protégé, un viol ou autres agressions sexuelles

Des dizaines de pathogènes peuvent être transmis à cette occasion, mais les principaux sont le VIH, le VHB et le VHC

#### b. Gestes immédiats ;

##### □ Dans la minute : Soins locaux

- **Piqûre et blessure**
  - nettoyage immédiat de la zone cutanée lésée à l'eau et au savon puis rinçage ;
  - antiseptie avec dérivé chloré (Dakin ou eau de Javel à 12° diluée au 1/10°) ou à défaut, alcool à 70° ou polyvidone iodée en solution dermique (pendant au moins 5 minutes)
- **Contact direct du liquide biologique sur peau lésée**
  - mêmes protocoles de nettoyage et d'antiseptie de la zone atteinte que précédemment
- **Projection sur muqueuses et yeux :**
  - rincer abondamment à l'eau ou au sérum physiologique (pendant au moins 5 minutes)

##### □ Contacter un médecin référent dans les 4 heures et pas au-delà de 48 heures

#### ● Évaluation du risque infectieux

##### ✓ *Risque élevé*

- piqûre profonde ou modérée par dispositif intra vasculaire ou aiguille creuse ayant servi en IV ou IM
- exposition à du VIH concentré (ex : laboratoire)
- coupure profonde ou modérée avec une lame de bistouri

##### ✓ *Risque intermédiaire*

- piqûre superficielle par une aiguille creuse ayant servi en IV ou IM
- coupure superficielle par une lame de bistouri
- piqûre profonde ou modérée avec une aiguille IM ou en sous-cutanée ou avec une aiguille de suture

✓ **Risque faible**

- érosion épidermique superficielle par une aiguille de suture, sous-cutanée ou IM
- autres cas : morsures, griffures, contact sanguin sur peau ou muqueuse lésée, contact avec un autre liquide biologique (ex : salive, urines,...)

● **Bilan initial :**

- Examen clinique complet
- Sérologie VIH
- Sérologie VHB
- Sérologie VHC
- NFS, transaminase
- Etat psychologique
- **Évaluation du statut sérologique (VIH, VHB, VHC), entre J0 et J8 après AES :** chez patient source et chez la victime d'AES
  - ✓ Sérologie VIH négative chez la victime d'AES,
  - ✓ Patient source VIH négatif, sans facteurs de risques dans les 3 mois précédents: arrêter le traitement
  - ✓ Sérologie VIH négative chez la victime d'AES,
  - ✓ Patient source VIH positif ou inconnu : continuer le traitement pendant 1 mois.

NB : Chimio prophylaxie antirétrovirale : **à débiter dans les 4 heures après AES et pas au-delà des 48 heures**

● **Indications**

- risque élevé
- risque intermédiaire
- contact d'une quantité importante de sang sur muqueuse ou peau lésée, pour une durée prolongée (supérieure à 15 minutes)
- morsure avec présence de lésions buccales chez la personne source.

● **Schémas thérapeutiques**

**Tableau 1 : Schémas antirétroviraux pour la prophylaxie post exposition**

	<b>Prophylaxie Post Exposition</b>	
	<b>Schéma préférentiel</b>	<b>Schéma alternatif</b>
<b>Adultes et adolescents</b>	TDF + 3TC + DTG	TDF + 3TC+ LPV/r ( ou ATV/r ou RAL)
<b>Enfants de 10 ans et jeunes</b>	AZT + 3TC+ DTG	<b>ABC +3TC ou TDF +3TC (ou FTC) + LPV/r</b> ( ou ATV/r ou RAL

**NB :**

- si le patient source est déjà sous traitement ARV:
  - \* efficace : proposer le même schéma à la victime d'AES
  - \* inefficace (échec) : éviter schéma déjà proposé
- Eviter de donner les Non Nucléosidiques en prophylaxie.
- Sérologie VIH positive chez une victime d'AES :
  - arrêter le traitement quelque soit le statut du patient source
  - **Notification de l'accident sur le registre des AES**

- **Suivi sérologique VIH à M3 et M6 après AES** : chez la victime d'AES, si patient source VIH positif ou inconnu

**c. Dans les 24 heures : Contacter le médecin du travail**

- déclaration de l'AES ;
- suivi sérologique (VIH, VHC, VHB) ;
- analyse des circonstances de l'accident.

**d. Procédures standardisées pour éviter les accidents avec exposition au sang en milieu de soins**

- **Se laver les mains** immédiatement en cas de contact avec des liquides contaminants et systématiquement après tout soin
- **Porter des gants** adéquats systématiquement pour tout geste de soin pour tout contact avec un liquide biologique contaminant, une lésion cutanée, des muqueuses, du matériel souillé
- **Recouvrir** toute plaie avec un pansement
- Porter un **masque anti projection** et non de visiteur, des **lunettes**, une **surblouse** lorsqu'il existe un risque de projection notamment en cas d'aspiration
- **Faire attention** lors du geste et lors de toute manipulation d'instruments pointus ou tranchants potentiellement contaminés
- **Ne jamais plier ou recapuchonner les aiguilles** ; ne pas dégager les aiguilles des seringues ou des systèmes de prélèvement sous vide à la main
- **Jeter immédiatement** les aiguilles et autres instruments piquants ou coupants dans un **conteneur spécial de sécurité**
- **Décontaminer immédiatement** les instruments utilisés et les surfaces souillées de sang ou d'un autre liquide biologique avec de l'eau de javel 12° fraîchement diluée au 1/10 ou un autre désinfectant efficace (dérivés iodés)
- placer les matériels à éliminer dans des **emballages étanches** marqués d'un signe distinctif

#### 5.1.4. PTME

La prévention est surtout destinée à l'enfant né de mère séropositive : c'est une trithérapie qui est débutée le plus tôt possible après la naissance et pendant 6 semaines (voir figure).

#### 5.1.5. CHIMIOPROPHYLAXIE

##### 5.1.5.1. PREVENTION CTX

Même avant le démarrage du traitement antirétroviral, la prophylaxie qui repose sur le principe du « il vaut mieux prévenir que guérir » peut à elle seule réduire de manière significative la morbidité et la mortalité chez les personnes infectées par le VIH.

Le Cotrimoxazole demeure efficace dans la prévention primaire de la toxoplasmose, la pneumocystose et l'isosporose chez les PVVIH fortement immunodéprimés.

Tableau 2 : Indications de la chimioprophylaxie primaire au Cotrimoxazole

Affections ciblées	Indications	Prophylaxie	Durée
<b>Toxoplasmose</b>  <b>Isosporose</b>  <b>Pneumocystose</b>	Stade 3 ou 4  CD4 < 350 cellules/mm <sup>3</sup>	Un comprimé de Cotrimoxazole Fort Adulte (TMP : 160 mg + SMZ 800 mg) ou 2 comprimés simples adultes (TMP : 80 mg + MSZ : 400 mg) en une prise par jour  Si contre indication ou Effet indésirable grave (3 et 4 échelle de l'OMS) : Remplacer par érythromycine 1g/  Si femme enceinte cette prophylaxie au cotrimoxazole ne sera débutée qu'après le premier trimestre de la grossesse	arrêt si remontée du taux des CD4 sous ARV jusqu'à plus de 350/mm <sup>3</sup> de manière stable sur 6 mois  ou si la charge virale est indetectable au bout de 6 mois en l'absence de CD4

#### 5.1.5.2. PREVENTION INH

Le traitement préventif à l'isoniazide (TPI) recommandé depuis 1998 par l'OMS est une intervention de santé publique indispensable pour prévenir la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH.

**Tableau 3 : Pourcentage de réduction de risque de TB avec TPI, TAR, et la combinaison de TPI et de TAR**

Etudes	TPI seul	TAR seul	TPI et TAR
Brésil	68	52	80

Afrique du Sud	13	64	89
Botswana	65	67	97

Sources: AIDS 2007; 21: 1441-8; AIDS 2009, 23:631–636; Lancet 2011: 377:1588-98

Pour la mise en place du traitement préventif, certaines conditions doivent être remplies:

- Exclure systématiquement une TB active ;
- Assurer un contrôle et un suivi appropriés.

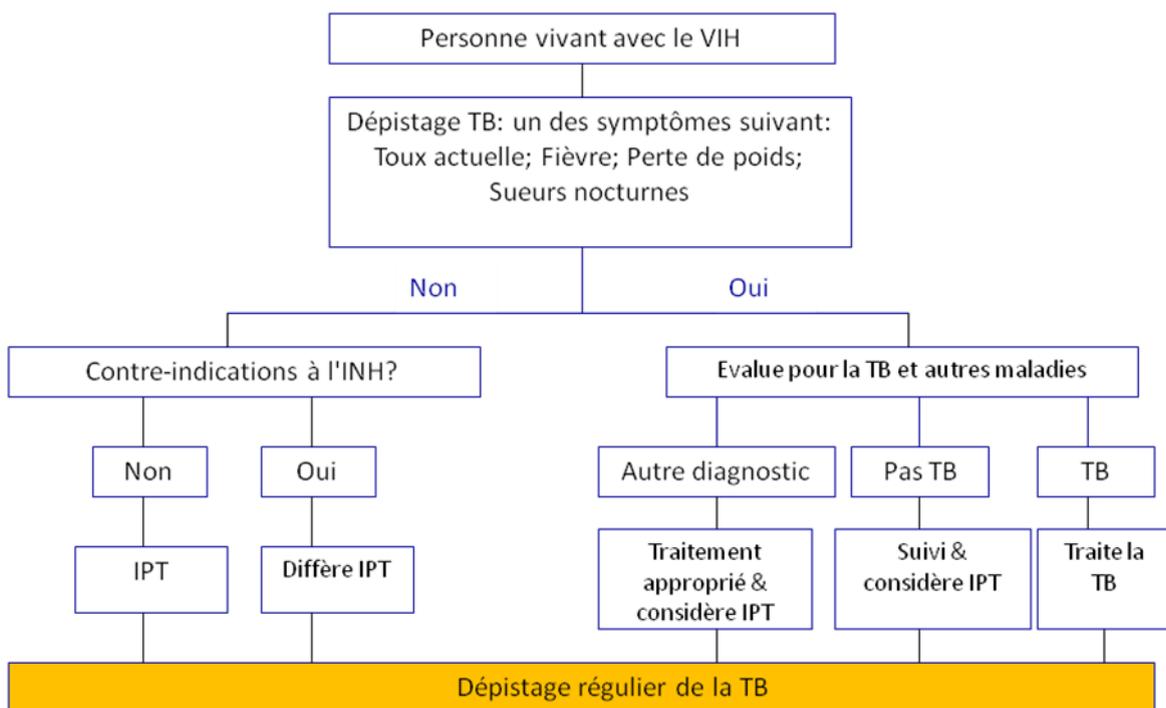
### Posologie et durée

Il consiste à donner de l'isoniazide à raison de 10 mg/kg (sans dépasser 300 mg) par jour tous les jours pendant 6 mois chez l'adulte et l'enfant de plus de 12 ans. Dans les populations à forte prévalence de la TB, la durée de la protection conférée par un traitement préventif de six mois à l'isoniazide est de 2 ans et demi, probablement en raison de l'exposition continue à *M. tuberculosis*.

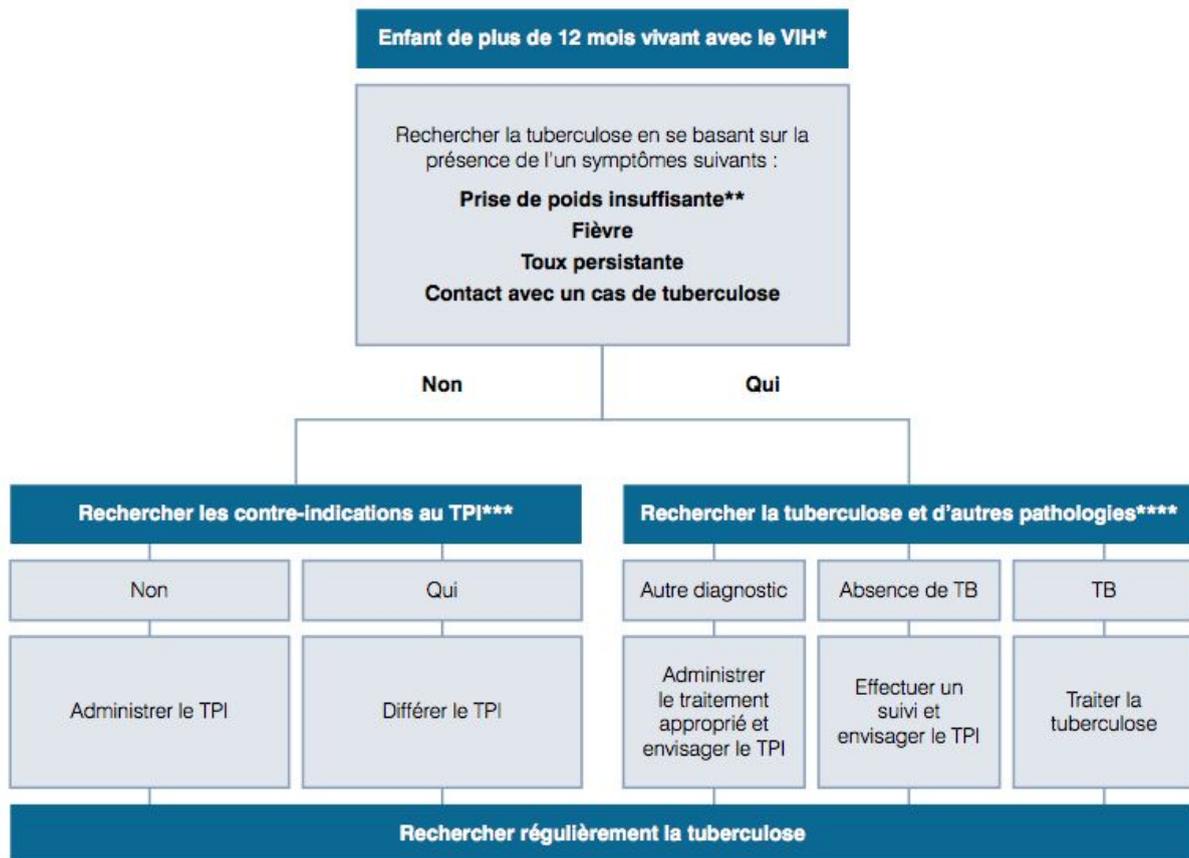
Les enfants en contact avec des adultes contagieux doivent bénéficier de la chimioprophylaxie à l'INH.

### Contre-indications

- Tuberculose active
- Présence d'une hépatite active (aigüe ou chronique),
- Consommation régulière et importante d'alcool non sevrée
- Symptômes de neuropathie périphérique..



**Figure 3:** algorithme de décision de la chimioprophylaxie à l'INH chez l'adulte et l'adolescent



**Figure 4 :** algorithme de décision de la chimioprophylaxie à l'INH chez l'enfant

## 6. DIAGNOSTIC DE L'INFECTION VIH

Le dépistage de l'infection par le VIH constitue la porte d'entrée de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH.

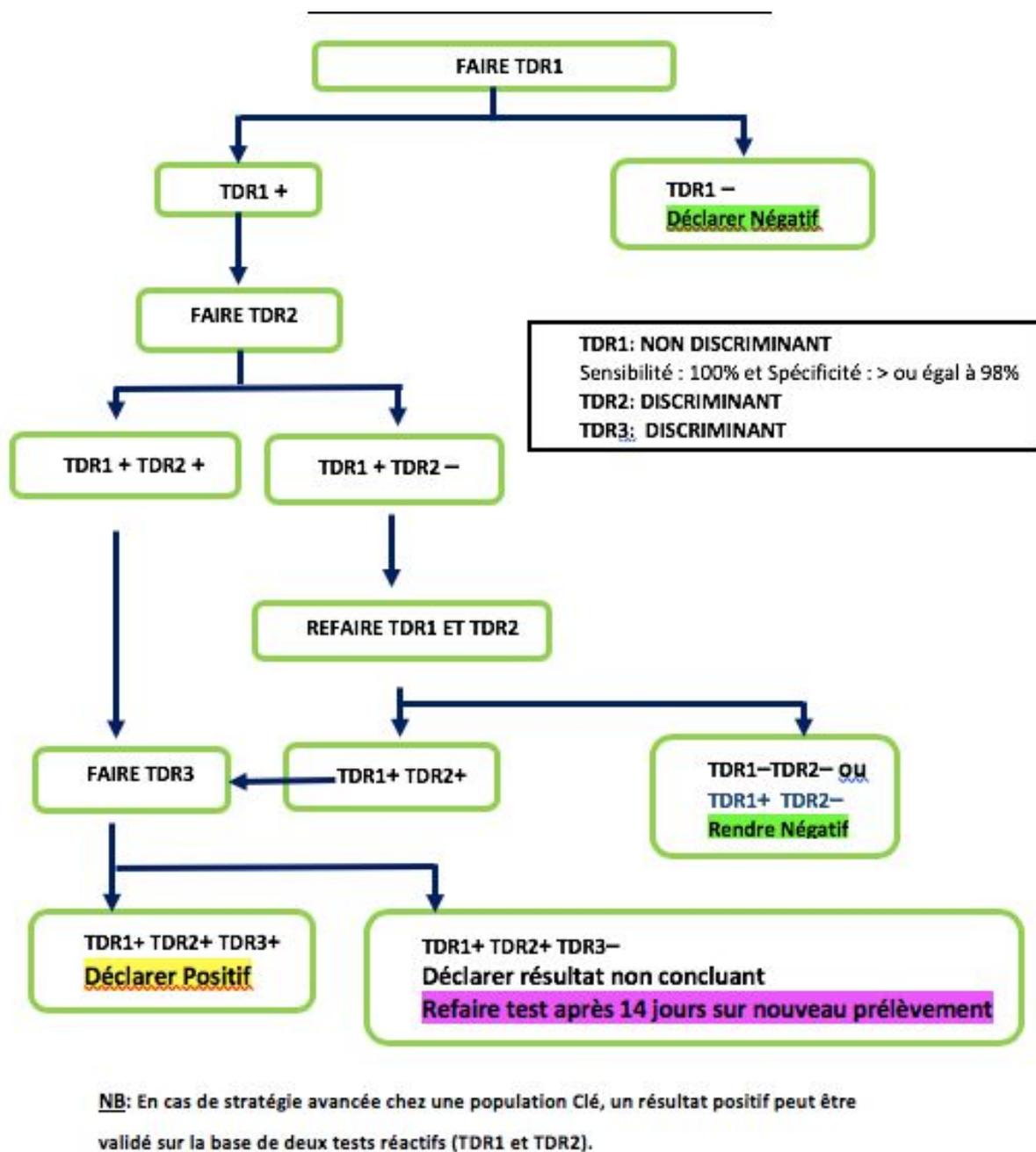
Il est aussi un élément important de la prévention car permettant aux populations de connaître leur statut sérologique à un stade précoce de l'infection, réduisant ainsi la dissémination au sein de la communauté.

### ✓ Dépistage du VIH chez l'adulte et l'adolescent

La stratégie du diagnostic sérologique est basée sur les nouvelles recommandations de l'OMS qui utilisent trois tests rapides. (Figurexx)

Ainsi, les tests rapides de dépistage doivent être disponibles dans les structures de soins.

La confidentialité et le consentement libre et éclairé même dans le cadre d'un dépistage à l'initiative du prestataire demeure un fondement du dépistage.



**Figure 5 : Algorithme de dépistage pour l'adulte et l'adolescent**

✓ Diagnostic de l'infection VIH chez l'enfant

Les stratégies du diagnostic chez l'enfant tiennent compte de l'âge :

- Diagnostic précoce (voir algorithme)
- Après 14mois, idem que Adulte

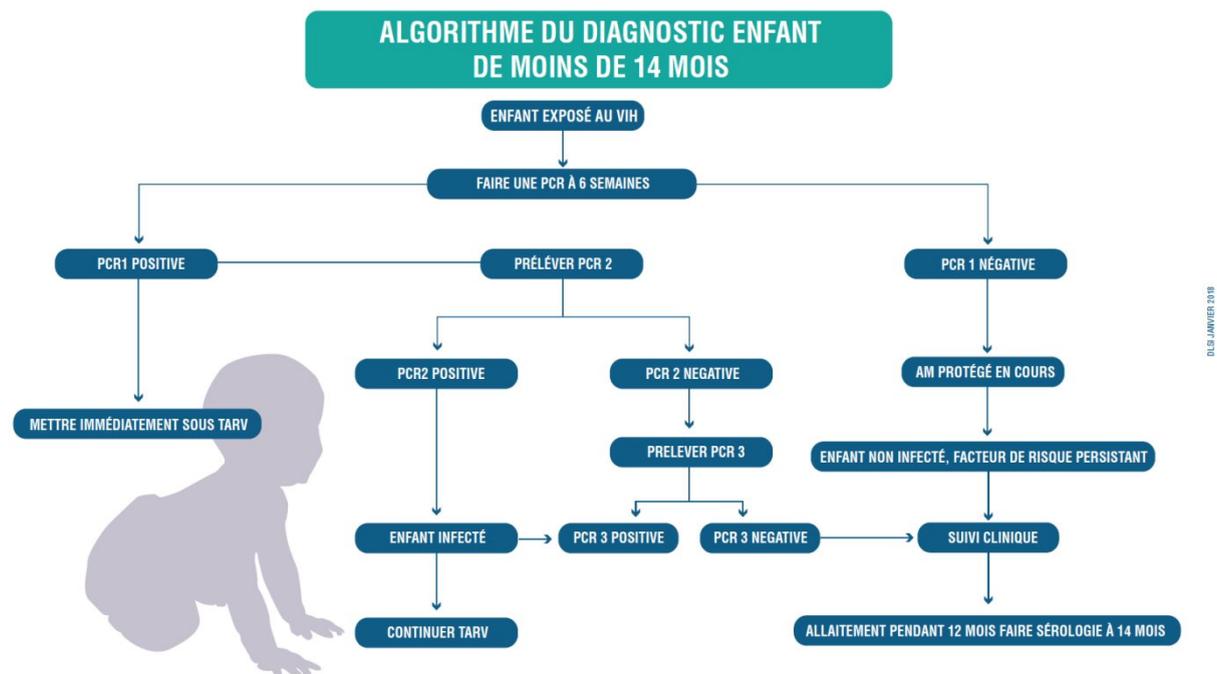


Figure 6 : Algorithme de diagnostic de l'enfant

**7. PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS OPPORTUNISTES ( voir tableaux en annexe)**

**8. TRAITEMENT PAR LES ARV DU VIH CHEZ L'ADULTE ET L'ADOLESCENT**

L'objectif d'un traitement antirétroviral est de :

- réduire au maximum la charge virale afin d'arrêter la progression de la maladie virale ;
- restaurer au mieux l'immunité et d'améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH ;
- réduire le risque de transmission du VIH.

L'initiation du traitement ARV nécessite cependant une confirmation du diagnostic VIH.

L'OMS définit l'adolescent comme toute personne âgé de 10 à 19 ans et le jeune âgé de 15 à 24 ans.

**8.1. DIFFERENTS FAMILLES D'ARV DISPONIBLES AU SENEGAL**

**Tableau 4 : Inhibiteurs nucléosidiques de la reverse transcriptase**

DCI et Nom commercial	Présentation	Posologie chez l'adulte	Principaux effets secondaires
Zidovudine (AZT) Rétrovir®	-Gélule de 100mg et 250mg -Comprimé de 300mg -Solution buvable de 100mg/10ml -Solution injectable	300mg x 2/j	anémie, neutropénie, leucopénie, cardiomyopathie, acidose lactique,
Lamivudine (3TC) Epivir®	-Cp de 150mg et 300mg -Solution buvable de 10mg/ml	150mg x 2/j	généralement bien toléré, cas de pancréatite, d'hépatite grave, de neuropathie périphérique
Emtricitabine (FTC) Emtriva®	-Gélule de 200mg -Solution buvable de 10mg/ml	Selon la clairance de la créatinine (ml/mn) - $\geq 50 \Rightarrow 200 \text{ mg} / 24 \text{ h}$ - 30 à 49 $\Rightarrow 200 \text{ mg} / 48\text{h}$ - 15 à 29 $\Rightarrow 200 \text{ mg} / 72\text{h}$ - $<15 \Rightarrow 200 \text{ mg} / 96 \text{ h}$	céphalées, troubles digestifs, élévation des transaminases et des CPK, acidose lactique ou métabolique, réactivation d'une hépatite B chronique
Abacavir (ABC) Ziagen®	-Cp à 300mg -Solution buvable de 20mg/ml	300mg x 2/j	Troubles digestifs, respiratoire, musculaire, articulaire, fatigue, céphalées, acidose lactique
Ténofovir Disiproxyl fumarate (TDF) Viread®	-Comprimé à 300mg	Selon la clairance de la créatinine (ml/mn) - $\geq 50 \Rightarrow 1 \text{ cp} / 24 \text{ h}$ - 30-49 $\Rightarrow 1 \text{ cp} / 48\text{h}$ - 10-29 $\Rightarrow 1 \text{ cp} / 72-96 \text{ h}$ - sous dialyse $\Rightarrow 1 \text{ cp}$ après 12 h de dialyse	Troubles gastro-intestinaux, hypophosphatémie, tubulopathie proximale

**Tableau 5 : Inhibiteurs non nucléosidiques de la reverse transcriptase**

DCI et Nom commercial	Présentation	Posologie chez l'adulte	Principaux effets secondaires
Efavirenz (EFV) Stocrin®, Sustiva®	-Gélules de 50, 100 et 200mg -Sirop de 30mg/ml	600mg/j en une prise le soir	sensations vertigineuses, insomnie, troubles de la concentration, perturbation des rêves (cauchemars), éruptions cutanées, cytolyse hépatique
Névirapine (NVP) Viramune®	-Comprimé à 200mg -Sirop 50mg/5ml	-Pendant les 14 premiers jours : 1 cp par jour, -puis : 1 cp x 2 fois par jour	Rashs cutanés, hépatite, fièvre, nausées, vomissements

**Tableau 6 : Inhibiteurs de la protéase**

DCI et Nom commercial	Présentation	Posologie chez l'adulte	Principaux effets secondaires
Lopinavir/ritonavir (LPV/R) Kaletra®, Aluvia®	-Cp à 200/50mg -Cp à 100/25mg	(2cp de 200/50) X2 /j	Diarrhée, nausées, éruption cutanée, hypercholestérolémie, pancréatite
Atazanavir (ATV) Reyataz®	Gélules de 100, 150, 200, 300mg	(300 mg +100mg de ritonavir) par jour au cours d'un repas 1cp/24h	Hyper bilirubinémie non conjuguée, lithiase rénale, allongement des espaces PR et QT
Atazanavir/ritonavir (ATV/r)	Cp 300/100mg	1cp/24	
Darunavir (DRV) Prezista®	Comprimé à 300mg	(600 mg + 100mg de Ritonavir) X 2/j	Diarrhée, nausées, rashs cutanés, hypertriglycémie

Tableau 7: Inhibiteur de l'intégrase

DCI et Nom commercial	Présentation	Posologie chez l'adulte	Principaux effets secondaires
Raltegravir (RAL) Isentress®	Cp pelliculé à 400mg	400mg x 2 / j	Sensation vertigineuse, douleur abdominale, prurit, lypodystropie, élévation des transaminases
Dolutegravir (DTG) Tivicay®	Cp pelliculé à 50mg	50mg /j 50mg x 2 / j en cas de TB/VIH	Maux de tête, difficulté à s'endormir, diarrhée, nausées

Le programme Sénégal dispose de quelques associations fixes d'antirétroviraux :

- Zidovudine + Lamivudine (AZT+3TC) : Combivir®
- Zidovudine + Lamivudine + Nevirapine (AZT+ 3TC + NVP)
- Abacavir + Lamivudine (ABC + 3TC) : Kivexa®
- Ténofovir + Emtricitabine (TDF + FTC) : Truvada®
- Ténofovir + Lamivudine (TDF + 3TC) : Ténolam®
- Abacavir + zidovudine + Lamivudine (ABC + AZT + 3TC) : Trizivir®
- Ténofovir + Emtricitabine + efavirenz (TDF + FTC + EFV) : Atripla®
- Lopinavir+ ritonavir (LPV/r) : kaletra, aluvia
- Atazanavir+ ritonavir (ATV/r)

Le Sénégal dispose pour le moment du **Ritonavir (RTV) /Norvir®** qui est utilisé comme potentialisateur pharmacologique des IP.

## 8.2. TRAITEMENT DE PREMIERE LIGNE

### Les conditions d'initiation du traitement :

- Sérologie VIH-1, 2
- Bilan clinique et biologique
- Traiter les infections opportunistes
- Conseil pré thérapeutique

### Critères d'initiation du traitement ARV :

Le traitement antirétroviral est indiqué chez toutes personnes vivant avec le VIH quelque soit le taux de CD4 et le stade clinique OMS. Ce traitement doit être démarré le plutôt possible après la confirmation du diagnostic.

### 8.2.1.1. PROTOCOLES DE PREMIERE LIGNE

Tableau 8 : Protocoles de premières lignes chez l'adulte et l'adolescent

	Première ligne préférentielle	Première ligne optionnelle
Adulte et Adolescents et femme en âge de procréer sous contraception	TDF + 3TC + DTG	TDF + 3 TC (ou FTC ) + EFV <sub>600mg</sub> <sup>*</sup> AZT +3TC + EFV <sub>600mg</sub> / AZT +3TC + NVP  AZT +3TC + LPV/r**
Femme enceinte, femme en âge de procréer sans contraception ou avec désir de conception	TDF + 3 TC (ou FTC ) + EFV <sub>600mg</sub>	TDF + 3 TC (ou FTC ) + NVP

\* En cas d'anémie

\*\* En cas de VIH1 ET VIH 1 et 2 ou intolérance

Remarque :

**DTG chez la femme en âge de procréer et enceinte.**  
 La prise, en début de grossesse, du Dolutegravir pourrait être associée à un risque potentiel de non fermeture du tube neural selon l'OMS.  
 Une étude observationnelle menée au Botswana dans laquelle une analyse préliminaire a identifié 4 cas d'anomalies de fermeture du tube neural.  
 Le DTG est contre indiqué chez la femme enceinte, la femme en âge de procréer sans contraception ou avec désir d'enfant.  
 La contraception est obligatoire chez la femme en âge de procréer pour l'utilisation du DTG.

Le suivi sera clinique et biologique. La charge virale est l'élément clé du suivi et sera effectué à 6, 12mois puis tous les ans( ce chapitre 7.4.2).

### 8.2.1.2. CO-INFECTIONS ET CO-MORBIDITES

#### 8.2.1.2.1. PRISE EN CHARGE DE LA COINFECTION TB/VIH

La tuberculose est l'une des principales causes de morbidité et de mortalité chez les patients tuberculeux. La recherche active de la TB (screening TB) chez le patient infecté par le VIH doit être systématique à chaque contact avec la structure sanitaire à la recherche de toux, de sueurs nocturnes, de perte de poids ou de fièvre.

Le traitement anti tuberculeux doit démarrer avant le traitement ARV. En revanche le traitement antirétroviral doit être démarré le plus tôt possible dans les 8 semaines après

l'initiation du traitement antituberculeux. Le traitement de la tuberculose est identique chez les personnes infectées par le VIH ou non (Voir guide TB). Du fait de la difficulté diagnostique de la TB chez les PVVIH et du risque élevé de multi résistance chez ces dernières, le GenExpert doit être demandé systématiquement devant un cas suspect de TB.

#### **8.2.1.2.2. PRISE EN CHARGE DE LA COINFECTION VIH/HEPATITES**

La recherche de l'hépatite B chez toute personne VIH doit être systématique d'autant qu'au Sénégal, des études récentes ont permis d'évaluer le fardeau de l'hépatite virale B avec une prévalence qui est à 9%, faisant du Sénégal une zone de forte endémicité et qu'un traitement efficace est disponible sur les deux virus.

En cas d'hépatite B, le protocole de traitement doit contenir au moins deux molécules actives sur le VHB soit TDF+3TC(FTC) + DTG (ou EFV).

En cas d'échec de traitement ou d'effets secondaires au TDF, le 3TC doit être maintenu.

Les patients co-infectés VIH/VHC bénéficient du même protocole antirétroviral standard. La prise en charge du VHC répond à des indications précises (cf Algorithme programme hépatite)

#### **8.2.1.2.3. MALADIES CARDIOVASCULAIRES**

Les complications cardiovasculaires sont de plus en plus fréquentes avec l'avènement des ARV( surtout les IP) et le vieillissement des patients. Un examen clinique systématique à la recherche de signes évocateurs doit être fait.

#### **8.2.1.2.4. MALADIE RENALE**

L'atteinte rénale nécessite une adaptation du protocole en l'occurrence le TDF(cf tableau 4).

#### **8.2.1.2.5. CANCER ET VIH**

Certains cancers sont fréquents chez les PVVIH ( maladie de Kaposi, Lymphomes, le cancer du poumon, le cancer du foie mais surtout le cancer du col). La recherche systématique du cancer du col est recommandée chez toute femme vivant avec le VIH.

### **8.3. TRAITEMENT DE DEUXIEME LIGNE ET TROISIEME LIGNES**

L'échec thérapeutique peut être clinique, immunologique ou virologique. Les trois échecs se suivent dans la chronologie suivante : virologique, immunologique et enfin cliniques. On ne peut parler d'échec qu'après 6 mois de traitement (lorsque le patient est observant au traitement) (cf chapitre gestion des échecs).

Il ne faut pas confondre l'échec thérapeutique avec un syndrome de reconstitution immunitaire ou avec les effets secondaires des ARV.

#### □ Définition des échecs

##### ◆ Echec clinique

On dit qu'un patient est en échec clinique lorsque de nouvelles infections opportunistes plus ou moins graves réapparaissent ou une chute pondérale sans raison après plus de six mois de TAR.

- Chez l'adulte et l'adolescent : Survenue d'infection opportuniste classant au stade IV de l'OMS

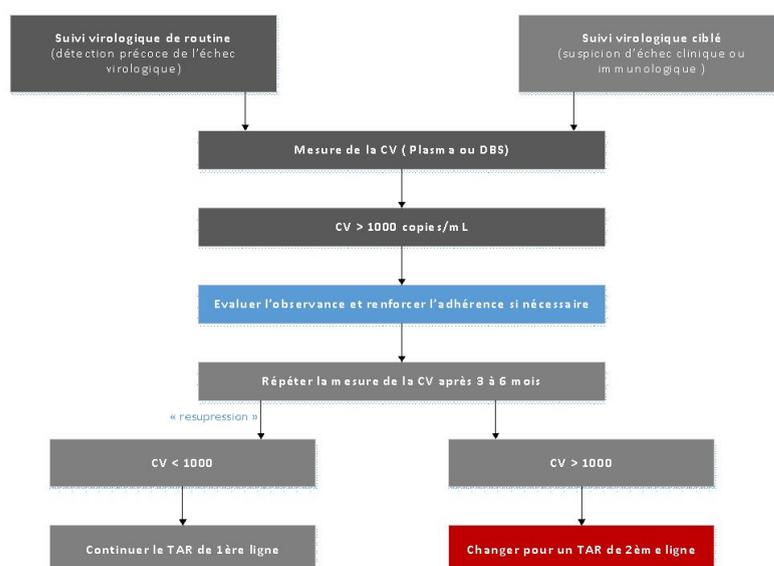
##### ◆ Echec immunologique

On dit qu'un patient est en échec immunologique Chez l'adulte et l'adolescent si

1. Absence d'ascension des lymphocytes TCD4 après au moins 6 mois d'utilisation d'un schéma de première ligne
2. Chute des lymphocytes TCD4 de plus de la moitié du taux maximal atteint en cours de traitement
3. Taux de LTCD4 < 100 cellules/mm<sup>3</sup>

◆ Echec virologique

On dit qu'un patient est en échec virologique si la mesure de la charge virale est supérieure à 1000 copies/ml après deux mesures espacées de trois mois avec un renforcement d'observance entre les deux évaluations (Voir figure)



**Figure 7 :** Algorithme de prise en charge de l'échec virologique (référence OMS)

Devant une suspicion d'échec, il est impératif

- D'analyser, la motivation, la compréhension, l'acceptation du traitement, les conditions de vie.
  - D'identifier les molécules, associations utilisées
  - D'évaluer l'observance et ses contraintes
    - syndrome dépressif
    - éthylisme
    - précarité sociale et économique
    - Effets indésirables
  - D'interroger sur l'ensemble des médicaments pris par le patient, prescrits ou non
- Médications traditionnelles
- Après avoir évalué l'observance, il faut la renforcer et donner un rendez-vous à 1 ou 3 mois
    - ✓ Refaire la charge virale à 1 ou 3 mois.
    - ✓ Indétectable, elle élimine l'échec.
    - ✓ Elevée elle confirme l'échec, il faut dans ce cas passer en traitement

de deuxième ligne (cf 2ème ligne TTT)

**Tableau 9 : Protocoles thérapeutiques de deuxième et troisième lignes chez l'adulte et l'adolescent**

	Deuxième ligne préférentielle	Deuxième ligne optionnelle	Troisième ligne
Adulte et Adolescents et femme en age de procréer sous contraception	AZT(ou ABC) +3TC + ATV/r (ou LPV/r)  AZT(ou ABC) +3TC + DTG	AZT(ou ABC) +3TC + DRV/r(ou RAL + LPV/r)  AZT(ou ABC) +3TC + ATV/r (ou LPV/r ou DRV/r)	DRV/r + DTG + /- 1 ou 2 INRT

**Remarque :**

En cas de suspicion d'un échec de deuxième ligne, il faut référer au niveau national pour génotypage si possible.

RESUME

Tableau 10 : Options thérapeutiques chez l'adulte

Population	Schémas de première ligne	Schémas de deuxième ligne	Schémas de troisième ligne
Adultes et adolescents (incluant les femmes et les filles adolescentes qui sont en âge potentiel de procréer ou qui sont enceintes)	Deux NRTIs + DTG	Deux NRTIs + (ATV/r ou Lopinavir/ritonavir)	Darunavir /ritonavir (DRV/r +DTG + 1-2 NRTI 9 si possible, optimiser en utilisant le génotypage)
	Deux NRTIs + EFV	Deux NRTIs + DTG	

**8.4. SURVEILLANCE DU TRAITEMENT**

#### 8.4.1. SUIVI CLINIQUE, BIOLOGIQUE

- Bilan initial
  - Examen clinique + screening TB
  - ETP1
  - Bilan hémato biochimie (Hémoglobine, Créatinémie, Transaminases, AgHbs , Ac anti Hbs, Ac anti Hbc), glycémie)
  - CD4 si disponible
- Initiation du traitement (J0)
  - Examen clinique + screening TB
  - ETP2
- M1 :
  - Examen clinique + screening TB
  - Bilan hémato biochimie (Hémoglobine, Créatinémie, Transaminases)
  - Vérifier l'observance,
- M 3
  - Examen clinique + screening TB
  - Vérifier l'observance
- A M6 puis tous les 6 mois faire une évaluation globale comprenant au minimum : un examen clinique + screening TB, examen paraclinique : hémoglobine, Créatinémie, Transaminases, CD4 jusqu'à M24.
- Charge virale à M6, si indétectable M12 puis tous les 12 mois
- Suivi différencié dépendant de l'immunodépression et de la stabilité du traitement

#### 8.4.2. SUIVI CENTRE SUR LE PATIENT

### **Définition de patients stables sous traitement ARV :**

- Reçus le TAR pendant au moins un an,
- Pas de réactions indésirables aux médicaments nécessitant une surveillance régulière,
- Pas de maladie ou de grossesse actuelle, qui n'allait pas actuellement,
- Ayant une bonne compréhension de l'adhérence à vie,
- Preuve de la réussite du traitement (2 mesures consécutives de la charge virale indétectable).
  - En l'absence de contrôle de la charge virale, la numération de CD4 qui s'augmente ou les numérations de CD4 de  $>200$  cells/mm<sup>3</sup> avec une mesure d'adhérence objective peuvent être utilisées comme preuve de la réussite du traitement.

### **Paquet de Soins pour les patients stables:**

- Visites à la clinique moins fréquentes (tous les 3-6 mois);
- Dispensation du TAR moins fréquente (tous les 3-6 mois) ;
- Soins différenciés à base communautaire;
- Arrêt de la surveillance de CD4 où les tests de charge virale sont disponibles.

### **Définition de patients avec maladies avancée :**

Les personnes avec une maladie de VIH avancée sont définies comme celles qui se présentent aux soins avec une numération de CD4 à moins de 200 cellules CD4/mm<sup>3</sup> ou qui sont en Stade de Maladie de III et IV selon les définitions de l'OMS.

### **Paquet de Soins pour les patients avec une maladie avancée:**

- La recherche et le traitement d'une infection opportuniste
- L'initiation du TAR le plus tôt possible ( max 1 mois )
- Dépistage de l'antigène cryptococcique;
- Dépistage de la tuberculose suivi de la TPI ou le traitement de la tuberculose;
- Dépistage de la toxoplasmose;
- La prophylaxie Cotrimoxazole;
- Suivi intensif (visites plus fréquentes 1 à 2 mois).

### **Paquet de Soins pour les patients en bonne santé apparente :**

- Education thérapeutique ciblée ( Respect des rendez vous, observance thérapeutique, gestion des effets secondaire, qualité de vie, prévention positive, ..)
- Suivre comme un patient vu tardivement

## **8.4.3. EDUCATION THERAPEUTIQUE/ AIDE A L'OBSERVANCE**

- **L'éducation thérapeutique**

Il s'agit d'une démarche d'apprentissage du patient (et de son entourage) pour acquérir des compétences lui permettant :

- ✓ de comprendre sa maladie et son traitement ;
- ✓ de prendre en charge de manière active sa maladie, ses soins et la prévention de la transmission, en coopération avec les soignants ;
- ✓ d'améliorer son observance thérapeutique ;
- ✓ de vivre le plus sainement possible ;
- ✓ de maintenir ou d'améliorer sa qualité de vie.

Il permet de soutenir la personne en la dotant de connaissances et compétences qui renforcent son adhésion au traitement, son autonomisation dans ses soins.

L'éducation thérapeutique est un processus continu, intégré dans les soins et centré sur le patient. Le patient est placé au cœur du dispositif de soins.

Elle peut être individualisée ou en groupe (club d'observance). Elle doit être répétée et régulièrement évaluée.

– **Les activités d'aide à l'observance sont:**

❖ **Education pré-thérapeutique:**

Qui prépare le patient et/ou ses proches, à comprendre la maladie et le traitement. Elle commence avant l'initiation du TAR, dès le counseling post test positif.

❖ **Education thérapeutique de suivi**

C'est le renforcement de counseling qui accompagne le patient pour une acquisition de compétences d'autogestion. A chaque rendez-vous le dispensateur, l'assistant social ou le médiateur doit évaluer l'observance du TAR, les contraintes, les effets secondaires.

❖ **Education thérapeutique ciblée:**

Elle vise les patients en rebond virologique, en cours de suivi, après une charge virale bien stabilisée.

❖ **Clubs d'initiation au traitement:**

Ce sont des espaces d'échange, de dialogue, de partage et d'apprentissage sur les modalités de prises des ARV. Ils sont organisés à l'initiation du TAR.

❖ **Clubs d'observance**

Ce sont des espaces d'échange, de dialogue, de partage d'expériences entre patients autour du TAR et les facteurs associés. Ils sont tenus en cours de suivi de routine.

❖ **Autres activités d'accompagnement pour une bonne observance :**

- o Visites à domicile, Médiation sociale,
- o Visites intra-hospitalières,
- o Groupes de paroles thématiques.

L'éducation thérapeutique renferme aussi un **volet prévention VIH/IST**

- Counseling et proposition du dépistage des partenaires
- Prise en compte du risque des IST

- Négociation du préservatif,
- Qualité de vie affective et sexuelle,
- Connaissance du degré et de la nature du risque selon les différents types d'activité sexuelle...
- Accompagner les désirs de grossesse
- Accompagner les couples sérodifférents
- Lutter contre discrimination et stigmatisation

❖ **Pour les femmes en particulier :**

- Conseils durant la grossesse,
- Identification des facteurs de vulnérabilité et information pour l'accès à la PTME
- Conseil pour une sexualité sans risque, négociation de l'utilisation du préservatif et mise à disposition
- Accompagnement pour prophylaxie (PTME)
- Obligation de contraception pour les femmes désirant être sous DTG.

## 9. SPECIFICITE DE L'ADOLESCENT

C'est une étape normale au cours du suivi de tout adolescent

**But :** prévenir la rupture des soins au moment du passage en service adulte

**Conduite :** consultation conjointe entre équipe de PEC enfant et équipe de PEC adulte avant le transfert définitif en service adulte

❖ **Services pour adolescents**

La prise en charge de l'adolescent est assez spécifique et nécessite des services spécifiques :

- Service de prévention de l'infection
- Services de santé sexuelle et reproductive (IEC sur la SSR, IEC sur les IST et le VIH, IEC contraceptifs, Information conseils sur les abus et violences, santé mentale,
- Dépistage et conseil en matière de grossesse
- Conseils pour soins post avortements et contraception post avortement
- Favoriser une bonne communication
  - s'abstenir de donner des conseils
  - faire preuve de respect vis à vis de l'adolescent et encourager pour une responsabilisation
  - Aider l'adolescent à comprendre son comportement et à proposer lui même des changements
  - Eviter les jugements et l'accepter tel qu'il est

❖ **Observance au traitement**

L'observance à long terme est très difficile chez l'adolescent VIH. Les facteurs qui influencent l'observance du traitement chez l'adolescent sont :

- La pression des pairs surtout négatifs avec un risque de rupture de confidentialité
- La stigmatisation de la part de la famille , de la communauté, à l'école
- La maturité sexuelle ( gestion des émotions sexuelles, gestion des rapports sexuels, partage en cas d'activité sexuelle..)
- La toxicomanie rend difficile l'observance ( alcool, cocaïne, héroïne..)
- La dépression

Il est essentiel de faire une bonne ETP, le mettre en rapport avec les groupes de soutien, les former en compétences psychosociales.

❖ **Transition de la prise en charge pédiatrique vers les services adultes**

La transition de prise en charge pédiatrique vers la prise en charge adulte est souvent difficile. Ils peuvent être vus dans des services dédiés ou avoir un jour de consultation pour adolescent dans les services adultes. Il faut aussi les impliquer dans leur propre prise en charge, fournir des services SSR, responsabilisation et autonomie à favoriser, identifier un ou plusieurs prestataires dans le service adulte pour gérer la transition et l'accompagnement par les pairs qui ont réussi une transition.

**10. PRISE EN CHARGE DU VIH CHEZ L'ENFANT**

**10.1. INFORMATIONS NECESSAIRES POUR LA PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT INFECTE**

Les conditions suivantes sont essentielles pour démarrer l'initiation du traitement chez l'enfant :

- Confirmation du diagnostic-par des tests sérologiques si plus de 14 mois ou moléculaire si <14 mois
- Identification d'un répondant fiable
- Rechercher et traiter les comorbidités (TB+++)

Les informations suivantes sont essentielles pour le suivi d'un enfant infecté par le VIH

- Evaluation clinique (cf stades cliniques OMS en annexe)
- Etat vaccinal
- Etat nutritionnel

**10.2. PREVENTION DES INFECTIONS OPPORTUNISTES**

**Tableau 12 : Prophylaxie des infections opportunistes chez l'enfant**

Affections ciblées	Indications	Prophylaxie	Durée
<b>Isosporose</b>  <b>Toxoplasmose</b>  <b>Pneumocystose</b>	Nourrissons exposés	Cotrimoxazole (CTX) 10 mg /Kg / jour de TMP par voie orale - 1 cuillère/ 10 kg - 1 comprimé/ 20 kg Dapsone 2mg/kg/jour par voie orale si cotrimoxazole contre indiquée	A partir de 6 semaines jusqu'à jusqu'au diagnostic définitif de l'enfant
	- Tous les enfants avec un diagnostic présumé d'infection à VIH		jusqu'au diagnostic définitif de l'enfant

	-Tous les enfants de moins de 5 ans infectés par le VIH quelque soit le stade clinique et le taux de CD4		Jusqu'à 5 ans
	-Chez les enfants de plus de 5ans qui ont un taux de CD4< à 350 cellules/mm3		Si CD4>350cellules /mm3 de manière stable sur 6 mois
<b>Tuberculose</b>	- Nouveau né de mère atteinte de tuberculose pulmonaire. -Enfant < 5 ans avec contage familial	<b>Donner de l'INH: 10 mg/kg/jour</b> Exclure une TB évolutive	<b>6 mois</b>

**10.3. PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS OPPORTUNISTES( voir tableaux en annexe)**

**10.4. PRISE EN CHARGE PAR LES ARV**

**10.4.1. TRAITEMENT DE PREMIERE LIGNE**

Tableau 13 : Schémas de premières lignes chez l'enfant

Traitement antirétroviraux de premières lignes chez l'enfant			
	1ère ligne préférentielle	1ère ligne optionnelle	Cas particuliers**
Nouveau-nés -3ans	AZT+3 TC + RAL*	AZT+3TC +LPV/r ou AZT+3TC + NVP	AZT+3 TC + LPV/r
plus de 3 ans ou 15 Kg --10 ans	ABC + 3TC +DTG	ABC + 3TC +LPV/r ABC + 3TC +RAL ABC ou AZT + 3TC + EFV ou NVP	AZT + 3TC +LPV/r ABC ou AZT + 3TC +RAL

\* Alternatives au RAL : LPV/r ou DTG

\*\* Si aucune alternative disponible ou en cas de VIH2 et VIH1+2

**10.4.2. TRAITEMENT DE DEUXIEME ET TROISIEME LIGNE**

Il ne se conçoit qu'après au moins 6 mois de traitement et devant un échec thérapeutique.

On pense à l'échec clinique chez l'enfant devant :

- l'apparition ou la récurrence des événements classant stade 3 ou 4 de l'OMS
- cassure de la courbe de croissance

L'échec immunologique est une immunodépression sévère après amélioration du taux initial ou retour au taux initial

L'échec virologique sera évoquée lorsque :

- la charge virale plasmatique ou sur DBS est >1000 copies/ml à deux mesures espacées de 3 mois avec un renforcement d'observance

En cas d'échec de première ligne il faut passer en deuxième ligne sans génotypage

En cas de suspicion d'un échec de deuxième ligne, il faut demander le génotypage (envoi de prélèvement sur tube ou papier buvard)

Tableau 14 : Schémas thérapeutiques chez l'enfant

<b>Option de traitement pour L'enfant</b>		
<b>1ère ligne</b>	<b>2ème ligne</b>	<b>3ème ligne</b>
AZT+3 TC + LPV/r	<b>ABC +3 TC + DTG</b> <b>ou RAL</b>	<b>DRV/r + DTG +/- 2 INRT</b>
AZT+3 TC + NVP ou EFV	<b>ABC + 3TC + DTG</b> <b>ou RAL</b>	
AZT+3 TC + DTG ou RAL	<b>ABC + 3TC + ATV/r</b> <b>ou LPV/r</b>	

Le DTG s'applique chez l'enfant quand la formulation et le dosage appropriés sont disponible  
**En cas de suspicion d'un échec de troisième ligne, il faut référer au niveau national pour génotypage si possible.**

#### 10.4.3. SUIVI DU TRAITEMENT

##### **Clinique :**

Périodicité :

- Rapprochée, au moins une fois par mois les trois premiers mois
- Puis trimestriel

A chaque RV :

- Evaluation de la tolérance et de l'observance du TARV
- Evaluation clinique :
  - stade clinique OMS
  - Evaluation de l'état nutritionnel
  - Evaluation du développement psychomoteur
  - Recherche d'infections opportunistes
- Etat vaccinal
- Accompagnement psycho sociale : écoute, appui social, renforcement ETP.

##### **Biologie**

**Au minimum, faire tous les 6 mois :**

- Charge virale
- Immunologie : CD4
- Biochimie : transaminases, urée, créatinine
- Hématologie : Hémoglobine

### **Si possible**

- Biochimie : glycémie, triglycérides, cholestérol tous les 6 mois
- Sérologie : recherche antigène HBS à l'inclusion

### **□ Vaccinations (OMS)**

- Enfant asymptomatique : PEV
- Enfant symptomatique : Fièvre jaune et BCG sont contre indiqués

## **10.4.4. EDUCATION THERAPEUTIQUE ET PEC PSYCHOSOCIALE DE L'ENFANT**

Chez l'enfant l'ETP commence à 7 ans et correspond au démarrage du processus d'annonce  
Avant 7 ans elle s'adresse essentiellement aux parents et /ou tuteurs

### **□ ETP chez l'enfant de 7 ans et plus**

#### **▪ Les étapes :**

- ✓ Annonce de maladie chronique : l'enfant est informé qu'il a une maladie causée par un microbe avec laquelle il devra vivre
- ✓ Annonce de traitement au long cours : l'enfant apprend qu'il doit prendre des médicaments tous les jours à des heures fixes pour contenir sa maladie
- ✓ Annonce d'une vie normale si ce traitement est bien pris : il peut grandir, aller à l'école, se marier...
- ✓ Annonce d'effets secondaires : l'enfant est informé que les médicaments peuvent entraîner des effets secondaires qui ne doivent pas lui faire arrêter son traitement. Mais il doit les signaler au soignant

#### **▪ Au cours du suivi**

Toutes ces connaissances sont renforcées jusqu'à l'âge de l'annonce qui se fait avant 12 ans

### **□ ANNONCE**

L'annonce peut se faire par les parents /ou tuteurs ou par le prestataire de soin.

En cas d'annonce par les parents, le personnel de santé peut apporter son soutien.

Si l'option de l'annonce par le prestataire est choisie, la participation des parents/tuteur qui assure un soutien à l'enfant est indispensable.

- ✓ Mettre un nom sur sa maladie : tu as une maladie chronique, tu veux savoir laquelle ?
- ✓ Donner de l'espoir : après l'annonce revenir sur l'efficacité des médicaments
- ✓ Fournir des informations et un soutien pour vivre positivement l'infection VIH
- ✓ Expliquer les avantages du recours aux soins
- ✓ conseiller sur l'adhérence aux soins
- ✓ Renforcer en cas de mauvaise observance sur les risque
- ✓ Discuter de la confidentialité partagée
- ✓ renforcer les compétences psychosociales pour une bonne estime de soi
- ✓ Apporter un soutien aux frères et sœurs séronégatifs
- ✓ Autres activités d'accompagnement en post annonce :
  - Mettre en contact avec les pairs
  - Assister aux activités de groupes avec les pairs : Ce sont des espaces d'échange, de dialogue, de partage et d'apprentissage sur les modalités de prises des ARV. Ils sont organisés tout au long de la prise en charge.

-Prévention VIH/IST et grossesse précoce par l'utilisation du préservatif après 15 ans

## **11. PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE**

La prise en charge des personnes séropositives ne se résume pas seulement à des soins médicaux. Elle comporte également, dans le cadre d'une démarche de prise en charge globale, des mesures d'accompagnement visant à développer et maintenir l'autonomie des personnes à l'égard de la maladie :

- accompagnement psychologique ;
- éducation thérapeutique ;
- éducation nutritionnelle ;
- accompagnement socio-économique.

Centrée sur la personne, la démarche de prise en charge globale doit permettre de créer les conditions les plus favorables à sa participation aux soins, notamment à une prise régulière du traitement et à un suivi au long cours.

En pratique, elle nécessite une approche multidisciplinaire, fondée sur l'intervention de plusieurs professionnels ayant des compétences complémentaires pour couvrir les différents besoins des personnes (les intervenants pouvant varier d'une personne à l'autre ou dans le temps chez une même personne en fonction des besoins identifiés)

### **La prise en charge psychosociale permet de :**

- Renforcer la prise en charge globale ;
- Réduire les risques d'isolement et d'exclusion sociale (stigmatisation et auto stigmatisation) ;
- Favoriser la prévention primaire et secondaire ;
- Réduire le nombre de perdus de vue (rétention dans les soins) ;
- Renforcer l'adhésion aux soins, donc assure leur continuité ;
- Instaurer et maintenir une meilleure communication entre soignants et soignés ;
- Optimiser l'observance thérapeutique pour prévenir les échecs ;
- Permettre un meilleur accès à l'information sur les dispositifs de prévention et de soins.

### **Les différents volets de la prise en charge psychologique et sociale**

- Le soutien psychologique ;
- Le soutien à l'observance thérapeutique (Education thérapeutique) ;
- Le soutien social ou socio-économique ;
- Le soutien à l'enfant et à sa famille ;
- Le soutien pour la réinsertion socio- professionnelle ;
- La médiation familiale et/ou sociale ;
- Le soutien juridique et la lutte contre la discrimination ;
- Le soutien spirituel ;
- Les conseils nutritionnels.

## **Soutien psychologique d'une personne infectée par le VIH**

Le soutien psychologique est un élément essentiel du dispositif de soins et d'appui des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Il vise à l'aider à :

### **✓ Gérer la détresse provoquée par la découverte de son infection**

La découverte de son infection par le VIH provoque différentes réactions émotionnelles, passant par du refus, de la colère à l'anxiété, de la culpabilité à la tristesse et jusqu'à la dépression. Des sentiments qui traduisent une seule idée "je suis perdu"

En général, ce sont des sentiments normaux chez toute personne atteinte d'une maladie qui met sa vie en péril. Cependant, la personne doit être assistée pour pouvoir surmonter ces sentiments et parvenir à un compromis acceptable.

En effet, toutes ces réactions sont très souvent transitoires. Le conseiller doit aider le patient à accepter son statut sérologique et ses conséquences afin qu'il puisse surmonter et/ou éviter le développement de certains troubles psychologiques.

Comme chaque patient présente une situation particulière et unique, il n'existe pas une méthode standard à utiliser par le conseiller pour assister le patient. Il doit réagir selon la réaction du client en utilisant les techniques du counselling et ses compétences personnelles. Il doit être un support pour le patient.

L'objectif principal durant cette phase est d'aider le patient à accepter son statut sérologique. Si le client présente des signes d'un trouble mental, le conseiller doit le référer à un service approprié (psychiatre ou psychologue)

### **✓ Faire face aux conséquences réelles ou supposées liées à l'annonce de sa séropositivité à son entourage (famille, ami, milieu de travail)**

La découverte de l'infection d'une personne par le VIH peut avoir des conséquences, non seulement sur sa santé mais aussi sur ces relations interpersonnelles et sur son travail. Le conseiller doit assister la PVVIH à faire face à ces problèmes :

- o Identifier les réactions possibles des autres, les problèmes relationnels éventuels et les personnes sur lesquelles le patient peut compter en cas de rejet par les autres.
- o Fournir au client les techniques et informations nécessaires pour affronter les autres et se faire accepter.
- o Encourager le client à ne pas baisser les bras au moindre obstacle
- o Si nécessaire, intervenir pour aider à résoudre les problèmes relationnels.

### **✓ Apprendre à vivre positivement avec le VIH**

Avec les progrès actuels et l'avènement des ARV, une personne séropositive peut vivre aussi longtemps qu'une personne séronégative.

Une bonne observance du traitement de l'infection à VIH aujourd'hui une maladie chronique au même titre que les autres maladies au long cours.

La personne infectée doit, adopter une attitude positive envers soi-même et les autres (famille, amis, collègue...) et avoir un regard positif sur la vie.

Le conseiller doit mettre l'accent sur quatre éléments essentiels :

□ **Le démarrage le plus tôt possible du suivi médical et du traitement antirétroviral**  
(Education thérapeutique)

- o Expliquer la nécessité d'une référence pour une prise en charge clinique, l'ouverture de dossier, le bilan initial
- o Encourager la PVVIH à voir régulièrement le médecin traitant ou l'agent de santé en cas de problème de santé

□ **L'importance de prendre soin de soi-même (conseils hygiéno-diététiques)**

Expliquer à la PVVIH la nécessité :

- De maintenir une bonne hygiène corporelle et de l'habitat.
- D'adopter un régime alimentaire sain et équilibré (voir conseil nutritionnel)
- D'avoir une bonne hygiène de vie (à éviter l'alcool et le tabac, à bien dormir).
- De pratiquer régulièrement des exercices physiques adaptés à son état
- De continuer ses activités professionnelles, si possible

□ **L'importance du bien-être psychique**

Un sens de bien être psychologique et spirituel a un grand impact sur la progression de la maladie. En effet, se sentir aimé et accepté par les autres, être en paix avec soi-même, avec les autres et avec Dieu influe sur la santé physique et psychologique de la PVVIH.

Ainsi :

- Amener la PVVIH à ne blâmer personne pour son infection ;
- Amener la PVVIH à ne pas se sentir coupable ou honteux de son infection ;
- Expliquer à la PVVIH l'importance de sortir, de voir des gens (ami, voisins, famille) de s'épanouir ;
- Apprendre à la PVVIH les techniques de relaxation pour lutter contre le stress ;
- Aider la PVVIH à découvrir ses hobbies et à les pratiquer ;
- Aider la PVVIH à retrouver et à maintenir son estime de soi ;
- Encourager la PVVIH à intégrer des groupes d'auto support ou à en créer ;
- Aider la PVVIH à retrouver un équilibre spirituel.

□ **L'importance de la prévention**

- o Accompagner et encourager la PVVIH à partager son statut sérologique avec son conjoint et des membres de sa famille ;
- o Expliquer à la PVVIH qu'elle doit éviter les comportements sexuels (non protégés) à risque en attendant d'informer son (sa) partenaire ;
- o Réviser les modes de transmission sanguins (seringues, aiguilles, rasoirs, instruments pointus ou tranchants...).
- o

**Education thérapeutique- Aide à l'observance (cf observance)**

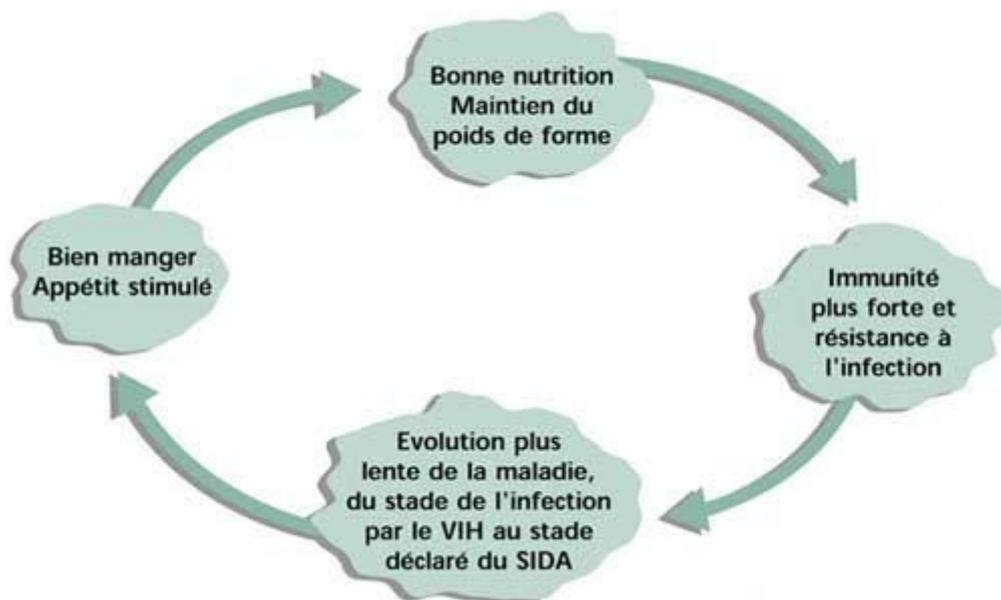
**12. PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE**

La nutrition et le VIH/SIDA sont fortement interdépendants. La malnutrition peut à la fois contribuer à la progression du VIH et en résulter. Cette relation entre la malnutrition et le VIH/SIDA crée un cercle vicieux: le VIH affaiblit le système immunitaire, et en retour, entraîne plus d'infection.

La fréquence des infections conduit à une perte d'appétit puis à une mauvaise prise alimentaire et éventuellement à la malnutrition. Les personnes malnutries sont soumises à un grand risque d'infection, créant une plus grande vulnérabilité au VIH et le cycle continue ainsi.

Une PVVIH est plus soumise au risque de la malnutrition à cause de la prise insuffisante d'aliments, de la faible absorption, du changement dans le métabolisme du corps, des infections chroniques et maladies, de l'anorexie ou manque d'appétit, diarrhées, fièvre, nausées et vomissements fréquents, muguet et anémie.

L'infection à VIH entraîne une activation chronique du système immunitaire qui devient plus sollicité pour lutter contre l'infection. Cette situation qui est d'autant plus préoccupante que l'immunodépression est sévère augmente les besoins en énergie et en nutriments, et nécessite une alimentation riche et équilibrée.



Le conseil et le soutien nutritionnel constituent un des piliers de la prise en charge thérapeutique de l'enfant vivant avec le VIH. En plus de ses besoins de croissance et sa dépense énergétique de base, la ration alimentaire doit couvrir des besoins occasionnels liés aux épisodes morbides. L'alimentation doit être équilibrée, répondant aux besoins protéino-énergétiques mais aussi en vitamines et micronutriments. La supplémentation en fer, en vitamine A et en zinc peut s'avérer nécessaire.

Un volet nutritionnel est une composante obligatoire de tout programme de prise en charge de l'enfant vivant avec le VIH. Les principales stratégies seront les suivantes :

- Formation des agents de santé en matière de surveillance nutritionnelle pour la prise en charge de l'infection par le VIH/SIDA
- Lutte contre les maladies diarrhéiques : approvisionnement en solution de réhydratation par voie orale (SRO) et en médicaments pour le traitement des enfants malades.
- Réhabilitation nutritionnelle : utilisation de solution lait- huile- sucre (LHS) enrichie de vitamines et minéraux, à travers les CREN (Centres de Récupération et d'Éducation Nutritionnelle).

Plusieurs stratégies existent pour aider à une bonne prise en charge en cas de troubles nutritionnels chez l'adulte (cf fiche technique) :

- **Educatons nutritionnelles (causeries individuelles ou collectives)**

#### ❖ **Conseils d'ordre général**

- Manger régulièrement
- Fractionner les repas (au moins 5 repas/jour)
- Manger au moins trois repas consistants par jour entrecoupés de collations
- Varier l'alimentation en consommant :
  - des aliments énergétiques (céréales, sucre, huile et autres matières grasses) (PVVIH a besoin de 10 à 15% d'énergie supplémentaire)
  - des aliments riches en protéines : viande, poisson, œuf, protéines végétales (céréales, manioc, pomme de terre, « niébé ») (PVVIH a besoin de 50 à 100% de protéines supplémentaires)
  - des légumes et des fruits.
- Eviter l'alcool, le tabac, les excitants (café, thé, cola,)
- Faire de l'activité physique (marche, jogging, natation...) pour renforcer les muscles et stimuler l'appétit

#### ❖ **Conseils spécifiques en cas de pathologie opportunistes(candidose, diarrhée...)**

- **Repas communautaires**

Activités de groupe pour un renforcement nutritionnel à travers le partage du repas qui permet à certains de retrouver l'appétit ;

Pour découvrir de nouvelles recettes abordables, accessibles et reproductibles à domicile ;

Pour connaître les valeurs nutritives des aliments qui composent les recettes.

- **Démonstrations culinaires**

Qui constituent des occasions pour revisiter des menus accessibles (bouillies de céréales enrichies au LHS) mais aussi quelques recettes traditionnelles riches en apport comme « lakhou bissap », « ngourbane », « thiéré mboume », « dakhine », « mbakhal saloum »

- **Appui nutritionnel par dispensation de kits alimentaires**

### **13. SOINS PALLIATIFS ET SOINS DE FIN DE VIE**

Ce sont des soins spéciaux de santé destinés aux personnes atteintes de maladies graves, chroniques, difficilement curables et mortelles pour leur assurer la meilleure qualité de vie ainsi qu'à leur famille : c'est le cas du VIH/SIDA

Les quatre principes de bases de cette approche particulière sont :

- Le soulagement de toute douleur (physique, psychologique, spirituelle, morale et sociale)
- Le soutien de tous les soignants (agents de santé, membres de la famille, conjoint(e) partenaire et amis) leur permettant ainsi la gestion de leur propre émotion, de leur chagrin et/ou leur découragement.
- L'idée selon laquelle les soins palliatifs ne sont pas exclusivement destinés aux personnes mourantes.
- L'implication du malade, de la famille et des parents à côté de professionnels de santé appartenant à plusieurs disciplines dont certaines n'appartiennent pas à la santé : C'est la notion de "métiers de soins chroniques".

Les intérêts sont multiples :

- Réduisent la charge émotionnelle, psychologique et matérielle de cette maladie complexe, dont l'évolution est imprévisible et les traitements pesant pouvant épuiser les ressources des services de santé et celles de la famille.
- Participent au continuum des soins, qu'ils sécurisent, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (Hôpital, Centre de santé, poste de santé) jusqu'au domicile.
- Tentent de résoudre la complexité des problèmes familiaux (confidentialité partagée des partenaires, l'inversion des rôles familiaux)
- Luttent contre le rejet social et la stigmatisation
- Permettent d'asseoir la philosophie fondée sur le précepte selon lequel tout être humain a le droit d'être soigné et de mourir dans la dignité.

Les buts sont surtout de :

- Prendre en charge les symptômes aigus, chroniques et les soins de fin de vie au cours de l'infection à VIH, non seulement dans les établissements de Santé mais également à domicile.
- Lutter contre le rejet et la stigmatisation

(cf guide soins palliatifs pour la détection et la prise en charge des signes de danger)

## **14. SURVEILLANCE DE LA TOXICITE MEDICAMENTEUSE (GESTION DES EFFETS SECONDAIRES ET PHARMACOVIGILANCE) ET DE LA RESISTANCE AUX ARV**

### **14.1. GESTION DES EFFETS SECONDAIRES**

**Tableau 15 : PEC des effets secondaires**

Molécules	Toxicité	Conduite à tenir
Zidovudine	Hématologique : anémie	Changer zidovudine par Ténofovir Surveillance NFS (hémoglobine Taux Hb < 8g/dl, neutrophiles <750/mm <sup>3</sup> , Plaquettes <50 000/mm <sup>3</sup> )
Éfavirenz	Effets indésirables neuropsychiques possibles en début de traitement Possible toxicité cutanée et hépatique	Surveiller les transaminases Ne Pas prescrire chez la femme enceinte Changer par la Névirapine
Névirapine	Réactions cutanées sévères, menaçant le pronostic vital (syndrome de Stevens-Johnson, syndrome de Lyell) ou d'hépatite/insuffisance hépatique sévères au cours des 4 premiers mois de traitement et surtout des 6 premières semaines Toxicité hépatique majoré chez les femmes et si CD4 > 250/mm <sup>3</sup> chez la femme, et si CD4 > 400/mm <sup>3</sup> , chez l'homme. Contre-indiqué si transaminases > 5 fois la valeur normale	Nécessité absolue d'administration à demi-dose (200 mg /j) pendant les 2 premières semaines, et vérification de l'absence d'intolérance clinique et hépatique avant passage à dose pleine (200 mg x2/j) Nécessité d'une surveillance étroite clinique et des transaminases au cours des 4 premiers mois de traitement

Tenofovir	Toxicité rénale	Surveillance fonction rénale (clairance de la créatinine et phosphate sérique) Adaptation de posologie si clairance de la créatinine < 50 ml/min Attention aux interactions pharmacocinétiques
Abacavir	Risque de survenue d'un syndrome d'hypersensibilité, potentiellement grave, surtout en début de traitement	Pas de réintroduction après arrêt pour hypersensibilité (risque de décès)
Dolutégravir et Raltegravir et DRV/r		
Lopinavir/r	Troubles digestifs fréquents, mais habituellement d'intensité modérée Hypertriglycémie, parfois importante et précoce	surveillance et prise en charge spécifique
Atazanavir/r	Troubles digestifs fréquents, mais habituellement d'intensité modérée Hypertriglycémie, parfois importante et précoce	surveillance et prise en charge spécifique

## 14.2. PHARMACOVIGILANCE

Selon l'OMS, la Pharmacovigilance est définie comme "la science et les activités relatives à la détection, l'évaluation, la compréhension et la prévention des effets indésirables et de tout autre problème lié à l'utilisation du médicament."

Elle contribue à la sécurité du patient lors de l'utilisation des médicaments, de l'administration d'un vaccin ou de tout autre produit de santé.

La mise en place de la Pharmacovigilance pour suivre les ARV en particulier se justifie amplement par :

- L'absence de recul avec les médicaments ARV qui sont nouveaux
- L'insuffisance des tests pré cliniques et cliniques pour la détection des effets indésirables rares et graves des médicaments : l'expérimentation est d'abord animale, avec les insuffisances que l'on sait ; les essais cliniques, ensuite, n'engagent pas beaucoup de sujets et se font en milieu contrôlé
- On ne connaît pas la toxicité à long terme pour ces médicaments ARV relativement nouveaux

La Pharmacovigilance est organisée au Sénégal par l'arrêté ministériel n° 4012 du 06 Février 1998. Aux termes de cet arrêté, il est créé la Commission nationale de Pharmacovigilance avec deux Comités techniques, un pour les médicaments et un pour les vaccins. Le tout domicilié à la Direction de la Pharmacie. Un projet de modification de cet arrêté est en cours pour donner un rôle au Centre Antipoison du MSP.

L'intérêt ici est surtout de faire la notification. La notification concerne tout événement indésirable (clinique ou biologique) coïncidant avec la prise d'un médicament : connu ou non connu, grave ou bénin. En principe, l'évènement est observé chez un patient dans les conditions normales d'utilisation d'un médicament. Quoique la Pharmacovigilance embrasse aujourd'hui divers autres domaines

### **14.3. RESISTANCE AUX ARV**

La mauvaise observance est à la longue responsable de la sélection de virus résistants qui conduit à la résistance aux ARV mais surtout à une réduction des options thérapeutiques.

Les facteurs de risque de résistance demeurent, en plus de l'inobservance du traitement, le non respect des rendez-vous, la perte de vue, l'arrêt des traitements.

La charge virale permet de mesurer l'efficacité du traitement. Depuis l'utilisation des ARV au Sénégal. Les patients peuvent bénéficier d'un test génotypique pour détecter les mutations de résistance au niveau du laboratoire de Bactériologie-Virologie du CHNU Aristide le Dantec avant le passage en deuxième ou troisième ligne. Dans l'impossibilité de disposer d'un test génotypique dans un délai raisonnable, réaliser quand même un prélèvement à envoyer au LBV avant de procéder au changement de ligne de traitement selon les recommandations nationales. Les résultats de génotypage reçus même à distance du changement de ligne pourront être utilisés pour réajuster au besoin le TAR en cours.

### **15. ELEMENTS D'ORIENTATIONS POUR LA PHASE DE TRANSITION (approche programmatique pour la phase de transition)**

- Pour les patients qui sont sous traitement avec une charge virale contrôlée, maintenir le traitement
- Pour toute nouvelle inclusion préférer le protocole préférentiel avec DTG
- Rester attentifs chez les femmes en âge de procréer, enceintes et allaitantes

### **16. SUIVI/ EVALUATION DU PROGRAMME PEC**

Le suivi-évaluation de la PEC du VIH doit être intégré à la prise en charge globalement. Il aide les gestionnaires des programmes à évaluer l'efficacité réelle des interventions. La stratégie de suivi et d'évaluation doit inclure le suivi de la prestation des services, notamment des intrants et des processus ainsi que des extrants et des résultats, comme le nombre de personnes recevant des interventions et l'impact au niveau individuel et au niveau de la population.

#### **16.1. SUIVI**

##### **16.1.1. INDICATEURS DU PROGRAMME**

- Nombre et pourcentage de personnes dépistées
- Nombre de personnes chez qui un diagnostic d'infection à VIH a été nouvellement posé
- Pourcentage de personnes chez qui un diagnostic d'infection à VIH a été nouvellement posé et entrées dans la filière de soins de l'infection à VIH
- Profil des personnes vivant avec le VIH chez qui des soins de l'infection à VIH sont mis en route
- Pourcentage d'adultes et d'enfants présentant une infection à VIH parvenue à un stade avancé qui reçoivent des antirétroviraux

- Nombre et du pourcentage des adultes, les adolescents chez qui un TAR a été initié
- Nombre d' enfants chez qui un TAR a été initié
- Nombre total et pourcentage de PVVIH inclus dans la PEC
- Nombre et pourcentage de PVVIH mises sous ARV
- Nombre et Pourcentage de personnes recevant un TAR chez qui un test de mesure de la charge virale a été réalisé et qui ont reçu leurs résultats
- Nombre et pourcentage de PVVIH ayant une charge virale inférieure à 1000 copies
- Nombre et pourcentage de PVVIH ayant une charge virale indétectable
- Nombre et pourcentage de femmes enceintes séropositives mises sous ARV
- Nombre et pourcentage d' enfants nés de mères séropositives ayant bénéficié de diagnostic précoce
- Nombre d' appareils de charge virale mis en place
- Nombre de PS qui ont démarré la décentralisation de la PEC
- Pourcentage d'établissements de santé qui dispensent des thérapies antirétrovirales
- Nombre de cliniciens non médecins, de sages-femmes et d' infirmiers qui mettent en route un TAR de première intention et qui assurent la poursuite du TAR ainsi que du nombre de personnes chez qui ils ont mis en route un TAR et assuré la poursuite de ce traitement
- nombre d' agents de santé communautaires formés au TAR qui dispensent le TAR entre les visites cliniques régulières et déterminer le nombre de personnes à qui ils ont dispensé le TAR
- Rétenion dans les soins des personnes vivant avec le VIH chez qui un TAR n' a pas encore été mis en route, y compris des nourrissons exposés au VIH
- Pourcentage des établissements offrant le TAR ayant connu une rupture de stock d' ARV au cours d' une période donnée
- Pourcentage de rétenion sous TAR et sous schéma de PTME
- Taux de survie
- Pourcentage d'adultes et d' enfants infectés par le VIH dont on sait qu' ils sont toujours sous traitement antirétroviral 12 mois après le début de celui-ci
- Pourcentage d'adultes et d' enfants infectés par le VIH dont on sait qu' ils sont toujours sous traitement antirétroviral 24 mois après le début de celui-ci
- Pourcentage d'adultes et d' enfants infectés par le VIH dont on sait qu' ils sont toujours sous traitement antirétroviral 36 mois après le début de celui-ci
- Pourcentage d'adultes et d' enfants infectés par le VIH dont on sait qu' ils sont toujours sous traitement antirétroviral 48 mois après le début de celui-ci
- Pourcentage d'adultes et d' enfants infectés par le VIH dont on sait qu' ils sont toujours sous traitement antirétroviral 60 mois après le début de celui-ci
- Pourcentage de nourrissons, nés de femmes séropositives au VIH (nourrissons exposés au VIH), recevant une prophylaxie par antirétroviraux pour la PTME

- Pourcentage de nourrissons nés de femmes séropositives au VIH et ayant débuté une prophylaxie par cotrimoxazole (CTX) dans les deux mois suivant leur naissance
- Pourcentage de nourrissons nés de femmes séropositives, ayant bénéficié d'un dépistage du VIH (recherche virologique ou d'anticorps) avant l'âge de 12 mois

#### **16.1.2. RECUEIL/ COLLECTE DES DONNÉES**

Ce suivi sera basé sur un système de gestion de données comprenant le recueil et la collecte régulière des données à partir de supports simples et standardisés. Le traitement et la diffusion des informations sous formes d'indicateurs, doivent être faits par les différents acteurs.

Les supports de collecte suivants seront utilisés :

- Outils primaires : registres, dossiers patients, fiches de suivi, fiches d'enquêtes...
  - Outils secondaires : tous les rapports (voir annexe)
  - Plateforme DHIS2
- 
- Protocoles clairs pour la production des données et modes opératoires normalisés pour leur agrégation (là où ces modes opératoires n'existent pas) pour tout nouvel indicateur et tout nouveau scénario de prestation de services
  - Examen des données de laboratoire disponibles en tant que source d'information clé
  - Évaluation régulière de la qualité des données dans les établissements de santé et au niveau infranational
  - Supervision de soutien, notamment en ce qui concerne les nouveaux éléments des politiques relatives à l'utilisation des ARV et des plans de mise en œuvre Mise à jour des formulaires nationaux pour l'enregistrement des données afin d'obtenir toute nouvelle donnée au niveau national, notamment pour indiquer la fréquence de collecte des données nécessaires pour les différents indicateurs

#### **16.1.3. RAPPORT MENSUEL DES SITES**

Le rapport mensuel de chaque site sera transmis au district sanitaire puis à la région médicale et au niveau national. Les données recueillies au niveau des sites et les rapports de supervision serviront à assurer le suivi des activités.

#### **16.1.4. RAPPORT TRIMESTRIEL NATIONAL**

Le rapport trimestriel national devra être partagé dans un cadre formel de réunions de coordination au niveau régional pour procéder à des réajustements et mesures correctrices selon les résultats de l'analyse.

#### **16.1.5. LOGICIEL DHIS2**

Tenue à jour des bases de données nationales et infranationales afin d'y inclure les nouveaux éléments de données Diffusion régulière des données et accès public aux données relatives au

programme de lutte contre le sida en constante évolution Production périodique de rapports aux niveaux (infra) national et international pour faire apparaître la mise en place des nouvelles politiques nationales d'utilisation des ARV et l'impact de ces politiques ainsi que pour rassembler des informations sur le sujet

#### **16.1.6. SUPERVISION**

La supervision systématique et régulière selon les niveaux constitue la clé d'efficacité du programme. Elle évalue les normes et protocole et les performances du niveau de mise en œuvre des programmes. Elle est réalisée du niveau central au niveau opérationnel, par une équipe multidisciplinaire. Elles seront organisées tous les mois, au niveau des districts et tous les trois mois, au niveau régional. Ces supervisions doivent être bien planifiées.

La supervision formative et intégrée des activités communautaires se fera également, en collaboration avec les organismes de la société civile qui interviennent dans les programmes PEC et celles de la TB.

#### **16.2. EVALUATION**

Une évaluation périodique de la prise en charge sera faite à partir de l'analyse des données recueillies à partir du logiciel DHIS2 et des rapports de supervision, au niveau régional tous les trois (3) mois pour identifier les difficultés rencontrés et trouver des solutions.

##### **16.2.1. INDICATEURS D'IMPACT POUR LE VIH (cibles d'élimination)**

Indicateurs pour l'atteinte des trois "90-90-90"

- Nombre de personnes dépistées positives pour le VIH qui connaissent leur statut sérologique
- Nombre de personnes dépistées positives pour le VIH qui sont sous ARV
- Nombre de personnes vivant avec le VIH sous ARV qui ont une suppression de leur charge virale

Incidence et mortalité

- Pourcentage de nouvelles infections
- Taux de mortalité lié au VIH

La mise en œuvre du programme devra être accompagnée d'un renforcement de capacités dicté par les difficultés identifiées au cours des évaluations périodiques.

#### **Recherche opérationnelle**

Cf plan national de recherche de 2018 basé sur les déterminants et préoccupations de la politique nationale de PEC du VIH

#### **REFERENCES**

#### **ANNEXES**

**Classification stades cliniques OMS de l'Adulte**

**Classification stades cliniques OMS de l'enfant**

**Tableaux sur le traitement des IO**

