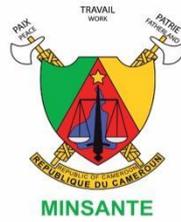


RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN
Ministère de la Santé Publique



REPUBLIC OF CAMEROON
Ministry of Public Health

GUIDE DE PRÉVENTION ET DE PRISE EN CHARGE DU VIH/Sida AU CAMEROUN

2024



GUIDE DE PRÉVENTION ET DE PRISE EN CHARGE DU VIH/Sida AU CAMEROUN 2024

Table des matières

Table des matières	2
Préface.....	9
Remerciements	10
Liste des abréviations	10
Liste des tableaux et des figures	12
CHAPITRE 1 : PRÉVENTION DU VIH/SIDA.....	16
I. MÉTHODE GÉNÉRALE DE PRÉVENTION DU VIH.....	16
I.1. Les types de prévention.....	16
I.2. La Prévention combinée	16
II. COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT SOCIAL ET COMPORTEMENTAL.....	16
III. PROMOTION DU PRESERVATIF.....	17
IV. PROPHYLAXIE PRE-EXPOSITION	18
IV.1 Modalités de prescription de la PrEP.....	18
IV.2 Procédures de mise sous PreP.....	21
V. PROPHYLAXIE POST EXPOSITION (PPE)	21
V.1 Indication pour la PPE.....	21
V.2 Recommandations relatives à l'administration de la PPE.....	22
V.2.1 Recommandations en cas de violence sexuelle	23
V.2.2 Recommandations en cas des AELB	24
VI. PREVENTION ET GESTION DE LA VIOLENCE BASEE SUR LE GENRE	25
VII. DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE DES IST	27
CHAPITRE 2 : DÉPISTAGE DU VIH ET LIENS AUX SOINS	30
I. PROCÉDURES DE DÉPISTAGE	30
I.1. Principes	30
I.2. Protocole de dépistage	31
I.3. Populations prioritaires pour les services de dépistage	32
I.4. Sites de dépistage	32
I.4.1. <i>Dépistage du VIH dans les établissements de santé</i>	32
I.4.2. <i>Dépistage du VIH à base communautaire</i>	33
I.5. Recommandation sur la fréquence du test par type de population.....	33
II. ALGORITHME DE DÉPISTAGE	34
II.1. Algorithme du dépistage du VIH dans la population générale.....	35
II.2. Algorithme de dépistage du VIH chez les femmes enceintes et populations clés	36
II.3. Algorithme du dépistage du VIH chez les enfants exposés.....	37
II.4. Dépistage chez les adolescents	38
II.5. Recommandations pour la reprise de test.....	38

II.6.	Autodépistage du VIH.....	38
III.	ASSURANCE QUALITÉ DU DÉPISTAGE	39
III.1.	Étapes du processus d'assurance qualité du test.....	39
III.2.	Les mesures pratiques à prendre pour surveiller la qualité des résultats du dépistage	40
IV.	LIENS ENTRE LE DÉPISTAGE DU VIH ET LES SERVICES DE PRÉVENTION, SOINS ET TRAITEMENT DU VIH.....	41
CHAPITRE 3 : ÉLIMINATION DE LA TRANSMISSION VERTICALE DU VIH.....		42
I.	PREVENIR LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MÈRE SEROPOSITIVE A L'ENFANT..	43
I.1.	Généralités sur la transmission verticale du VIH.....	43
I.2.	Stratégies de prévention de la transmission verticale (PTME) du VIH.....	44
I.3.	Le paquet minimum des services de la Femme Encenite et Allaitante.....	45
I.3.1	<i>Paquet minimum en CPN.....</i>	45
I.3.1.1.	<i>PEC de la femme en salle de travail/accouchement</i>	47
I.3.2.	<i>PEC de la femme en post-partum.....</i>	49
II.	PRISE EN CHARGE DES FEMMES ENCEINTES ET ALLAITANTES VIVANT AVEC LE VIH	52
II.1.	Le lien entre le point du diagnostic et celui du traitement ARV.....	52
II.2.	La mise sous TARV	52
II.3.	Le suivi du TARV chez la femme enceinte et mère allaitante VIH+	53
II.4.	Prise en charge nutritionnelle des femmes enceintes et allaitantes VIH+	53
II.5.	Prise en charge des coinfections chez les femmes enceintes et allaitantes VIH+	54
II.5.1.	<i>Tuberculose</i>	54
II.5.2.	<i>Co-infection VIH/Hépatite B.....</i>	54
III.	INFECTION A VIH ET PLANIFICATION FAMILIALE	55
IV.	VACCINATION DES FEC	56
V.	PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT EXPOSE (EE) AU VIH	56
V.1.	Calendrier de suivi des enfants exposés	56
V.2.	Paquet des prestations à offrir aux enfants exposés au cours de leur suivi	57
V.3.	Prophylaxie postnatale chez l'enfant exposé	59
V.3.1.	<i>Prophylaxie postnatale du VIH chez l'enfant exposé.....</i>	59
V.3.2.	<i>Prophylaxie postnatale des infections opportunistes chez l'enfant exposé.....</i>	59
V.3.3.	<i>Prophylaxie postnatale de l'hépatite B</i>	60
V.3.4.	<i>Prophylaxie postnatale de la syphilis</i>	60
V.4.	Diagnostic précoce du VIH chez l'enfant exposé	60
V.5.	Alimentation de l'enfant né de mère séropositive	61
V.5.1.	<i>Directives en matière du conseil à l'alimentation</i>	61

V.5.2. Les différentes options de l'alimentation du bébé et évaluation de la faisabilité de leur mise en œuvre.....	62
V.5.3. Principes généraux de suivi de l'alimentation de l'enfant exposé.....	63
CHAPITRE 4 : PRISE EN CHARGE DES ENFANTS ET ADOLESCENTS INFECTES PAR LE VIH	68
I. PRINCIPALES INTERVENTIONS CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT.....	68
II. HISTOIRE NATURELLE DE L'INFECTION À VIH/SIDA DE L'ENFANT.	72
III. DIAGNOSTIC DU VIH CHEZ L'ENFANT ET LES ADOLESCENTS	73
IV. ÉVALUATION CLINIQUE ET BIOLOGIQUE INITIALE	73
IV.1. Première consultation médicale.....	73
IV.2. Evaluation clinique des différents besoins de l'enfant et l'adolescent	74
IV.3. Classification immunologique et clinique de l'enfant et l'adolescent infecté par le VIH selon le stade OMS.....	74
V. CLASSES D'ANTIRÉTROVIRAUX.....	76
VI. INITIATION AU TRAITEMENT ARV.....	76
VI.1. Initiation du TARV chez l'enfant et l'adolescent	77
VI.2. Préparation du TARV pour les enfants et adolescents.....	79
VI.3. Initiation du TARV en cas de coinfection.....	80
VII. SUIVI DE L'ENFANT ET L'ADOLESCENT INFECTE PAR LE VIH SOUS TARV	80
VII.1. Organisation du suivi de l'enfant et adolescent	80
VII.2. Prise en charge de l'échec thérapeutique	82
VII.3. Alimentation de l'enfant infecté.....	89
CHAPITRE 5 : PRISE EN CHARGE DES ADULTES VIVANT AVEC LE VIH.....	90
I. PRINCIPALES INTERVENTIONS CHEZ L'ADULTE VIVANT AVEC LE VIH	90
II. INTERVENTIONS CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA	92
III. INITIATION AU TRAITEMENT ARV.....	94
III.1. Évaluation clinique et biologique initiale	96
III.2. Préparation du TARV	98
III.3. Classification selon le stade OMS.....	99
IV. CLASSES D'ARV.....	100
IV.1. Initiation au TARV chez l'adulte	101
IV.2. Initiation et Dispensation des ARV	101
V. SUIVI DES PATIENTS SOUS TARV	102
V.1. Les six (06) premiers mois après le début du TARV	102
V.2. Résumé du suivi clinique et de laboratoire des PVVIH sous traitement antirétroviral.....	104
V.3. Ensemble standard de soins pour les personnes vivant avec le VIH	105
V.4. Thérapie antirétrovirale chez les adultes	106

VI. PRISE EN CHARGE DE L'ÉCHEC THÉRAPEUTIQUE.....	106
VII. SITUATIONS SPECIALES	113
CHAPITRE 6 : PHARMACOVIGILANCE DU TRAITEMENT ARV	115
I. CHAMP D'APPLICATION DE LA PHARMACOVIGILANCE.....	115
I.1. Effets indésirables et effets secondaires des médicaments.....	115
I.2. Principales interactions entre les ARV et les autres médicaments et gestion des effets indésirables	117
II. NOTIFICATION DES EFFETS INDÉSIRABLES	119
II.1. Modalités de notification des événements indésirables	119
II.2. Schéma du circuit de notification des événements indésirables	120
III. LA PHARMACORÉSISTANCE DU VIH AUX ARV	121
III.1. Indications du test de résistance	121
III.2. But du test de résistance génotypique	121
III.3. Prélèvement et transfert des échantillons au laboratoire de référence	121
III.4. Interprétation du test de résistance.....	122
CHAPITRE 7 : OBSERVANCE, RÉTENTION ET SOUTIEN PSYCHOSOCIAL	123
I. OBSERVANCE DU TARV	123
I.1. Procédures d'évaluation de l'observance.....	123
I.2. Obstacles à l'observance.....	126
I.3. Stratégies pour éliminer les obstacles à l'observance.....	128
I.4. Conseil et soutien en matière d'observance au cours des six premiers mois du TARV	129
II. RÉTENTION	133
II.1. Identification, recherche et soutien des patients absents, PDV	133
II.2. Rétention dans le système de soins des enfants infectés	134
II.3. Rétention dans le système des soins des adolescents	134
III. SOUTIEN PSYCHOSOCIAL.....	135
III.1. Prise en charge psychologique	135
III.2. Qualités requises pour l'accompagnement Psychologique et/ou Éducation thérapeutique du patient.....	135
IV. ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT	136
IV.1. Définition	136
IV.2. Procédures opérationnelles d'éducation thérapeutique	137
IV.3. Pratique du psychologue clinicien/prestataire de soins formé	138
IV.4. Soutien psychosocial en fonction de la population.....	138
CHAPITRE 8 : MALADIE AVANCÉE À VIH ET INFECTIONS OPPORTUNISTES.....	143
I. MALADIE AVANCÉE À VIH.....	143
I.1. Maladie avancée à VIH chez l'adulte.....	143

I.1.1	Dépistage et prise en charge de la tuberculose chez le PVVIH.....	145
I.1.2	Dépistage et Prise en charge de la Cryptococcose Méningée chez le PVVIH.....	145
I.1.3	Dépistage et Prise en charge de la Pneumocystose (PCP) chez le PVVIH	146
I.1.4	Dépistage et prise en charge d'une toxoplasmose cérébrale chez le PVVIH	147
I.2.	Maladie avancée à VIH chez l'enfant.....	148
I.2.1.	Concept « STOP AIDS ».....	149
II.	AUTRES INFECTIONS OPPORTUNISTES.....	153
II.1.	Candidose œsophagienne	153
II.2.	Infection au virus de l'herpès simplex (HSV)	153
III.	PREVENTION DES INFECTIONS OPPORTUNISTES	154
III.1.	Prophylaxie au Cotrimoxazole	155
III.2.	Traitement préventif de la tuberculose (TPT).....	156
CHAPITRE 9 :	LES CO-INFECTIONS ET LES COMORBIDITÉS	161
I.	COÏNFECTIONS.....	161
I.1.	Prévention, Dépistage et Prise en charge de la Coïnfection TB/VIH.....	161
I.1.1.	Recherche active de la Tuberculose chez le PVVIH	162
I.1.2	Prise en charge du patient coïnfecté TB/VIH.....	163
I.1.3	Traitement antituberculeux chez les personnes infectées par le VIH	163
I.1.4	Traitement antirétroviral chez les patients co-infectés TB/VIH	164
I.1.5	Interactions médicamenteuses avec la rifampicine	165
I.1.6	Cas particulier de l'enfant	165
I.1.6.1.	<i>Diagnostic de la TB chez l'enfant infecté par le VIH</i>	165
I.1.6.2.	<i>Traitement ARV en cas de coïnfection TB/VIH chez l'enfant</i>	167
I.1.7.	Cas particulier de la femme enceinte VIH+ / FA/ enfant exposée	167
I.2.	Syndrome inflammatoire de reconstitution immunitaire (SRI)	168
I.3.	Comment se présente le SRI dans la tuberculose ?.....	168
I.4.	Prise en charge et prévention de la coïnfection VIH/Hépatites virales B et C.....	169
I.4.1.	Coïnfection VIH-VHB.....	169
I.4.1.1.	<i>Comment faire le diagnostic et le bilan de l'infection par le VHB en cas de co- infection VIH/VHB ?</i>	170
I.4.1.2.	<i>Évaluer l'atteinte hépatique en cas de coïnfection VIH-VHB</i>	170
I.4.1.3.	<i>Quand instituer un traitement en cas de coïnfection ?</i>	170
I.4.1.4.	<i>Comment surveiller le traitement ?</i>	171
I.4.1.5.	<i>Quand et qui vacciner parmi les PVVIH ?</i>	171
I.4.2.	Coïnfection VIH-VHC.....	171
I.4.2.1.	<i>Diagnostic et bilan de l'infection par le VHC</i>	171
I.4.2.2.	<i>Traitement de la coïnfection VIH-VHC</i>	172

II. COMORBIDITÉS	172
II.1. Soins généraux pour personnes vivant avec le VIH	172
II.2. Vue d'ensemble des éléments clés des soins généraux du continuum de soins pour les PVVIH	173
II.3. Paludisme et VIH	175
II.4. Les infections sexuellement transmissibles (IST) et VIH	175
CHAPITRE 10 : MALADIES CHRONIQUES NON TRANSMISSIBLES	178
I. PRÉVENTION DU RISQUE DE MALADIES CARDIOVASCULAIRES (MCV)	178
II. CANCERS DU COL DE L'UTÉRUS	181
III. SANTE MENTALE CHEZ LES PVVIH	182
III.1. Évaluation de l'état mental	182
III.2. Problème de Santé mentale en relation avec VIH	184
CHAPITRE 11: OFFRE DE SERVICES	186
I. PRESTATION DES SERVICES DIFFÉRENCIÉS	186
II. NORMES POUR UNE PRESTATION DE SERVICE DE QUALITÉ EN MATIÈRE DE VIH ..	186
II.1. Service de dépistage différencié du VIH	187
II.2. Service de traitement différencié	193
II.3. Ensemble de services pour les adolescents vivant avec le VIH	199
II.4. Groupe de soutien pour les adolescents (10-19 ans)	200
II.5. Transition des adolescents vers les soins adultes	203
II.6. Prestation de services aux personnes âgées vivant avec le VIH	205
II.7. Différenciation selon le contexte socio-economique	207
II.8. Nutrition et VIH	207
CHAPITRE 12 : SUIVI ET EVALUATION	211
I.1. Suivi de routine dans les FOSA et les OBC	213
I.2. Supervision formative (DQA, SQA, GSM)	213
CHAPITRE 13 : LES DROITS HUMAINS	214
I. PLAIDOYER ET REFORME JURIDIQUE	214
I.1 Adoption de lois anti-discrimination	214
I.2 Révision des législations existantes/Suivi et réforme des lois, des réglementations et des politiques relatives au VIH	214
II. ÉDUCATION ET SENSIBILISATION	215
II.1 Programmes de formation pour les professionnels de la santé	215
II.2 Campagnes de sensibilisation publique/Sensibilisation des législateurs et des forces de l'ordre	215
III. SERVICES DE SOUTIEN JURIDIQUE ET DEFENSE DES DROITS	216
III.1 Fourniture de services juridiques gratuits	216
III.2 Formation des défenseurs des droits humains	217

IV. ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE ET SOUTIEN PSYCHOSOCIAL	217
IV.1 Groupes de soutien communautaire	217
IV.2 Sensibilisation des leaders communautaires et religieux	217
V. RECHERCHE ET DOCUMENTATION	218
V.1 Collecte de données sur les violations des droits humains	218
V.2 Recherche participative avec les PVVIH	218
ANNEXES	219
Equipe de rédaction	220
Références	222

Préface

C'est avec une profonde conviction et un engagement ferme que je préface ce guide de prévention et de prise en charge du VIH/Sida, un outil précieux destiné à l'ensemble des acteurs engagés dans la lutte contre le VIH.

Le Cameroun compte **490 484 personnes vivant avec le VIH (PVVIH)** en 2023, dont 27 960 enfants de moins de 15 ans. Si des progrès notables ont été accomplis, avec une baisse de 55 % des nouvelles infections et de 43 % des décès liés au VIH depuis 2019, l'épidémie demeure une préoccupation de santé publique, particulièrement chez les enfants exposés, les femmes, les populations clés et dans certaines régions du pays.

Ce guide, adressé aux prestataires de santé, est une référence indispensable qui facilite la prise en charge du VIH.

Les innovations majeures dans cette édition du guide sont :

- **L'intégration d'un algorithme à 3 tests pour le dépistage et le diagnostic du VIH** en accord avec les recommandations de l'OMS
- **L'introduction du Duo Test VIH/Syphilis** chez la femme enceinte et les populations clés.
- **L'intégration des principes fondamentaux pour le changement social et comportemental** afin de guider les prestataires dans la promotion de comportements sains
- **L'adoption de protocoles thérapeutiques optimisés à base de Dolutégravir.**
- **La mise en œuvre de l'approche différenciée des services** pour une offre de soins prenant en compte des soins centrés sur la personne.
- **La prise en compte de la maladie avancée** par un dépistage précoce et une prise en charge optimale des patients.
- **La prise en compte de la santé mentale et du bien-être psychologique des PVVIH.**
- **La prise en compte de la problématique du VIH chez les personnes âgées** avec l'intégration des maladies chroniques
- **La prise en compte des droits humains** pour satisfaire aux besoins des PVVIH

L'adoption et l'utilisation généralisées de ce guide par l'ensemble des acteurs concernés contribueront sans doute à améliorer la qualité de vie des PVVIH et à accélérer l'atteinte des objectifs d'élimination du VIH/Sida à l'horizon 2030.

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude aux experts nationaux et internationaux qui ont contribué à l'élaboration de ce précieux guide. Leur engagement et leur expertise ont permis de créer un outil indispensable pour l'amélioration des soins et services de santé offerts aux personnes vivant avec le VIH au Cameroun.

Ensemble, poursuivons notre engagement pour une riposte efficace au VIH/Sida, fondée sur les évidences scientifiques probante, les droits humains, la mobilisation des communautés et l'accès équitable aux soins à travers la couverture santé universelle au Cameroun.

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 ce nouveau guide de prévention et de prise en charge du VIH/Sida. Nos sincères remerciements vont à l'endroit de CDC/PEPFAR, OMS, ONUSIDA, UNICEF, USAID, EGPAF, CARE- Cameroun, GHSS, GEORGETOWN UNIVERSITY, ICAP et CBCHB pour leurs contributions sans faille dans l'élaboration de ce document, dont la mise en œuvre sur l'ensemble du territoire national va contribuer à une meilleure prévention contre le VIH, la prise en charge optimisée des personnes vivant avec le VIH et à une meilleure rétention sous traitement antirétroviral tant en formation sanitaire qu'en communauté.

Notre gratitude s'adresse également à l'endroit des experts nationaux et internationaux ayant participé des ateliers d'élaboration, de relecture et de validation du présent document.

La révision de ces lignes directrices a été effectuée sous la coordination distinguée du CNLS en collaboration avec les directions techniques du Ministère de la santé. La mise en pratique de ce guide contribuera au renforcement des capacités des personnels de santé en matière de lutte contre le VIH/Sida.

Le Secrétaire Permanent

Dr FOKAM Joseph

Liste des abréviations

3TC	Lamivudine
ABC	Abacavir
AEG	Altération de l'état général
AELB	Accident d'Exposition aux Liquides Biologiques
ARV	Antirétroviraux
ATV/r	Atazanavir boosté par ritonavir
AZT	Zidovudine
CBCHS	Cameroon Baptist Convention Health Services
CCSC	Communication pour le Changement Social et Comportemental
CDC	Conseil Dépistage Communautaire
CDIP	Conseil Dépistage Initié par le Prestataire
CDV	Conseil Dépistage Volontaire
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
CTX	Cotrimoxazole
CV	Charge Virale
DIC	Drop in Center
DLMEP	Direction de la lutte contre la Maladie, les Épidémies et Pandémies
DPS	Direction de la Promotion de la Santé
DROS	Direction de la Recherche Opérationnelle en Santé
DSF	Direction de la Santé Familiale
DRV	Darunavir
DTG	Dolutégravir
EGPAF	Elizabeth Glaser Pediatric Aids Foundation
EFV	Efavirenz
ETP	Éducation Thérapeutique
FAP	Femme en âge de procréer
FEC	Femme Enceinte
FTC	Emtricitabine
FOSA	Formation Sanitaire
HCY	Hôpital Central de Yaoundé
HGD	Hôpital Général de Douala
HSH	Homme ayant rapport sexuel avec d'autre Homme
INI	Inhibiteur de l'Intégrase
INH	Isoniazide
INNTI	Inhibiteur Non-Nucléosidique de la transcriptase inverse
INTI	Inhibiteur Nucléosidique de la transcriptase inverse
IP	Inhibiteur de la Protéase
IP/r	Inhibiteur de la Protéase boosté par ritonavir
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
LPV/r	Lopinavir boosté par ritonavir
NVP	Névirapine
OEV	Organisation et Enfants Vulnérables
OBC	Organisation à Base Communautaire
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONUSIDA	Organisation des Nations Unies pour la lutte contre le VIH/Sida
PCR	Polymérase Chain Réaction
PCP	Pneumocystose Pulmonaire
PDS	Prestation différenciée des services
PEC	Prise en Charge

PF	Planing Familial
PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNTS	Programme National de Transfusion Sanguine
PPE	Prophylaxie Post Exposition
PPrE	Prophylaxie PrE Exposition
PTF	Partenaires Techniques Financiers
PSM	Procurement and Supply Management
PTME	Prévention Transmission Mère-Enfant
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH
RIF	Rifampicine
RTV	Ritonavir
SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SMNI	Santé Maternelle Néonatale et Infantile
SSD	Soins de Santé Différentiels
TARV	Traitement Antirétroviral
TasP	Traitement comme Prévention
TDF	Ténofovir
TME	Transmission Mère-Enfant
TB	Tuberculose
TPI	Traitement préventif intermittent
TS	Travailleuse de Sexe
UDI	Usager de Drogue Injectable
UNICEF	United Nations of International Children's Emergency Fund

Liste des tableaux et des figures

- TABLEAUX

Tableau 1 : Modalités de prescription de la PrEP	20
Tableau 2: Caractérisation de l'exposition	22
Tableau 3: Recommandations générale pour l'administration de la PPE	22
Tableau 4 : Procédures d'administration de la Prophylaxie Post-Exposition	23
Tableau 5: Prise en charge d'un AELB.....	24
Tableau 6: Synthèse des éléments de prévention en cas de VBG	25
Tableau 7: Visites de suivis dans le cadre de VBG avec ou sans PPE	26
Tableau 8 : Paquets de services survivant(e) VBG.....	27
Tableau 9 : Principaux Syndromes d'IST et Maladies correspondantes	28
Tableau 10 : Principes pour le dépistage.....	30
Tableau 11 : Étapes du dépistage	31
Tableau 12 : Dépistage du VIH dans la FOSA pour les Populations cibles.....	32
Tableau 13 : Dépistage du VIH dans la communauté	33
Tableau 14 : Recommandation du test par catégorie de population	33
Tableau 15 : différentes étapes du processus du test.....	40
Tableau 16 : Différents type de lien	41
<i>Tableau 17 : Facteurs influençant la Tve.....</i>	<i>44</i>
Tableau 18 : Paquet des services à offrir à la femme enceinte lors des consultations prénatales	46
Tableau 19 : Paquet des prestations à offrir à la femme au cours du travail, accouchement	48
Tableau 20 : Paquet des prestations à offrir à la femme VIH+ pendant le post-partum.....	50
Tableau 21 : Critères de mise sous TARV chez FEC VIH+	52
Tableau 22 : Protocoles ARV des FEC est mères allaitantes VIH+	52
Tableau 23 : suivi du TARV chez FEC ou allaitante VIH+	53
Tableau 24: Récapitulatif du suivi biologique de la femme enceinte et mère allaitante VIH+	53
Tableau 25 : Interactions médicamenteuses avec les contraceptifs dans diverses situations cliniques	55
<i>Tableau 26 : Calendrier et paquet des prestations de suivi des enfants nés des mères séropositives</i>	<i>58</i>
Tableau 27: Durée de la prophylaxie de l'EE en fonction du risque de TME	59
Tableau 28 : Prophylaxie ARV chez l'enfant exposé au VIH.....	59
Tableau 29 : Prophylaxie au cotrimoxazole	60
Tableau 30 : Diagnostic précoce du VIH	60
Tableau 31: Modalité d'alimentation de l'enfant exposé.....	63
Tableau 32 : Calendrier de vaccination des enfants	65

Tableau 33 : Taux de mortalité chez les enfants infectés par le VIH non traités	72
<i>Tableau 34 : Classification clinique du VIH/sida pédiatrique (Organisation mondiale de la santé, 2007)</i>	75
Tableau 35 : ARV et classes thérapeutiques	76
Tableau 36 : Protocole de première ligne chez le nouveau-né, l'enfant et l'adolescent	78
Tableau 37 : Posologies des protocoles par tranche de poids chez les enfants	78
Tableau 38 : Définitions cliniques, immunologiques et virologiques de l'échec thérapeutique	82
Tableau 39 : Protocole de 2e ligne chez l'enfant et l'adolescent.....	85
Tableau 40 : Résumé des différents protocoles ARV pour les patients naïfs	86
Tableau 41: Alimentation de l'enfant infecté	89
Tableau 42 : Évaluation clinique initiale pour les PVVIH.....	96
<i>Tableau 43 : Classification selon le stade OMS</i>	99
<i>Tableau 44 : ARV et classes thérapeutiques</i>	100
<i>Tableau 45 : Protocole de 1re ligne chez les adultes</i>	101
Tableau 46 : Lieu de dispensation des ARV	102
Tableau 47 : Suivi différencié des patients au-delà des 6 premiers mois de traitement antirétroviral	102
Tableau 48 : Suivi différencié des patients au-delà des 12 mois de traitement antirétroviral	103
Tableau 49 : Résumé du suivi Clinique et de laboratoire	104
Tableau 50 : Composantes de l'ensemble standard de soins pour les PVVIH.....	105
<i>Tableau 51 : Résumé des différents protocoles ARV pour les patients naïfs</i>	106
Tableau 52 : Effets indésirables courants et significatifs des médicaments	107
<i>Tableau 53 : Définitions cliniques, immunologiques et virologiques de l'échec thérapeutique</i>	109
Tableau 54 : protocole de 2e ligne chez l'adulte y compris les FEC et FA.....	111
Tableau 55 : Stratégie de reengagement dans les soins	114
Tableau 56 : Classification des effets indésirables des médicaments.....	116
Tableau 57 : Effets secondaires majeurs des ARV et conduite à tenir.....	116
Tableau 58 : obstacles à l'observance selon les facteurs	127
Tableau 59 : Obstacles à l'observance fonction des sous populationnels.....	127
Tableau 60 : Description des étapes des séances de conseil sur le renforcement de l'observance	132
Tableau 61 : Le processus d'annonce du statut sérologique du VIH à l'enfant/adolescent .	141
Tableau 62 : paquet de soins pour personnes avec maladie avancée du VIH	144
Tableau 63 : PEC d'une méningite à Cryptocoque	146
Tableau 64 : PEC de la pneumocystose.....	146

Tableau 65 : Conduite à tenir devant une Toxoplasmose cérébrale	147
Tableau 66 : Traitement de 1 ^{re} intention d'une candidose œsophagienne	153
Tableau 67 : Les critères d'initiation et d'arrêt de la prophylaxie au CTX.....	155
Tableau 68 : Suivi de la mise sous TPT (6INH ou 3HP) compléter les infos pour ce qui est du HP	159
Tableau 69 : moyens diagnostics de la tuberculose	162
Tableau 70 : Schémas thérapeutiques des antituberculeux.....	163
Tableau 71 : Délai pour initier le TARV.....	164
Tableau 72 : Interactions de la rifampicine avec les antirétroviraux	165
Tableau 73 : TARV chez l'enfant co-infecté TB/VIH	167
Tableau 74 : Cas particulier de la FEC VIH+/FA/EE	167
Tableau 75 : Prise en charge du SRI.....	168
Tableau 76 : Bilan de l'infection HVB en cas de coïnfection VIH/VHB	170
Tableau 77 : Atteinte hépatique en cas de coïnfection VIH/VHB	170
Tableau 78 : suivi du traitement.....	171
Tableau 79 : Vaccination en cas de coïnfection VIH/VHB.....	171
Tableau 80 : Diagnostic et évaluation de l'atteinte hépatique	171
Tableau 81 : Objectifs du traitement.....	180
Tableau 82 : Statines	181
Tableau 83: : Prise en charge des cancers.....	181
Tableau 84: Prise en charge de la dépression.....	184
Tableau 85 : Les trois composantes d'un service de dépistage	187
Tableau 86: Modèles de prestation de services de dépistage différenciés du VIH.....	188
Tableau 87 : Modèles de prestation de services différenciés du dépistage VIH par groupes de population.....	190
Tableau 88 : Paquet de services de prévention par intervention.....	192
Tableau 89: Résumé des composantes de PSD par sous population.....	197
Tableau 90 : Résumé des composantes de PSD pour les enfants	198
Tableau 91 : Résumé des composantes de PSD pour les adolescents 10 -14 ans	202
Tableau 92 : Résumé des composantes de PSD pour les adolescents 15 -19 ans	203
Tableau 93 : Conseils nutritionnels en cas de symptômes liés au VIH ou au traitement	207
Tableau 94 : Alimentation et traitements de l'infection à VIH	208

- FIGURES

Figure 1 : Les objectifs du service de dépistage.....	30
--	----

Figure 2 : Algorithme de dépistage du VIH dans la population générale	35
--	----

Figure 3 : Algorithme de dépistage du VIH et Syphilis pour les Femmes enceintes, et les populations clés	36
Figure 4 : Algorithme de dépistage précoce du VIH chez enfants exposés.....	37
Figure 5 : Algorithme de l'autodépistage du VIH	39
<i>Figure 6</i> : Modalités de sortie du programme de suivi des enfants exposés.....	66
<i>Figure 7</i> : Algorithme d'interprétation de la charge virale.....	84
<i>Figure 8</i> : Algorithme de l'echec thérapeutique , OMS 2019	86
<i>Figure 9</i> : Algorithme d'interprétation de la charge virale.....	110
<i>Figure 10</i> : Interprétation de la charge virale ciblée	112
Figure 11 : Algorithme d'évaluation de l'état mental	183
Figure 12 : Transitions entre les catégories de sujets en cas de délivrance différenciée de TARV	196

CHAPITRE 1 : PRÉVENTION DU VIH/SIDA

Le Cameroun a opté pour un programme de prévention combinée du VIH associant la Communication pour le Changement Sociale de Comportement (CCSC), l'utilisation correcte du préservatifs, le traitement comme prévention (TasP), la prophylaxie Pré Exposition (PreP), la prophylaxie Post-Exposition (PPE) et le dépistage et la prise en charge des IST.

I. MÉTHODE GÉNÉRALE DE PRÉVENTION DU VIH

I.1. Les types de prévention

On distingue 3 types de prévention :

- **Primaire** : Vise à diminuer l'incidence du VIH ; c'est-à-dire le nombre de nouvelles infections en agissant sur les comportements individuels, culturels ou environnementaux. Les différentes méthodes sont : CCSC, condom, abstinence, fidélité, la prophylaxie post-exposition (PPE) et la prophylaxie pré exposition (PreP).
- **Secondaire** : Vise à diminuer la prévalence, c'est-à-dire le nombre de personnes porteuses du virus, en luttant contre son évolution ou en s'attaquant aux facteurs de risque. Elle passe par deux actions essentielles :
 - Le dépistage : seul moyen efficace de connaître son statut.
 - Le traitement : seul moyen d'atteindre la suppression virale.
- **Tertiaire** : Intervient sur le long terme, quand la maladie est déclarée. Son objectif est d'agir sur les complications, les risques de surinfection et la réinsertion sociale.

I.2. La Prévention combinée

La prévention combinée est une stratégie de lutte contre le VIH et les autres IST (Infections Sexuellement Transmissibles) qui consiste à combiner plusieurs outils ou approches (simultanément ou de façon séquentielle) en fonction des besoins spécifiques de chaque personne.

Le paquet de prévention combinée comprend :

- Les activités de création de la demande L'usage du préservatif et du gel lubrifiant ;
- Le dépistage du VIH et IST (dépistage classique, test rapide, autotest) ;
- Le recours à la PreP et à la PPE (en cas d'urgence) ;
- L'Éducation Sexuelle Complète (ESC) et autres services de santé sexuelle et reproductive (SSR) ;
- Circoncision masculine ;
- Les services de réduction de risque pour les consommateurs de drogues injectables ;
- Le recours au traitement ARV (TARV) comme outil de prévention chez le partenaire séropositif.

II. COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT SOCIAL ET COMPORTEMENTAL

La communication pour le changement social et comportemental (CCSC) vise à appliquer des techniques issues du marketing, de la mobilisation sociale et communautaire, des

médias de masse, du divertissement, des actions de mobilisation et sensibilisation, de la communication interpersonnelle, des réseaux sociaux et d'autres approches de communication afin de contribuer à un changement social et individuel positif. Les principaux objectifs de la CCSC sont de :

- Favoriser et faciliter les changements dans les connaissances, attitudes, normes, croyances et comportements des individus et des communautés.
- Promouvoir des comportements sains et positifs qui améliorent le bien-être individuel et collectif.

Les interventions de CCSC ciblent l'ensemble de la population en tenant compte de leurs spécificités. Les groupes prioritaires sont : les PvVIH ; les populations clés ; les adolescents et jeunes ; les populations vulnérables, les professionnels de la santé, décideurs politique et les leaders communautaires.

Les comportements d'une personne sont généralement influencés par de nombreux facteurs à la fois au niveau individuel et au-delà. Il s'agit des cercles d'influence qui sont au nombre de quatre (individuel, interpersonnel, communautaire et social). Il est possible d'obtenir un changement de comportement grâce à des activités cibles ces différents niveaux.

- **Individuel** : Au niveau individuel, les interventions vont être centrées sur la personne. Notamment, les connaissances, les compétences, les habitudes, la confiance en soi et les désirs.
- **Interpersonnel** : Au niveau interpersonnel les individus sont influencés par leur famille, leurs amis ainsi que d'autres personnes qui appartiennent à leurs communautés locales. Groupes de soutien, thérapie familiale
- **Communautaire** : Au niveau communautaire les individus sont influencés par la présence d'organisation et autres structures, les services ainsi que les normes qui régulent la vie quotidienne.
- **Structurel** : au niveau structurel ou sociétales, les facteurs sociaux tels que les normes sociales ainsi que les conditions politiques, économiques et environnementales ont une intervention sur les comportements. Les interventions à ce niveau seront principalement, le plaidoyer, changement de politique, renforcement du système communautaire

III. PROMOTION DU PRÉSERVATIF

La distribution des préservatifs est une approche stratégique visant à s'assurer que les personnes sexuellement actives exposées au risque de contracter le VIH et les IST ont accès à des préservatifs de qualité et peuvent les utiliser de manière cohérente et correcte. La promotion du préservatif doit être faite à chaque occasion d'offre de service de prévention, notamment auprès de populations présentant le plus grand risque de contamination par le VIH. Les préservatifs féminins comme masculin doivent être distribués à chaque séance de CCSC et les conseils et directives d'utilisation correcte doivent être communiqués aux participants.

Conseils d'utilisation du préservatif

- Vérifier la date de fabrication ou de péremption du préservatif à l'achat ou à la réception ;
- Ne pas doubler le préservatif ;
- Ne jamais ouvrir l'emballage avec un objet tranchant (lames, ciseaux ou les dents) ;
- Ne pas exposer le préservatif à la chaleur ;
- Ne jamais utiliser les pommades, l'huile, la vaseline, le beurre de karité, le beurre de cacao, la salive, etc., pour lubrifier le préservatif,
- Au besoin utiliser un gel compatible avec le latex (à base d'eau de silicone) ;
- Utiliser un nouveau préservatif pour chaque rapport sexuel ;
- Ne jamais utiliser le même préservatif pour entretenir des rapports sexuels en chaîne (plusieurs partenaires en même temps) ;
- Ne jamais utiliser le préservatif masculin et féminin en même temps ;
- Bien conserver le préservatif pour ne pas altérer sa qualité

IV. PROPHYLAXIE PRE-EXPOSITION

La prophylaxie préexposition (PrEP) est l'utilisation de médicaments antirétroviraux (ARV) chez les personnes non infectées pour réduire le risque d'acquisition du VIH. La PrEP empêche le virus du VIH de se développer et de se fixer dès son entrée dans le corps permettant à la personne exposée de rester séronégative. La PrEP est recommandée pour les personnes présentant un haut risque d'infection par VIH (populations clés) et âgé de 18 ans et plus. L'observance à la PrEP est cruciale pour obtenir les avantages protecteurs.

IV.1 Modalités de prescription de la PrEP

Deux options de prise de la PrEP orale sont recommandées et dépendent de la durée d'exposition de la personne à risque et la PrEP injectable.

- La **PrEP en Continu** est indiquée pour les personnes qui ont une longue durée d'exposition à cause de leurs activités ou pratiques sexuelles. Il s'agit pour la personne à risque de prendre 1 comprimé tous les jours à la même heure jusqu'à l'arrêt de l'exposition
- La **PrEP à la demande** est recommandé pour les personnes ayant occasionnellement des rapports sexuels à risque (uniquement chez les hommes). Il s'agira pour ces personnes de prendre deux comprimés minimum 2h et maximum 24h avant le rapport et puis de reprendre un comprimé le lendemain à la même heure et une deuxième 24h après.

Le protocole recommandé pour la PrEP orale est : **TDF + FTC (ou 3TC)**. Les tableaux ci-dessous resument les modalités de prescription de la PrEP

Cas Particuliers pour indication de la Prep :

- Les adolescents à risque de plus de 18 ans
- Les filles émancipées (plus de 15 ans) selon l'article 476-487 du code civil du Cameroun
- Populations clés à partir de 18 ans

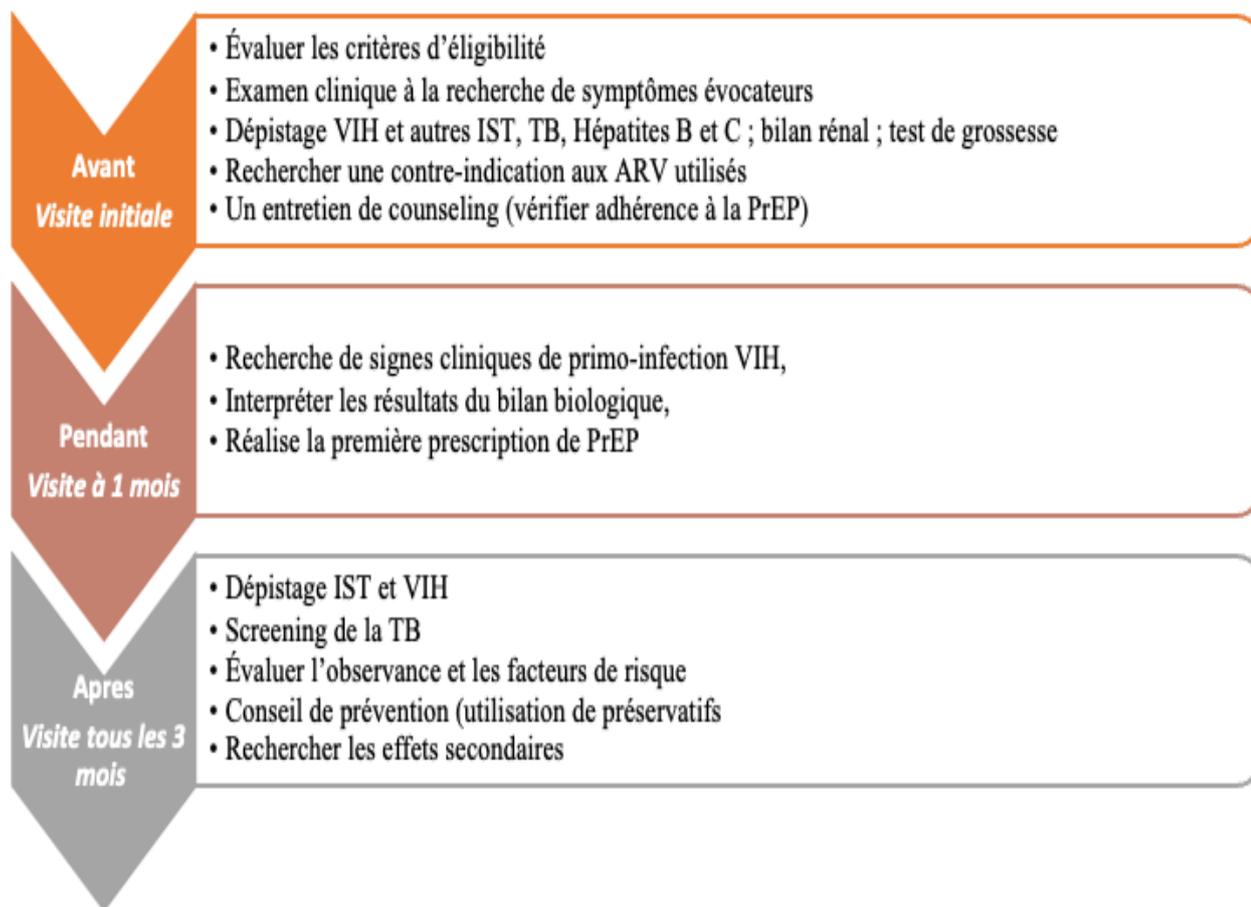
Tableau 1 : Modalités de prescription de la PrEP

Type	Produit	Fréquence	Paquet complet PreP
PreP orale continue (indiquée pour les femmes et les HSH)	TDF + FTC (ou 3TC)	Chaque jour	- Dépistage du VIH, des IST et des hépatites
PreP orale discontinue (Uniquement pour les HSH)	TDF + FTC (ou 3TC)	Au cas où il y'a un seul rapport sexuel à risque, la CAT : 2 comprimés (2-24h avant le rapport sexuel) +1 (24h après le rapport sexuel) +1 (24h après) Ajouter en cas de plusieurs rapports à risque	- Notification du partenaire - Promotion et provision des condoms/Lubrifiants - Contraceptions et services IST
PreP injectable	CAB LA	Les deux premières injections sont administrées à 4 semaines d'intervalle, suivies d'une injection toutes les 8 semaines.	

Tableau 2 : Modalités de prescription de la PrEP

Recommandations	
Critères d'éligibilité	<ul style="list-style-type: none"> ● Avoir un test VIH négatif (inférieur à 3 mois) ; ● Appartenir au groupe des populations clés ; ● Antécédent de plusieurs épisodes d'IST, où ● Rapports sexuels non protégés avec au moins deux partenaires différents au cours des 6 derniers mois, où ● Consommation de substances psychoactives lors des rapports sexuels.
Modalités de prescription	<ul style="list-style-type: none"> ● Évaluation du risque et des critères d'éligibilité ● Prescription par un médecin ou un prestataire formé (protocole recommandé : TDF + FTC (ou 3TC)) ● Prise d'ARV en continu (tous les jours) ou en discontinue (c'est-à-dire à la demande, en prévision d'une période d'activité sexuelle précise). <ul style="list-style-type: none"> ○ En cas de prise continue, l'activité optimale des ARV est obtenue après 7 jours chez les hommes et 21 jours chez les femmes ○ Prise discontinue uniquement chez les HSH
Contre indication	<ul style="list-style-type: none"> ● Personnes séropositives au VIH ● Problèmes rénaux (Clairance de la créatinine < 60 ml/min) ; ● Hypersensibilité à l'un des principes actifs ou des excipients du produit. ● Absence d'exposition au risque
Durée	<ul style="list-style-type: none"> ● Jusqu'à l'arrêt du risque ou immédiatement si séroconversion ou, ● Présence d'un trouble rénal. ● Séroconversion (faire un test de résistance et initier un TARV).
Où	<ul style="list-style-type: none"> ● Formations sanitaires (FOSA) ; ● Organisation à base communautaire agréées
Suivi	<ul style="list-style-type: none"> ● Dépistage du VIH : tous les 3 mois ● Bilan biologique : Bilan rénal tous les 6 mois (TDF est contre-indiqué si clairance créatinine <60 ml/min) ● Rappeler aux utilisateurs la dose efficace de PreP et l'importance de l'observance ● Pendant ces périodes de latence, les pratiques sexuelles à moindre risque doivent être encouragées

IV.2 Procédures de mise sous PrEP



V. PROPHYLAXIE POST EXPOSITION (PPE)

La Prophylaxie Post Exposition (PPE) est un moyen de prévenir la transmission du VIH à une personnes séronégative qui pourrait avoir été exposée récemment au virus. Elle consiste à prendre un traitement (ARV) aussitôt que possible après une exposition potentielle au virus. Elle doit être instaurée le plus rapidement possible (dans les 72heures) après l'exposition pour être efficace. La PPE consiste en une combinaison de trois médicaments ARV et est différent de la prophylaxie Pré-exposition.

V.1 Indication pour la PPE

Avant l'administration de la PPE, le prestataire doit évaluer le risque de contamination pour offrir à la personne exposée le traitement et le suivi adéquats. Il est important de connaître le type et les circonstances de l'exposition. Les différents types d'expositions sont :

- Rapport sexuelle avec un partenaire à risque ;
- Accident d'exposition aux liquides biologiques (AELB) potentiellement infectieux ;
- Violence sexuelle (vaginale, anale).

Les éléments à prendre en considération sont présentés dans le tableau qui suivant :

Tableau 3: Caractérisation de l'exposition

Type d'exposition	Caractérisation de l'exposition
Piqûre d'aiguille	<ul style="list-style-type: none"> Type d'aiguille ; Profondeur de la piquêre ; Type de liquide biologique en cause ; Site de ponction de la source (vaisseau sanguin ou autres) ; Contamination potentielle de l'aiguille ; Intervalle de temps entre la contamination de l'aiguille et l'exposition
Coupure	<ul style="list-style-type: none"> Profondeur de la coupure ; Contamination potentielle de l'instrument
Exposition par contact sur une muqueuse ou sur de la peau non saine	<ul style="list-style-type: none"> Quantité et type de liquide en cause
Morsure humaine	<ul style="list-style-type: none"> Présence de sang dans la bouche de la personne qui a mordu ; Bris de la peau et présence de sang dans la plaie de la personne mordue
Rapport sexuel à risque ou violence sexuelle	<ul style="list-style-type: none"> Rupture du condom Rapport sexuel à risque avec un partenaire positif ou de statut VIH inconnu : Rapport sexuel durant les règles

V.2 Recommandations relatives à l'administration de la PPE

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

Tableau 4: Recommandations générale pour l'administration de la PPE

Considérations	Recommandations
Éligibilité	<ul style="list-style-type: none"> Sujet exposé VIH négatif ou statut inconnu, Exposition dans les 72h précédant la visite, Exposition à risque élevé (type et matériel), Sujet source statut VIH positif ou inconnu. 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.
Visite initiale	<ul style="list-style-type: none"> Évaluer la pertinence de prescrire la PPE: <ul style="list-style-type: none"> Statut sérologique du sujet exposé (test de dépistage rapide du VIH). Si le résultat est positif, la PPE ne sera pas prescrite, mais plutôt un TARV. Statut sérologique de la source si possible. Si la source est séropositive ou de statut VIH inconnu, PPE est recommandée. Le délai depuis la relation à risque (l'évaluation doit s'effectuer dans les 72 heures suivant l'exposition – idéalement dans les deux heures) ; Le niveau de risque encouru (type d'aiguille, voie sexuelle...).

Protocole ARV	<ul style="list-style-type: none"> • TDF (300 mg) /3TC (300 mg) /DTG (50 mg) ou TLD. • En cas de Contre-indication TDF (enfant < 10 ans ou moins de 35 kg, IR) remplacer par ABC
Initiation	<ul style="list-style-type: none"> • Dès que possible après l'exposition : dans les 2 heures, et pas après les 72 h
Durée	<ul style="list-style-type: none"> • 30 jours (donner tout le traitement dès la première visite)
Posologie	<ul style="list-style-type: none"> • Même posologie que le TARV, Chez l'enfant, adapter les doses en fonction du poids.
Suivi (4 visites) : S2, S4, M3 et M6	<ul style="list-style-type: none"> • <u>2^e et 3^e visites (S2 et S4 après la 1^{re} visite)</u>: évaluation clinique et biologique de l'observance et de la tolérance aux ARV (effets secondaires). À chaque visite, le traitement pourra être ajusté, continué ou arrêté. • <u>Autres visites</u> : Test du VIH à S4, M3 et M6 après l'exposition.
Counseling	<ul style="list-style-type: none"> • Adhérence, réduction des risques, psychosociale, rapports sexuels protégés,
Autres services	<ul style="list-style-type: none"> • Dépistage et prise en charge (PEC) des VHB, VHC et d'autres IST. • Pilule du lendemain (après test de grossesse). • Accompagnement et prise en charge des victimes/survivants de VBG.

V.2.1 Recommandations en cas de violence sexuelle

Tableau 5 : Procédures d'administration de la Prophylaxie Post-Exposition

Recommandations en cas d'exposition sexuelle	
Counseling	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de transmission du VIH et autres IST. • Importance de faire le test VIH et de commencer la PPE dès que possible. • L'importance de l'observance du traitement doit être soulignée. • Les effets secondaires courants des médicaments doivent être expliqués. • Les survivants doivent être informés des précautions à prendre pour prévenir une éventuelle transmission secondaire (par exemple à leur partenaire sexuel ou de mère à enfant) jusqu'à ce qu'ils soient confirmés séronégatifs pour le VIH six mois après l'exposition.
Tests recommandés	<ul style="list-style-type: none"> • VIH, Syphilis, les Hépatites, autres IST • Grossesse, etc.
Traitement	<ul style="list-style-type: none"> • Dans les 72 h : <ul style="list-style-type: none"> ○ TDF/3 TC/DTG (TLD) pendant 30 jours ○ Contraception d'urgence • Prophylaxie présomptive contre les IST : Céfixime 400 mg (ou Ceftriaxone 250 mg) IM plus Métronidazole 2 g plus Azithromycine 1g. Adapter les antibiotiques si la victime est une femme enceinte ou un enfant. • 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"> ○ Si AgHBs est négatif, vacciner à 0, 1 et 3 à 6 mois. • Un rappel du tétanos doit être administré.
Soutien psychologique	Pendant toute la prise en charge et à la demande.
Visites de suivi	<ul style="list-style-type: none"> • À J3 • Test VIH: S6, M3 et M6

V.2.2 Recommandations en cas des AELB

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 également à un risque de transmission virale (VIH, VHB, VHC...). Le risque de transmission après un AELB est en moyenne de 0,3 % pour le VIH, 1,8 % pour l'hépatite C est de 30 % pour l'hépatite B, surtout si le sujet source du liquide est non traité. 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 6: Prise en charge d'un AELB

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

Contre indication pour la PPE

La PPE n'est pas indiquée :

- Si la personne exposée est séropositive au VIH ;
- En cas d'exposition chronique ;
- Si l'exposition n'implique pas un risque de transmission, soit après :
 - Une exposition à des liquides organiques potentiellement infectieux lorsque la peau ne présente pas de lésion ;
 - Un rapport sexuel avec un préservatif qui n'a pas été endommagé ;
 - Une exposition à des liquides organiques non infectieux (tels que les selles, la salive, l'urine, la transpiration) ;
 - Une exposition à un liquide organique provenant d'une personne dont on connaît le statut séronégatif au VIH, à moins que cette personne n'ait été identifiée comme ayant un risque élevé d'avoir été infectée récemment (période dite de fenêtre sérologique) ;
- Si l'exposition a eu lieu plus de 72 heures auparavant.

VI. PREVENTION ET GESTION DE LA VIOLENCE BASEE SUR LE GENRE

La Violence Basée sur le Genre (VBG) est un terme générique pour tout acte nuisible perpétré contre la volonté d'une personne et basé sur des différences socialement attribuées entre les hommes et les femmes. Elle peut augmenter les risques de transmission du VIH et avoir un effet négatif sur la rétention et l'observance chez les victimes déjà sur TARV. Par conséquent, le screening, la prévention et la réaction rapide à la VBG réduisent 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 devraient disposer des compétences nécessaires dans leurs pratiques quotidiennes à gérer des situations en rapport avec les VBG.

VI.1 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 7: Synthèse des éléments de prévention en cas de VBG

Délai de présentation après l'agression	< 72h	>72 h - < 120 h (5 jours)	>120 h (5 jours)
Prévention de la transmission du VIH (PEP)	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

La PPE sera prescrite pour une durée de 4 semaines sans tenir compte de la sérologie de l'agresseur.

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

- Administrer les traitements efficaces disponibles de courte durée et faciles à prendre selon le protocole national, exemple : **Céfixime 400 mg 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 8: Visites de suivis dans le cadre de VBG avec ou sans PPE

	Période de suivi de la PPE				
	J1-2	S2	S4	M3	M6
Dépistage du VIH			X	X	X
Dépistage des IST et traitement si besoin		X	X	X	X
Test de la grossesse et counseling	X		X		
Évaluation des effets indésirables et de l'observance	X	X	X		
Évaluation de l'état de santé mentale	X	X	X	X	X
Évaluation du statut vaccinal	X				

Les prestataires de soins ont pour rôle de créer un climat sain, humain et propice pour les personnes qui bénéficient des services. Un mauvais accueil peut entraîner une re-victimisation, susceptible d'exacerber la détresse psychologique existante et retarder leur rétablissement. Cette forme majeure de préjudice envers une survivante est tout à fait évitable.

Les Interventions dans le cadre de la réponse aux VBG :

- Conduire des entretiens d'identification dans les espaces sûrs et conviviaux respectant les cinq C : **consentement, confidentialité, conseil, résultats (informations) corrects et connexion**
- Offrir le soutien de première ligne, le concept « **LIVES** » ;
- Accompagner le ou la survivant(e) pour qu'il (elle) reçoive les services adéquats ;
- Référer le (la) survivant (e) vers des organisations ayant des services plus spécialisés en utilisant la cartographie actualisée de services de VBG de sa localité ;
- Faire le suivi pour s'enquérir de l'effectivité d'offre de services aux survivants.es
- Renseigner la documentation dédiée
- Documenter et rapporter périodiquement

Le LIVES intervient lors du premier contact avec le (la) survivant(e). C'est la prise en charge immédiate, ses étapes sont les suivantes :

L isten	Écouter attentivement avec empathie, sans porter de jugement.
I nquire about needs and concerns	Évaluer et répondre aux besoins et préoccupations (émotionnelles, physiques, sociales et pratiques) du/de la survivant(e).
V alidate	Montrer que vous croyez et comprenez le/la survivant(e). Assurer le/la survivant(e) qu'il/elle n'est pas à blâmer.

E nsure safety	Discuter d'un plan de protection du/de la survivant(e) en cas de préjudices supplémentaires pour d'autres violences
S upport	Aider le/la survivant(e) à avoir la bonne information, à faire le choix et à aller vers les services de prise en charge ou de soutien.

• Paquet de service pour le survivant (e) de VBG

Tableau 9 : Paquets de services survivant(e) VBG

Formes de VBG Réponse VBG	Violences physiques	Violences sexuelles	Violences émotionnelles/p psychologiques	Violences économique s
Counseling	X	X	X	X
LIVES*	X	X	X	X
Soutien psychosocial	X	X	X	X
Consultation médicale	X	X		
Soutien légal	X	X		
Screening et traitement des IST	X	X	X	X
Test VIH	X	X	X	X
PPE (dans les 72 h)		X		
Méthodes de contraception d'urgence (dans les 120 h)	X	X		
Médiation	X	X	X	X
Référer vers des centres d'accueil	X	X	X	X
Mécanismes d'autonomisation	X	X	X	X

Le Soutien psychosocial, le soutien légal, les centres d'accueil sont des axes d'intervention du « LIVES » qui sont pris en compte après avoir discuté avec le patient sur le plan d'atténuation de la violence.

VII. DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE DES IST

Il arrive fréquemment d'observer chez le même patient une infection à VIH et d'autres IST. Le dépistage, le diagnostic et le traitement des IST doivent être proposés 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 syndromes suivants doivent être recherchés de façon universelle chez les personnes séropositives pour le VIH et leur(s) partenaire(s) sexuel(s) (le) s : Écoulement urétral chez l'homme, Bubon inguinal (volumineux ganglion inguinal), Tuméfaction du scrotum, Ulcérations génitales, Écoulement vaginal, Douleur abdominale basse, Syndrome ano-rectal, Syndrome oropharyngé, Condylomes.

Les objectifs de la PEC des IST sont :

- Réduire la durée de la contagiosité des IST ;
- Éviter les complications et les séquelles des IST ;
- Interrompre la chaîne de transmission des IST ;

- Accompagner le client porteur d'IST à changer de comportement ;
- Réduire le risque d'infection par le VIH.

Pour toute personne qui consulte pour une IST, les soins appropriés comportent les éléments suivants :

- **Recueil des antécédents** : y compris évaluation du risque comportemental, géographique et mental ;
- **Examen physique** : de la sphère génitale en particulier, ce qui, dans certaines cultures, peut être un geste qui demande tact et compréhension ;
- **Éducation du patient et conseil** : la nature de l'infection, l'observance du traitement, l'importance de la notification au partenaire et de son traitement, la réduction et la prévention des risques de propagation de l'IST, la perception et l'évaluation du risque d'infection par le VIH

Tableau 10 : Principaux Syndromes d'IST et Maladies correspondantes

Syndromes	Symptômes	Signes	Maladies
ÉCOULEMENT VAGINAL	<ul style="list-style-type: none"> - Écoulement vaginal - Démangeaisons vaginales - Odeur vaginale nauséabonde - Brûlures mictionnelles - Dyspareunie (douleurs pendant les rapports sexuels) 	<ul style="list-style-type: none"> - Écoulement vaginal - Lésions de grattage - Odeur vaginale nauséabonde 	Vaginites : <ul style="list-style-type: none"> - Trichomonase - Candidose Vaginose bactérienne Cervicite, <ul style="list-style-type: none"> - Gonococcie - Chlamydirose
ÉCOULEMENT URÉTRAL	<ul style="list-style-type: none"> - Écoulement urétral - Démangeaisons - Picotement - Brûlures mictionnelles - Pollakiurie (mictions fréquentes) 	<ul style="list-style-type: none"> - Écoulement urétral (au besoin traire l'urètre) 	Urétrite <ul style="list-style-type: none"> - Gonococcie - Chlamydirose - Infections à mycoplasmes - Trichomonas
ULCÉRATIONS GÉNITALES	<ul style="list-style-type: none"> - Plaies génitales 	<ul style="list-style-type: none"> - Ulcération génitale - Vésicules - Ganglions inguinaux 	<ul style="list-style-type: none"> - Herpès génital - Syphilis - Chancre mou - Donovanose - Lymphogranulomatose vénérienne (Maladie de Nicolas Favre)
DOULEURS ABDOMINALES BASSES (PELVIENNES)	<ul style="list-style-type: none"> - Douleurs abdominales basses (pelviennes) et douleurs pendant les rapports sexuels (dyspareunie) 	<ul style="list-style-type: none"> - Écoulement vaginal - Sensibilité abdominale basse à la palpation - Température > 38°C 	<ul style="list-style-type: none"> - Gonococcie - Chlamydirose - Infections à mycoplasmes
TUMÉFACTION DU SCROTUM	<ul style="list-style-type: none"> - Douleur et gonflement des bourses (testicules) 	<ul style="list-style-type: none"> - Tuméfaction scrotale - Douleur à la palpation 	<ul style="list-style-type: none"> - Gonococcie - Chlamydirose

Syndromes	Symptômes	Signes	Maladies
OPHTALMIE NÉONATALE	<ul style="list-style-type: none"> - Paupières enflées - Difficulté à ouvrir les yeux 	<ul style="list-style-type: none"> - Œdème des paupières - Écoulement purulent 	<ul style="list-style-type: none"> - Gonococcie - Chlamydie
BUBON	<ul style="list-style-type: none"> - Gonflement, douleur des ganglions de la région inguinale 	<ul style="list-style-type: none"> - Adénopathies inguinales volumineuses, ulcération purulente, ulcérations en pomme d'arrosoir, - Nécrose tissulaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Chancre mou - Lymphogranulomatose vénérienne (Maladie de Nicolas Favre)
SYNDROME ano-rectal	<ul style="list-style-type: none"> - Écoulement/Suintement anal - Douleurs anales - Excroissances anales - Ulcération anale - Démangeaisons anales - Ténésmes (contractures douloureuses du sphincter anal) - Épreintes (fausse envie d'aller à la selle) 	<ul style="list-style-type: none"> - Écoulement anal - Fissure anale latérale - Végétations - Saignement anal - Ulcération anale 	<ul style="list-style-type: none"> - Condylomes - Gonococcie - Chlamydie - Herpès génital - Donovanose - Syphilis
Syndrome oropharyngé (rapports sexuels urogénitaux)	<ul style="list-style-type: none"> - Plaies buccales - Écoulement purulent, - Excroissances buccales - Douleur à la déglutition 	<ul style="list-style-type: none"> - Ulcérations oropharyngées - Gorge érythémateuse - Plaies buccales - Végétations - Écoulement 	<ul style="list-style-type: none"> - Syphilis - Condylomes - Gonococcie - Herpès - Chlamydie

CHAPITRE 2 : DÉPISTAGE DU VIH ET LIENS AUX SOINS

Le dépistage du VIH constitue l'étape initiale pour une prévention combinée et un accès aux soins appropriés. Le Cameroun a adopté le dépistage différencié du VIH qui s'appuie sur les préférences des groupes cibles, les lieux et les interventions à fort impact et/ou une combinaison de ces stratégies afin de faciliter l'identification précoce d'un plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH.

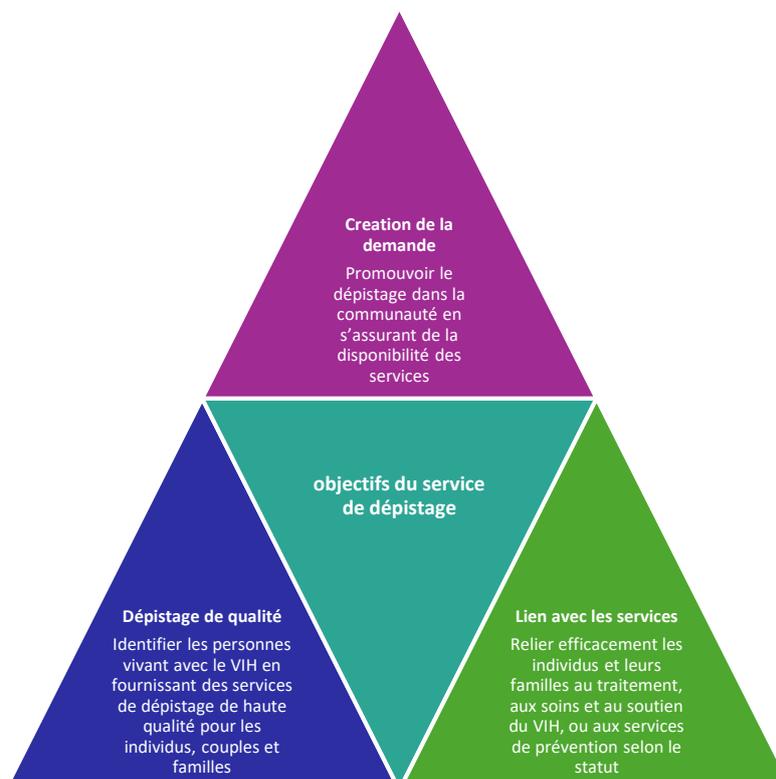


Figure 1 : Les objectifs du service de dépistage

I. PROCÉDURES DE DÉPISTAGE

I.1. Principes

Le dépistage du VIH doit être volontaire et effectué de manière éthique dans le strict respect des cinq principes préconisés par l'OMS (**5C**) : **C**onsentement éclairé, **C**onfidentialité, inclure des **C**onseils, résultats **C**orrects et liens (**C**onnexion) avec les services de soins.

Tableau 11 : Principes pour le dépistage

Principes pour un bon dépistage : les 5 C	
Consentement éclairé	Les clients doivent être informés du processus et le prestataire doit obtenir son consentement éclairé
Confidentialité	Le contenu des discussions entre le prestataire et le client ne doit pas être divulgué à une tierce personne
Conseils	Avant la réalisation du test, le prestataire doit offrir des conseils appropriés au client

Principes pour un bon dépistage : les 5 C	
Résultats corrects	Le prestataire doit veiller au strict respect des procédures de dépistage selon l'algorithme national tout en respectant les mécanismes d'assurance qualité
Connexion (lien)	Selon le résultat du test, le prestataire doit assurer le lien du client au services de prévention (pour les cas négatifs) ou au service de soins et de traitement du VIH (pour les cas positifs)

I.2. Protocole de dépistage

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

Tableau 12 : Étapes du dépistage

Étapes	Messages/Recommandations						
Avant la réalisation du test	<ul style="list-style-type: none"> Assurer la confidentialité du client ; Counseling pré-test <ul style="list-style-type: none"> Les connaissances de la personne sur le VIH/Sida ; Le risque qu'a la personne d'avoir été exposée au VIH et la possibilité d'un plan de réduction du risque ; Avantages à pratiquer ou non un test VIH La signification des tests de sérologie VIH ; Les implications du résultat du dépistage sur la vie de la personne ; Les aptitudes de la personne à faire face à une séropositivité et à ses conséquences Le consentement éclairé de la personne concernant le test de dépistage ; Éventuellement, la notion de PTME ; 						
Réalisation du test	<ul style="list-style-type: none"> Faire le test suivant l'algorithme national S'assurer du respect des procédures d'assurance qualité tout au long du processus du test (testing) 						
Après la réalisation du test	<ul style="list-style-type: none"> Vérifier si le client est prêt pour les résultats Counseling post-test. Aborder les points suivants : <ul style="list-style-type: none"> S'assurer de l'identité du client ; Le rassurer de la confidentialité de l'entretien ; Féliciter d'être revenu ; Faire un bref rappel de l'entretien initial et s'enquérir des sentiments du client pendant le temps d'attente ; Remettre au client l'enveloppe pour la découverte du résultat ; Laisser à la personne le temps d'exprimer ses émotions S'assurer la compréhension du résultat par le client ; Encourager des questions et donner des réponses exhaustives ; Expliquer clairement la signification ; Remettre le résultat sous pli fermé au client Vérifier si le client a une bonne compréhension du résultat Permettre au client de partager ses réactions initiales et d'exprimer ses sentiments initiaux Explorer et reconnaître les préoccupations immédiates du client Offrir le soutien nécessaire <table border="1"> <thead> <tr> <th>Résultat négatif</th> <th>Résultat positif</th> <th>Résultats non concluants</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> Examiner les implications d'être séronégatif pour le VIH Aider le client à élaborer un plan de réduction des risques Lier avec les programmes de prévention du VIH et des IST </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> Examiner les implications d'être séropositif pour le VIH Aider le client à élaborer un plan de réduction des risques Encourager la divulgation (approche </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> Mettre en place un accompagnement psychosocial, au même titre qu'après l'annonce d'une séropositivité Fixer un rendez-vous après 14 jours </td> </tr> </tbody> </table>	Résultat négatif	Résultat positif	Résultats non concluants	<ul style="list-style-type: none"> Examiner les implications d'être séronégatif pour le VIH Aider le client à élaborer un plan de réduction des risques Lier avec les programmes de prévention du VIH et des IST 	<ul style="list-style-type: none"> Examiner les implications d'être séropositif pour le VIH Aider le client à élaborer un plan de réduction des risques Encourager la divulgation (approche 	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place un accompagnement psychosocial, au même titre qu'après l'annonce d'une séropositivité Fixer un rendez-vous après 14 jours
Résultat négatif	Résultat positif	Résultats non concluants					
<ul style="list-style-type: none"> Examiner les implications d'être séronégatif pour le VIH Aider le client à élaborer un plan de réduction des risques Lier avec les programmes de prévention du VIH et des IST 	<ul style="list-style-type: none"> Examiner les implications d'être séropositif pour le VIH Aider le client à élaborer un plan de réduction des risques Encourager la divulgation (approche 	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place un accompagnement psychosocial, au même titre qu'après l'annonce d'une séropositivité Fixer un rendez-vous après 14 jours 					

• Donner les recommandations spécifiques au client pour le prochain test	• Encourager la divulgation du statut séronégatif pour le VIH avec le(s) partenaire(s) sexuels.	notification des partenaires)	• Assurer le lien au TARV	• Obtenir les informations sur les cas contacts
--	---	-------------------------------	---------------------------	---

I.3. Populations prioritaires pour les services de dépistage

Avec une prévalence de plus en plus réduite, la détection des nouveaux cas de VIH devient difficile. Pour améliorer l'efficacité du dépistage, une approche de dépistage ciblé doit être adoptée. Les populations présentant un risque élevé d'infection à VIH doivent être prioritairement ciblées pour le dépistage. Il s'agit :

- **Des Populations vulnérables** : Les forces armées et autres hommes et femmes en uniforme ; les femmes enceintes ; les transporteurs routiers ; les populations réfugiées et déplacées ; les personnes en situation de handicap ; les travailleurs des pôles économiques ; les transgenres ; les orphelins et Enfants Vulnérables (OEV), les patients TB positifs.
- **Des contacts des personnes vivant avec le VIH connues** : les partenaires sexuels des PVVIH, les enfants des femmes vivant avec le VIH
- **Des populations clés** : Professionnels de sexe ; Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ; utilisateurs des drogues injectables (UDI) , Détenus;

I.4. Sites de dépistage

Le dépistage du VIH peut se faire dans les établissements de santé, ou en communauté. Dans les établissements de santé, le dépistage du VIH doit être réalisé dans les toutes portes d'entrées. Des dispositions doivent être prises dans le site pour assurer la disponibilité continue des tests à toutes portes d'entrées.

I.4.1. Dépistage du VIH dans les établissements de santé

Tableau 13 : Dépistage du VIH dans la FOSA pour les Populations cibles

Dépistage du VIH dans la FOSA	
Où ?	<ul style="list-style-type: none"> • Laboratoire, • Consultation Pré Natale (CPN), • Maternité, • Service de vaccination, • Pédiatrie, • Service de prise en charge de la tuberculose (CDT), • Service de planification familiale, • Service des urgences, • Consultation, • Service de nutrition, • Service de prise en charge du VIH, • Autres...

Comment ?	<ul style="list-style-type: none"> • Conseil et Dépistage Initié par le Prestataire (CDIP), • Dépistage des contacts des cas index, • Conseil et Dépistage Volontaire (CDV)
Par qui ?	<ul style="list-style-type: none"> • Les personnels de santé, • Les prestataires non médicaux formés
Pour qui ?	<ul style="list-style-type: none"> • Enfants, adolescents, jeunes, adultes • Populations clés ou vulnérables (• Patients TB • Les contacts des cas index

I.4.2. Dépistage du VIH à base communautaire

Le dépistage communautaire du VIH renvoie au service de dépistage qui est proposé à l'échelle de la communauté en dehors des établissements de santé. Cette approche vise à offrir le dépistage aux populations les moins susceptibles de se faire dépister dans les établissements de santé à l'instar des populations clés, des jeunes et autres personnes vulnérables au VIH. Les services de dépistage à base communautaire peuvent être offerts de différentes manières et dans différents lieux. Ceux-ci incluent des lieux fixes dans la communauté, notamment les organisations à base communautaires, les points chauds et autres lieux communautaires. Les dépistages à base communautaire peuvent aussi être offerts au domicile des personnes ciblées. Les services communautaires peuvent être dispensés par des prestataires non professionnels formés. En cas de dépistage dans la communauté, il faudrait s'assurer que tous les clients ayant eu un test VIH positif soient effectivement liés à la FOSA pour une confirmation du diagnostic.

Tableau 14 : Dépistage du VIH dans la communauté

Dépistage du VIH dans la communauté	
Où ?	<ul style="list-style-type: none"> • OBC/DIC, • Point chaud • Centre Multifonctionnel de Promotion de la Jeunesse • Lieux de regroupement culturels, sportifs ou religieux, • Points d'affluence (marchés), chefferies... • À domicile (dépistage familial)
Comment ?	<ul style="list-style-type: none"> • Réaliser le dépistage du VIH à toute personne accueillie dans le cadre des interventions communautaires et éligible (est-ce qu'il y'a des critères d'éligibilité) : Causerie éducative, VAD, counseling • Lien/référence avec FOSA si test VIH positif/réactif pour confirmation,
Par qui ?	<ul style="list-style-type: none"> • Les équipes médicales mobiles (personnel médical de l'unité mobile) • Les prestataires non médicaux formés
Pour qui ?	<ul style="list-style-type: none"> • Enfants, adolescents, jeunes, adultes • Populations clés (HSH, TS, TG, UD/UDI) ou vulnérables (camionneurs, réfugié...) • Patients ayant une TB pulmonaire • La famille d'un cas index

I.5. Recommandation sur la fréquence du test par type de population

Tableau 15 : Recommandation du test par catégorie de population

Quand tester	
Population générale	Une fois par an pour les cas négatifs

FEC et allaitantes	<ul style="list-style-type: none"> ○ Faire le Test VIH au premier contact. ○ Si ce test est négatif, refaire le test VIH tous les trois mois jusqu'à l'accouchement. ○ Premier test VIH réalisé en salle de travail/accouchement, si pas de résultat de test VIH disponible ou test VIH négatif de plus de 3 mois. ○ Pendant l'allaitement, faire un test VIH tous les 3 mois jusqu'au sevrage de l'enfant. ○ Suivre ensuite les recommandations de test pour la population générale.
Enfants exposés (EE)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Faire la 1re PCR (PCR1) à 6-8 semaines ou au premier contact avec la FOSA après la naissance. ○ Si résultat PCR1 négatif : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si l'enfant est allaité, Faire une 2e PCR (PCR2) 6 semaines après le sevrage si enfant vu avant 9 mois, puis faire la sérologie à 18 mois ▪ Si l'enfant n'est pas allaité, NE PAS refaire une PCR à 9 mois, faire le suivi puis sérologie à 18 mois ; ▪ En cas de toute suspicion clinique avant 18 mois faire une PCR immédiatement ▪ si allaitement prolongé après 18 mois faire la sérologie à 6 semaines après arrêt de l'allaitement ? ○ En cas de résultat indéterminé à la PCR, refaire une PCR dans les 4 semaines.
Partenaires séronégatifs du couple sérodiscordant,	<ul style="list-style-type: none"> ○ Tous les 3 mois jusqu'à ce que le patient VIH sous TARV ait une suppression virale (CV inférieure à 1000 copies/ml), ○ Faire le test VIH une fois par an si le partenaire positif a une charge virale supprimée
Patient tuberculeux	<ul style="list-style-type: none"> ○ Faire le test du VIH initial dès le diagnostic de la TB
Populations clés	<ul style="list-style-type: none"> ○ Refaire le test tous les 3 mois si négatif.
IST symptomatiques	<ul style="list-style-type: none"> ○ Faire un test initial dès le diagnostic de l'IST, ○ Retester 4 semaines plus tard si le premier test est négatif
Exposition récente à risque (AES, violence sexuelle, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> ○ À 1 mois, 3 mois et six mois après arrêt de la PPE.

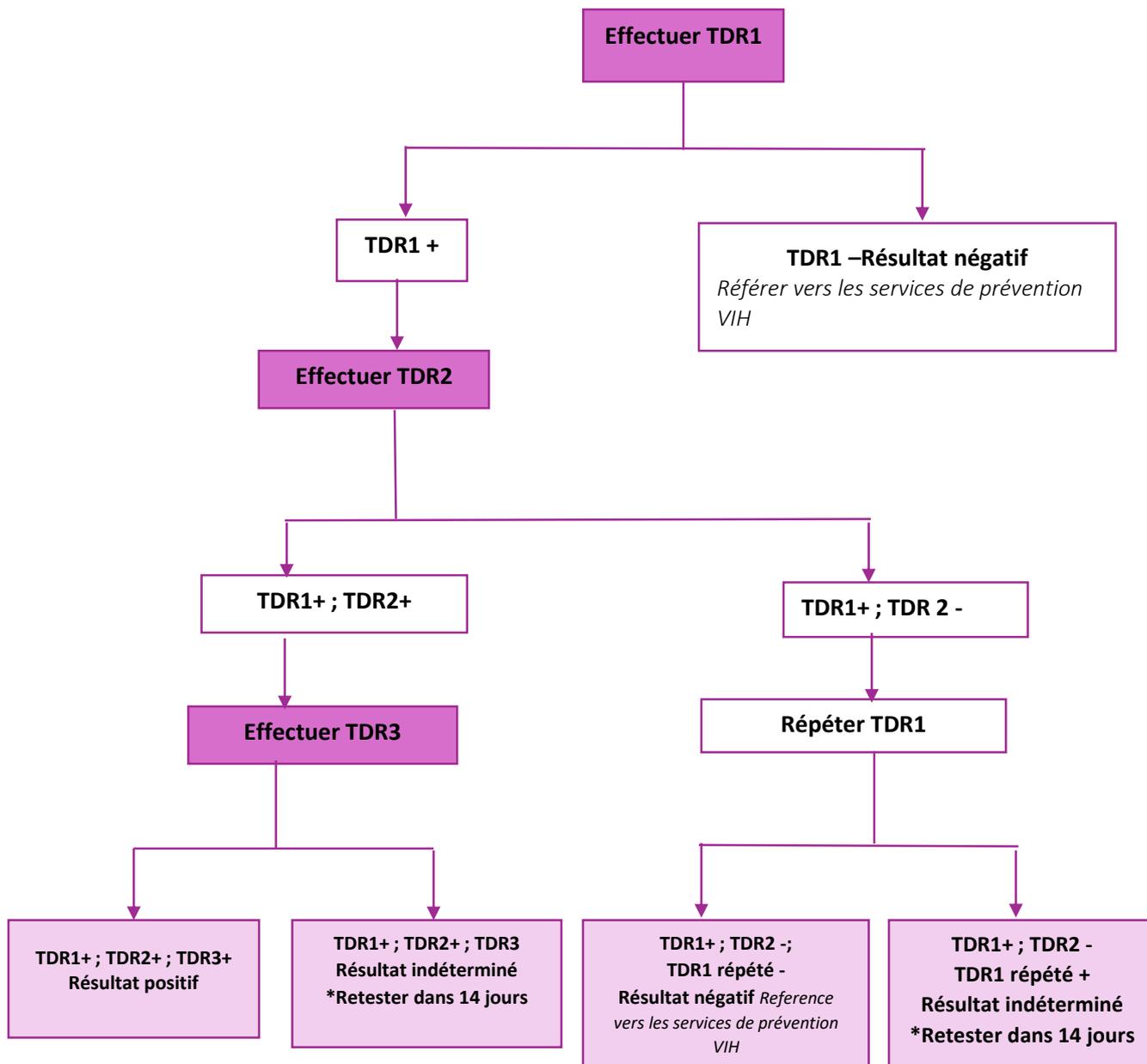
II. ALGORITHME DE DÉPISTAGE

L'OMS recommande aux pays ayant une faible charge morbide (prévalence inférieure à 5%) de recourir à trois tests positifs consécutifs pour établir un diagnostic séropositif au VIH afin de maintenir une valeur prédictive positive d'au moins 99%. Le Cameroun s'est aligné à cette recommandation dès 2022 en adoptant un algorithme de dépistage du VIH à trois tests. Dans le cas particulier des femmes enceintes et chez les populations clés, le pays a adopté un algorithme de dépistage avec un duo test VIH/Syphilis en première intention.

II.1. Algorithme du dépistage du VIH dans la population générale

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

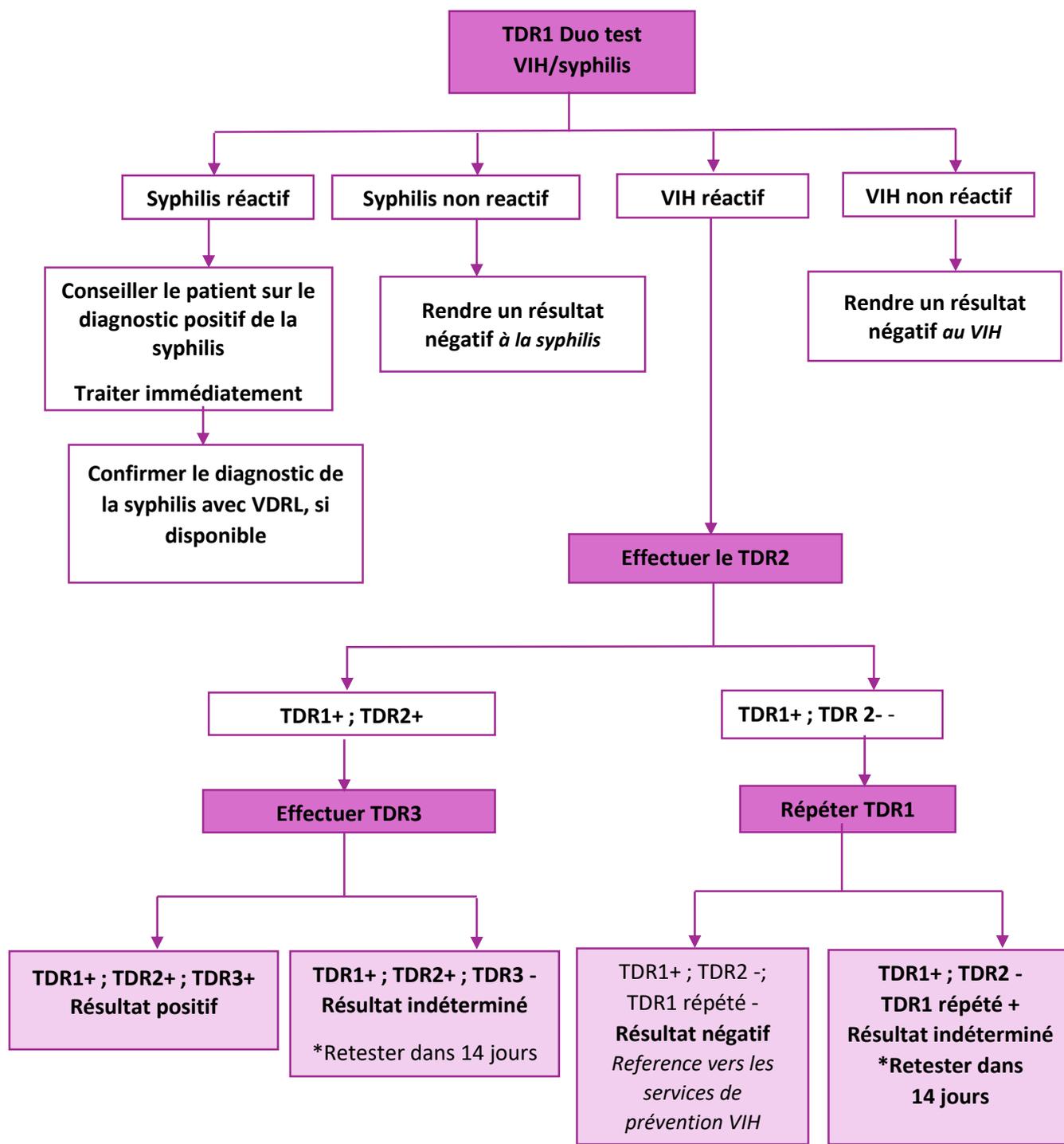
Figure 2 : Algorithme de dépistage du VIH dans la population générale



(*) Si le résultat du retesting demeure indéterminé, référer vers le laboratoire le plus proche

II.2. Algorithme de dépistage du VIH chez les femmes enceintes et populations clés

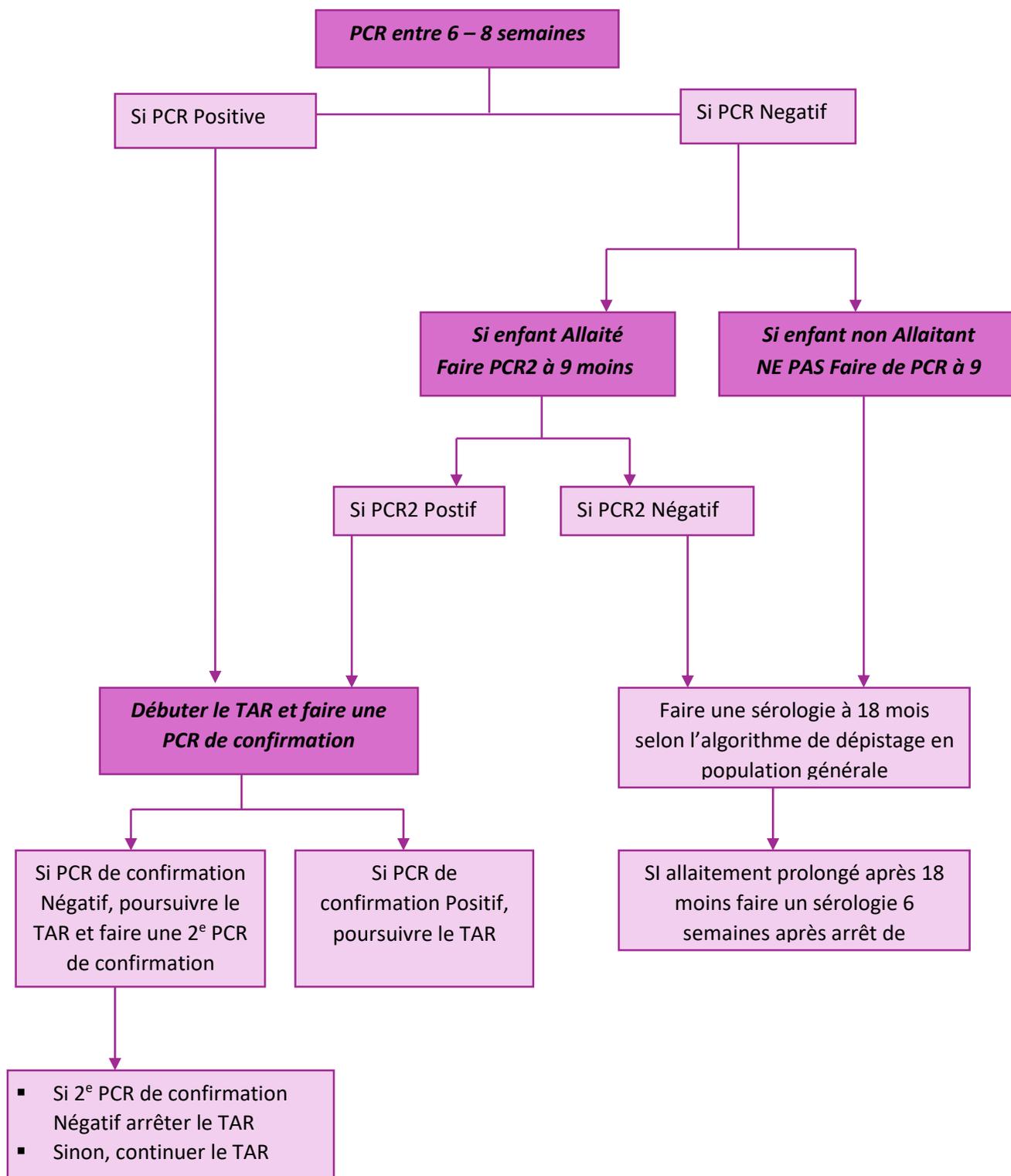
Figure 3 : Algorithme de dépistage du VIH et Syphilis pour les Femmes enceintes, et les populations clés



(*) Si le résultat du retesting demeure indéterminé, référer vers le laboratoire le plus proche

II.3. Algorithme du dépistage du VIH chez les enfants exposés

Figure 4 : Algorithme de dépistage précoce du VIH chez enfants exposés



II.4. Dépistage chez les adolescents

Créer des espaces conviviaux « amis des adolescents » dans les FOSA et les communautés de façon à prendre en considération les besoins spécifiques de ceux-ci. Il s'agit des espaces adaptés qui fournissent un environnement sûr dans un lieu pratique avec une ambiance agréable, des horaires d'ouverture accessible pour offrir des services qui garantissent l'intimité, évitent la stigmatisation tout en fournissant 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 du tuteur légal. L'adolescent peut bénéficier d'un conseil prétest 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 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 conseil et dépistage qu'avec le consentement de l'adolescent. L'adolescent peut bénéficier directement du test de dépistage du VIH, s'il est sexuellement actif ou chef de famille.

II.5. Recommandations pour la reprise de test

- Toutes les personnes nouvellement diagnostiquées positif au VIH doivent être retestées par un deuxième prestataire pour confirmer la sérologie avant l'initiation des ARV en utilisant les mêmes stratégies de dépistage et algorithme que le diagnostic initial.
- Pour les personnes ayant été exposées au risque d'infection à VIH et nouvellement diagnostiquées négatif, il est recommandé de refaire le test après un mois compte tenu de la fenêtre sérologie en absence d'une nouvelle prise de risque
- En cas de résultat indéterminé, le test doit être réalisé à nouveau après 14 jours
- Pour les femmes enceintes **connues VIH positif**, le duo test rapide de diagnostic VIH/Syphilis doit toujours être utilisé, **mais seul le résultat du test de syphilis doit être interprété et divulgué au client.**

II.6. Autodépistage du VIH

Afin d'augmenter la couverture en dépistage du VIH, notamment, en touchant les populations qui ne sont pas facilement accessibles par les stratégies traditionnelles de dépistage, l'autodépistage a été conçu pour servir de point d'entrée pour le dépistage du VIH. Cette approche à l'avantage de permettre aux personnes qui évitent les structures sanitaires d'avoir de manière anonyme une idée sur leur statut sérologique. Il s'agit d'un processus au cours duquel une personne prélève son propre échantillon (liquide buccal ou sang), effectue un test de dépistage du VIH et interprète le résultat, souvent dans un cadre privé, seule ou avec une personne de confiance (OMS 2015). Les populations ciblées pour l'auto dépistage du VIH sont : les Populations-clés, les partenaires et clients des populations clés ; les partenaires des PvVIH, les partenaires des femmes enceintes, les jeunes de 18 à 24 ans en situation de vulnérabilité, les hommes en situation de vulnérabilité (Homme en tenue, les forestiers , les camionneurs de longue distance). L'autodépistage du VIH peut se faire **seul** ou de manière **assistée** par un prestataire ou une personne formée.

Après la réalisation d'un autodépistage du VIH, si le résultat est **réactif, le statut sérologique doit impérativement être confirmé par la réalisation du dépistage selon l'algorithme national par un personnel qualifié.** La figure ci-dessous présente les étapes de réalisation du dépistage du VIH en utilisant un autot-test.

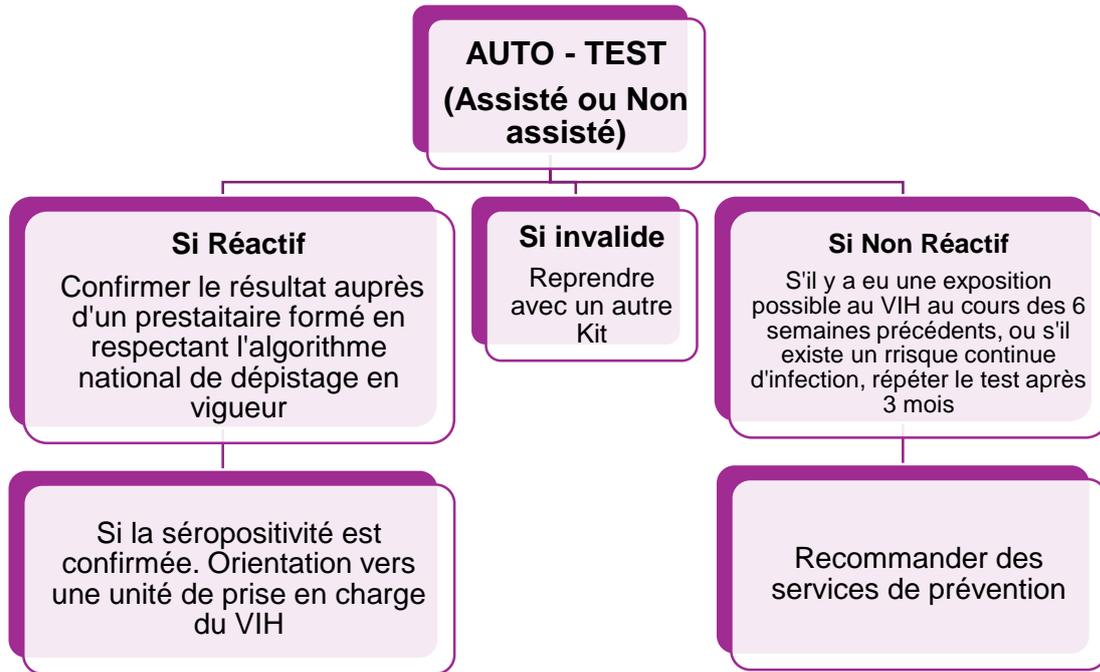


Figure 5 : Algorithme de l'autodépistage du VIH

III. ASSURANCE QUALITÉ DU DÉPISTAGE

L'assurance qualité du dépistage du VIH est cruciale pour garantir des résultats fiables et précis, minimiser les erreurs et maximiser la confiance dans les résultats. Tous les sites réalisant le dépistage du VIH doivent disposer d'un système d'assurance qualité fondé sur des procédures et des modes opératoires écrits concernant les différentes étapes de l'analyse et les conditions de son exécution. La qualité de l'analyse dépend de l'organisation générale du site, de la qualification et de la motivation du personnel ainsi que du respect des procédures opératoires lors des différentes étapes de l'exécution des examens : pré analytique, analytique et post analytique. À cet effet, les laboratoires ou sites impliqués dans le dépistage devront appliquer la norme ISO15189, applicable au laboratoire d'analyse médicale. Un système d'assurance qualité doit être permanent et doit conserver une trace des contrôles effectués et de l'efficacité des actions correctives. Sans cette traçabilité, il est difficile, et parfois impossible, de retrouver une erreur et/ou d'en analyser les causes pour en éviter la répétition.

III.1. Étapes du processus d'assurance qualité du test

Les étapes clés pour assurer que le dépistage du VIH est effectué de manière précise, fiable et conforme aux normes de qualité, tout en offrant un soutien adéquat aux personnes testées doit être observées avant pendant et après le test.

Tableau 16 : différentes étapes du processus du test

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

III.2. Les mesures pratiques à prendre pour surveiller la qualité des résultats du dépistage

- Tout personnel impliqué dans le dépistage doit préalablement recevoir une formation complète sur le test et l'algorithme du dépistage du VIH ;
- L'évaluation du personnel impliqué dans le dépistage doit être effectuée selon les normes en vigueur ;
- Tous les personnels de soins des sites de dépistage du VIH doivent être formés et participer à l'évaluation externe de la qualité (test de compétence) avec un organisme agréé indépendant deux fois par an ;
- Les sites doivent envisager le retesting et la comparaison inter laboratoire pour assurer la fiabilité des résultats ;
- Les résultats du dépistage doivent être enregistrés dans les registres d'assurance qualité correspondants et toutes les données (patients et contrôle qualité) doivent être régulièrement examinées par le responsable de la qualité ou le responsable du site ;
- Les évaluations sur site doivent être organisées pour évaluer les performances du personnel avec liste de contrôle standard et apprécier les conditions de test. L'observation directe de l'interaction avec un client et la réalisation de toutes les phases du test doit être effectuée ;
- Les visites sur site doivent être instructives et offrir une expérience de mentorat, la fréquence doit être basée sur les résultats initiaux et sur la nécessité d'une action corrective.

IV. LIENS ENTRE LE DÉPISTAGE DU VIH ET LES SERVICES DE PRÉVENTION, SOINS ET TRAITEMENT DU VIH

Il s'agit d'un processus continu qui commence dès le counseling et se prolonge avec l'éducation thérapeutique ainsi que le soutien psychosocial. Le personnel peut utiliser une fiche de référence, un accompagnement physique ou des moyens combinés. Il est fortement recommandé que le lien se fasse dans les sept jours maximum dans la formation sanitaire dans laquelle la personne a été dépistée et dans les 30 jours si la personne testée positive a été référée dans une autre formation sanitaire ou de la communauté vers la FOSA.

Les étapes à observer pour le lien au traitement sont :

- Suivre la procédure pour le lien à travers la fiche de référence ;
- Appeler le point focal en charge du lien des personnes VIH+ dans le service de prise en charge du VIH où la personne est référée pour prendre un rendez-vous pour elle et faire le suivi du lien ;
- Faire le suivi du lien de la personne référée aux soins au travers des appels téléphoniques, des SMS et des acteurs communautaires. 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).
- 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 ;
- Inscrire le code d'identification unique du patient dans le registre de dépistage ;
- 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

Tableau 17 : Différents type de lien

Types	Recommandations
Lien intra-FOSA	L'agent chargé de la référence ou de l'accompagnement physique doit s'assurer que les clients sont enregistrés dans le registre TARV et qu'ils sont sous TARV ou qu'il bénéficie du paquet de prévention
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
Lien communauté-FOSA	<ul style="list-style-type: none"> • Les prestataires chargés du lien doivent être impliqués dans les campagnes et faire un suivi pour relier tous ceux qui ont un test positif où • 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+ ou non aux soins et prévention.
Lien entre la transfusion sanguine et FOSA	<ul style="list-style-type: none"> • Dans la FOSA, appliquer la procédure de lien « intra-FOSA » ; • En cas de campagne communautaire de don de sang, appliquer la procédure de lien « Communauté – FOSA » décrite ci-dessus

CHAPITRE 3 : ÉLIMINATION DE LA TRANSMISSION VERTICALE DU VIH

❖ INTERVENTIONS

➤ Prévention de nouvelles infections à VIH

En Communauté et dans les Formations sanitaires

Qui sont concernées	Quelles sont les interventions
-FEC -FA et leurs partenaires -couples discordants	- Changement social et comportemental - Utilisation des préservatifs - Planification familiale - Nutrition et supplémentation - Vaccination

➤ Dépistage et lien aux services

En Communauté et dans les Formations sanitaires

Qui sont concernées	Quelles sont les interventions
-FEC -FA et leurs partenaires -couples discordants	- Dépistage intégré du VIH, de la syphilis et de l'hépatite virale B à toutes les portes d'entrée - Dépistage des autres IST - Dépistage à partir du cas index, y compris le dépistage familial - Auto dépistage pour le partenaire - Lien vers les services de prévention/prise en charge

➤ Soins, soutien et traitement

En Communauté et dans les Formations sanitaires

Qui sont concernées	Quelles sont les interventions
-FEC -FA, leurs partenaires et les enfants -couples discordants	- Évaluation clinique et biologique, y compris la recherche des signes et symptômes de la TB - Initiation du Traitement ARV - Évaluation des besoins et services (Counseling sur l'alimentation, sur l'aide à l'observance, ETP et promotion de l'accouchement assisté/Planning Familial/PEV)

➤ Prise en charge des coïnfections/comorbidités

En Communauté et dans les Formations sanitaires

Qui sont concernées	Quelles sont les interventions
-FEC -FA, leurs partenaires et les enfants -couples discordants	- Chimio prophylaxie au Cotrimoxazole - Traitement préventif de la tuberculose - Traitement de la tuberculose - Traitement de l'hépatite virale B, de la syphilis et autres IST - Vaccination de l'enfant à la naissance : HVB, BCG, Polio 0

➤ Suivi des femmes enceintes/allaitantes sous traitement ARV

En Communauté et dans les Formations sanitaires

Qui sont concernées	Quelles sont les interventions
-FEC -FA -couples discordants	- Suivi clinique, biologique et PEC des comorbidités - Suivi nutritionnel - Suivi de la toxicité des médicaments (pharmacovigilance) - Suivi des résistances aux ARV et interactions médicamenteuses -Rétention dans les soins

I. PREVENIR LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MÈRE SEROPOSITIVE A L'ENFANT

I.1. Généralités sur la transmission verticale du VIH

Le Cameroun a adopté la triple élimination de la transmission verticale du VIH, syphilis et hépatite B. La PTME est un ensemble d'interventions mises en œuvre pour éviter à l'enfant né de mère positive au VIH, syphilis et Hépatite B d'être infecté. Elle comprend quatre piliers :

1. Prévention de l'infection à VIH, syphilis et Hépatite B chez la femme en âge de procréer ;
2. Prévention des grossesses non désirées chez la femme infectée par le VIH, syphilis et Hépatite B ;
3. Prévention de la transmission du VIH, syphilis et Hépatite B 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 transmission verticale (T_{Ve}) du VIH varie de 15 % à 45 % dans les pays en voie de développement (OMS). Le risque de transmission du VIH est plus élevé pendant le travail et l'accouchement.

La charge virale est le facteur primordial dans la transmission du VIH. La transmission durant l'allaitement dépend de la durée d'allaitement : plus longtemps l'enfant est nourri au sein, plus le risque de transmission du VIH est élevé ceci en l'absence de TARV. Les facteurs augmentant le risque de la T_{Ve} 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 18 : Facteurs influençant la Tve

Grossesse	Travail et Accouchement	Allaitement entre 0-6 mois	Allaitement 0-12 mois	Sans allaitement
10-20%	30-40%	25-35%	25-45%	15-25%
Maternels	Obstétricaux	Fœtus/Enfant	Modalités de l'allaitement	Viraux
<ul style="list-style-type: none"> • CV élevés • CD4 bas • Stade avancé de l'infection à VIH (SIDA) • Primo-infection • Malnutrition • Anémie • Présence d'IST • Paludisme • Autres infections (Virales ou microbiennes) 	<ul style="list-style-type: none"> • Épisiotomie • Rupture artificielle précoce des membranes • Amniocentèse • Rupture prolongée des membranes (> 4h) ? • Accouchement instrumental (ex par forceps ou ventouse) • Travail prolongé (non utilisation du partogramme) • Manœuvre par version externe ou interne 	<ul style="list-style-type: none"> • Prématurité • Premier-né (grossesse gémellaire) • Affections buccales (candidose, stomatite, ulcérations) • Malnutrition 	<ul style="list-style-type: none"> • Allaitement maternel non protégé (par les ARV) • Allaitement prolongé dans le temps au-delà de 6 mois • Allaitement mixte • Lésions mammaires, gerçures de mamelon, abcès du sein 	<ul style="list-style-type: none"> • Type de virus (25 % pour VIH1 et 1 % VIH2) • Présence d'un virus résistant • Coinfection (HVB, etc.)

I.2. Stratégies de prévention de la transmission verticale (PTME) du VIH

Au Cameroun la stratégie de la PTME du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B s'articule autour de quatre axes principaux pour optimiser les résultats. Il s'agit de :

- **L'intégration de la PTME et de la Santé de la reproduction maternelle, néonatale, infantile et des adolescents (SRMNIA).** L'objectif ici est de faire usage de tous les points d'entrée aux soins de la SRMNIA (CPN, maternité, service de vaccination, service de suivi postnatal, service de planning familial, unité de santé de la reproduction des adolescents/adolescentes, etc.) pour identifier toutes les femmes qui ont besoin des services de PTME afin de les satisfaire.
- **L'approche familiale de la Prise en Charge de l'infection à VIH, syphilis et hépatite B.** Les prestataires des services de PTME doivent utiliser la personne infectée par le VIH déjà identifiée (la femme, son partenaire ou son enfant) comme cas 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.

- **La délégation des tâches et la décentralisation des services.** Cette stratégie permet de rapprocher les services de santé des populations et de pallier l'insuffisance de ressources humaines en qualité et en quantité. Elle permet en outre de s'assurer qu'aucune FEC ou allaitante VIH+ ne voit l'initiation de son traitement ARV retardé du seul fait de l'indisponibilité d'un prescripteur au centre de suivi. Ainsi, les soins et services sont transférés aux acteurs ayant le moins de qualification technique (délégation de tâches) et vers des structures techniques d'échelon inférieur (décentralisation). La délégation de tâches est faite des médecins vers les infirmiers, puis vers les acteurs communautaires (APS, OBC) et d'autres acteurs non-santé. La décentralisation est faite des hôpitaux vers les CMA, CSI, services opérationnels des sectorielles et enfin les acteurs communautaires.

I.3. Le paquet minimum des services de la Femme Encenite et Allaitante

Selon les recommandations de l'OMS adoptées par le Cameroun pour les soins prénatals, le nombre de consultations prénatales (CPN) recommandé au cours de la grossesse est passé de quatre à huit. Ceci permet d'augmenter les chances de détecter des problèmes susceptibles de survenir au cours de la grossesse, d'améliorer la communication entre les prestataires de soins et les FEC et d'accroître la probabilité que la grossesse connaisse une issue positive. L'objectif de la surveillance de la grossesse est d'aider la femme à mener une grossesse jusqu'à son terme dans les meilleures conditions et d'assurer un bon déroulement de l'accouchement et de la période post-partum.

I.3.1 Paquet minimum en CPN

Les recommandations de l'OMS de 2016 sur les soins en prénatal pour une expérience positive proposent un minimum de huit contacts :

- Un premier contact durant le premier trimestre (jusqu'à 12 semaines de grossesse) ;
- Deux contacts pendant le deuxième trimestre (à 20 et 26 semaines de grossesse) ;
- Cinq contacts pendant le troisième trimestre (à 30, 34, 36, 38 et 40 semaines).

La FEC à chaque visite reçoit l'éducation sur les signes cliniques de danger et doit revenir s'il y a un signe de danger ou au besoin.

Tableau 19 : Paquet des services à offrir à la femme enceinte lors des consultations prénatales

Interventions	CPN 1	CPN 2	CPN 3	CPN 4	CPN 5	CPN 6	CPN 7	CPN 8
Périodes des visites	Au cours des 12 premières semaines ou au premier contact	20 Semaines	26 Semaines	30 Semaines	34 semaines	36 semaines	38 semaines	40 semaines
Examen clinique	X	X	X	X	X	X	X	X
Évaluation du bassin							X	
Examens de laboratoire								
Test VIH/Syphilis	FEC et son partenaire si le statut VIH est inconnu	FEC et son partenaire s'ils ne sont pas encore testés	Refaire le test tous les 3 mois si le test VIH était négatif ou faire le duo test VIH-Syphilis si non fait antérieurement					
Hépatites virales	Recherche de l'Ag HBs systématiquement à toutes les femmes enceintes au cours de la 1re CPN (ou 1 ^{er} contact avec la CPN) Si AgHBS positif prescrire le vaccin contre l'hépatite B qui sera administré au nouveau-né à la naissance							
Groupe sanguin, Rh	Déterminer le groupe ABO et le facteur RH dès la première consultation							
NFS ou Hb	<ul style="list-style-type: none"> Si la patiente présente des signes d'anémie (surtout pâleur) faire hémogramme Si Hb <10 g/l, la FEC est anémiée : doubler la dose de fer et folates et prodiguer des conseils nutritionnels 							
Transaminases	X							
Glycémie à jeun			Systématiquement à toutes les femmes enceintes au cours de la 3e CPN (ou 1er contact après la 20e semaine)					
Urines	Effectuer la recherche de sucre (recherche diabète) et d'albumine à chaque visite							
Lymphocytes CD4 (pour le diagnostic de la maladie avancée à VIH)	À chaque visite si existence des signes de la maladie avancée à VIH							
Charge virale	<ul style="list-style-type: none"> Rechercher la CV la plus récente si déjà sous TARV Si CV > 3 mois refaire CV au premier contact avec la FEC VIH+ 	<ul style="list-style-type: none"> Faire CV à 3 mois de l'initiation du TARV puis tous les 3 mois jusqu'à la fin de l'allaitement maternel La dernière CV pendant la grossesse doit être réalisée entre 32 et 36 semaines. 						

	<ul style="list-style-type: none"> CV > 1000, renforcement de l'observance puis refaire CV après 3 mois 								
Traitement et Prophylaxie									
Vaccination	Administer le Tétanos-Diphtérie (Td) le plutôt possible puis continuer suivant le calendrier vaccinal de la FEC								
Suppléments	Fer/Acide folique : administrer 1 cp de fer (200 mg) et 1 cp d'acide folique 5 mg quotidiennement. En cas d'anémie, doubler la dose.								
Mebendazole	Ne pas donner durant le 1er trimestre	Administer 1 cp à 500 mg au 2e ou au 3e trimestre de la grossesse							
TPI	Ne pas administrer avant la 14 ^e semaine de grossesse, conseiller l'utilisation de MILDA	Donner SP 500 mg/25 mg. Si FEC VIH+, administrer le CTX à la place du TPI Conseiller l'utilisation de MILDA							
CTX	<ul style="list-style-type: none"> Si FEC nouvellement testée VIH+, administrer le CTX à partir de la 14^e semaine puis à chaque visite Si FEC déjà connue VIH+ sous CTX, continuer à donner à chaque visite 								
ARV	Donner ARV le plus tôt possible après le diagnostic indépendamment du terme de la grossesse, des CD4 ou la classification clinique OMS								
Soutien à l'observance	À chaque visite de la CPN								
Conseil à l'alimentation	X	X	X	X	X	X	X	X	
PF	À chaque visite de la CPN								
Préparation à l'accouchement	X	X	X	X	X	X	X	X	
INH	Donner l'INH si screening TB négatif chez FEC VIH+ nouvellement dépistée ou FEC connue VIH+ n'ayant pas reçu l'INH								

1.3.1. 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.

Tableau 20 : 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"> • Utilisation systématique du partogramme <ul style="list-style-type: none"> ○ Hauteur utérine ○ BDCF ○ Contractions utérines (2 à 5 toutes les 10 minutes) ○ Dilatation du col (1 cm toutes les heures après 5 cm) ○ Descente du pôle fœtal (par palpation abdominale)
Conduite du travail et accouchement pour la FEC VIH +	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser le partogramme • Éviter la RAM • Éviter les épisiotomies • Éviter les accouchements instrumentaux (forceps, ventouses, etc.) • Éviter les traumatismes fœtaux (manœuvres version externes, internes et le décollement du col utérin (stripping)) • Assurer le bon accueil du bébé : <ul style="list-style-type: none"> ○ Éviter de traire le cordon ○ Aspiration en cas de nécessité ○ Établir le score d'APGAR ○ Essuyer le bébé avec un linge propre et sec. Éviter le refroidissement (contact peau à peau exposition sur table radiation...). ○ Soins du cordon ○ Administrer la NVP prophylactique dans les 72 heures (de préférence les 6 premières heures) ○ Si la mère a été testée positive à la Syphilis pendant la grossesse : donner une dose unique de Pénicilline Benzathine au nouveau-né ○ Si la mère a une sérologie positive à l'Hépatite B, administrer une dose de vaccin au nouveau-né à la naissance idéalement associé aux immunoglobulines spécifiques ○ Mise au sein immédiate pour les FEC VIH+ ayant choisi l'allaitement maternel
PF	<ul style="list-style-type: none"> • Faire le counseling sur la PF et les méthodes disponibles avant le retour à domicile • Offrir la méthode choisie le plutôt possible dès que souhaité en post-partum
Évaluation de la trophicité du bébé	<ul style="list-style-type: none"> • Prendre le poids, la taille et le périmètre crânien du bébé et les comparer à ceux d'un enfant de son âge • Donner des conseils à l'alimentation du bébé
Test VIH de la mère	<ul style="list-style-type: none"> • Offrir test VIH si statut inconnu ou 1^{er} test négatif en CPN (plus de 3 mois) • Si test positif, commencer le TARV et commencer la NVP prophylactique au bébé
Examen clinique complet du bébé	<ul style="list-style-type: none"> • Avant le retour à domicile • Première vaccination (BCG, Polio 0 et HVB) • BCG sera différé si le bébé présente des signes d'une probable infection à VIH

NB : Donner les conseils de sortie précisant les signes de danger et demander à la femme de revenir au besoin ou suivant le rendez-vous

1.3.2. PEC de la femme en post-partum

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

- Vaccination ;
- Consultation postnatale (Suivi des enfants exposés) ;
- Planning Familial (PF).

Il faut harmoniser les rendez-vous de 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 de TVE du VIH.

Tableau 21 : Paquet des prestations à offrir à la femme VIH+ pendant le post-partum

Suivi postnatal de la mère			
Périodes des visites	Dans la semaine qui suit l'accouchement	De la 6e semaine au 6e mois	Du 6e au 24e mois
Suivi	6 jours après accouchement	Une fois par mois	Tous les 3 mois
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Dépister les affections concomitantes de la mère et les traiter ○ Faire l'éducation pour la santé sur l'alimentation maternelle et infantile en contexte VIH, les vaccinations, la PF, l'hygiène, la prévention des IST ○ Promouvoir le dialogue avec le partenaire au sein du couple et la parenté responsable ○ Évaluation de l'observation du TARV et soutien nécessaire 		
PF	<ul style="list-style-type: none"> ○ Faire le counseling sur la PF et les méthodes disponibles et commencer la contraception si besoin 		
Examen physique	<ul style="list-style-type: none"> ○ Faire l'examen de l'abdomen, du vagin, du col de l'utérus ○ Examiner la fontanelle antérieure du bébé et la cicatrisation de l'ombilic 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Faire l'examen de l'abdomen, du vagin, du col de l'utérus ○ Faire le frottis cervical 	
Signes de danger	<ul style="list-style-type: none"> ○ Informer la cliente sur les signes de danger à surveiller pendant le post-partum, l'encourager à revenir à la FOSA immédiatement en cas de besoin. ○ Mère : saignement vaginal, convulsions, difficultés respiratoires, fatigue, fièvre, douleurs abdominales, pâleur, œdèmes, écoulement vaginal, hématome de la vulve ○ Bébé : 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 		
Évaluation nutritionnelle	<ul style="list-style-type: none"> ○ Prendre le poids, la taille ; le périmètre brachial et le périmètre crânien du nourrisson et les comparer aux valeurs d'un enfant de son âge, si troubles nutritionnels ou signes de malnutrition, soutien nutritionnel et/ou référer 		
Recherche des signes et symptômes de la 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 l'enfant exposé	<ul style="list-style-type: none"> ○ Faire le diagnostic de l'infection à VIH chez le bébé par DBS/PCR ou POC/EID à 6 – 8 semaines ○ Poursuivre le processus du diagnostic suivant l'algorithme national ○ Initier tout enfant confirmé positif au VIH au TARV le plus tôt possible et veiller à la bonne observance de son traitement 		
CV	Tous les 3 mois pendant toute la durée de l'allaitement		
Traitement et prophylaxie			

Fer/acide folique	Donner 1 comprimé de fer (200 mg) + 1 comprimé d'acide folique (5 mg) par jour pendant 6 semaines. Si anémie, doubler la dose	
Mebendazole	Si la mère n'a pas reçu pendant la grossesse, donner du Mebendazole (DU) à l'accouchement	
TPI	Conseiller la mère sur l'utilisation des MILDA	
Vitamine A	Deux doses de 200 000 UI espacées de 24h dans les 30 jours après l'accouchement	
CTX	Administrer le CTX à la femme VIH+	<ul style="list-style-type: none"> ○ Administrer le CTX à la femme VIH+ ○ Administrer le CTX à l'enfant exposé dès la 6e semaine jusqu'au diagnostic de non-infection
ARV	<ul style="list-style-type: none"> ○ Initier ou continuer les ARV à la mère VIH+ et ○ Initier la Névirapine au bébé dès la naissance et au plus tard dans les 72 heures de vie et à poursuivre pendant 6 semaines à 12 semaines en fonction du risque d'exposition 	

II. PRISE EN CHARGE DES FEMMES ENCEINTES ET ALLAITANTES VIVANT AVEC LE VIH

II.1. Le 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 pas disponibles dans les unités de prise en charge du VIH distincts 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.

II.2. La mise sous TARV

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

L'objectif du TARV chez les femmes enceintes et allaitantes 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 TVE du VIH.

Tableau 22 : Critères de mise sous 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,
Grossesse chez une femme naïve de TARV	L'initiation du TARV le plus tôt possible selon le protocole recommandé
Prise en charge tardive de la FEC (après la 28 ^e semaine, salle d'accouchement et allaitement)	Démarrer le TARV immédiatement.

Tableau 23 : Protocoles ARV des FEC est mères allaitantes VIH+

Populations	Traitement préférentiel	Traitement alternatif
Femmes enceintes et allaitantes	TDF/3 TC/DTG	TDF/3 TC/EFV400

II.3. Le suivi du TARV chez la femme enceinte et mère allaitante VIH+

La surveillance des femmes enceintes et allaitantes VIH+ est essentielle pour atteindre les objectifs énumérés ci-dessus.

Tableau 24 : suivi du TARV chez FEC ou allaitante VIH+

FEC VIH+ déjà sous TARV	Femmes allaitantes VIH+ déjà sous TARV	Début du TARV pendant la grossesse	Début du TARV pendant l'allaitement
<ul style="list-style-type: none"> Rechercher la CV la plus récente si déjà sous TARV Si CV > 3 mois refaire CV au premier contact avec la FEC VIH+ CV > 1000, renforcement de l'observance puis refaire CV après 3 mois Si CV de contrôle >1000 après 3 séances de renforcement de l'observance, switcher vers un traitement de deuxième ligne 	<ul style="list-style-type: none"> Rechercher la CV la plus récente Si CV > 3 mois refaire CV Si CV > 1000, renforcement de l'observance puis refaire CV après 3 mois 	Faire CV 3 mois après le début du TARV	Faire une CV après 3 mois

À la fin de l'allaitement, le suivi est le même que chez les femmes adultes non enceintes. 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 indique dans le tableau ci-dessous

Tableau 25: Récapitulatif du suivi biologique de la femme enceinte et mère allaitante VIH+

	À l'initiation du TARV	Postinitiation du TARV					Post-partum					Tous les ans
		M1	M3	M6	S6	Tous les 3 mois	M12	M15	M18	M24		
CV	X*		X**	X**	X**	X**	X**	X**	X**	X**	X	
Créatininémie	X			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 et ayant une CV de plus de 3 mois

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

II.4. Prise en charge nutritionnelle des femmes enceintes et allaitantes VIH+

Pendant la grossesse et la période du post-partum, les besoins en nutriments sont importants. Les besoins de la femme enceinte/allaitante sont fonction de son état de santé et de son état nutritionnel. Les femmes enceintes ou allaitantes vivant avec le VIH/Sida

courent plus de risque de mortalité à cause des demandes supplémentaires d'énergie et de nutriments liées à leur état de grossesse ou de lactation et d'infection au VIH. Pour préserver leur santé et leur état nutritionnel, elles doivent augmenter leurs apports alimentaires, car la malnutrition et le VIH augmentent chez elles la vulnérabilité. L'adoption de comportements favorables à la santé en matière de nutrition survient le plus souvent lorsque le conseil est individualisé et centré sur les spécificités nutritionnelles de chaque PvVIH (Counseling individuel).

II.5. Prise en charge des coinfections chez les femmes enceintes et allaitantes VIH+

II.5.1. Tuberculose

Il faut rechercher la TB à toutes les portes d'entrée et à chaque visite à travers la recherche active des signes et symptômes. La présence de l'un des symptômes suivants : **toux, fièvre, sueurs nocturnes, perte de poids** doit faire rechercher une tuberculose active. Le traitement antirétroviral doit être instauré deux semaines après l'administration des médicaments antituberculeux (Voir Chapitre 9 : sur la coinfections).

Si la FEC VIH+ est déjà sous TARV, elle continue son TARV et prend ses médicaments antituberculeux.

La prophylaxie au Cotrimoxazole (CTX) est recommandée chez les FEC VIH. Toutefois, les FEC VIH+ sous TPI sont dispensées de CTX pendant toute la grossesse.

Le CTX sera arrêté en cas d'effets indésirables

NB : Ne pas donner à la femme enceinte VIH+ sous cotrimoxazole la Sulfadoxine Pyriméthamine (SP) comme traitement préventif et intermittent contre le paludisme.

II.5.2. Co-infection VIH/Hépatite B

Toutes les FEC doivent faire le test de l'hépatite virale B (AgHBs).

La Lamivudine (3 TC) 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 chez les patients présentant une coinfection VIH/Hépatite.

En cas de coinfection VIH/Hépatite, maintenir les protocoles à base de TDF/3 TC: TDF/3 TC/EFV (TLE) ou TDF/3 TC/DTG (TLD) cp à dose fixe (1cp par jour). En cas de coinfection VIH/Hépatite B, maintenir TDF/3 TC (Tenolam) même en cas de résistance.

Les mères porteuses de l'hépatite B présentant un antigène positif (AgHBs) doivent bénéficier de la réalisation de l'AgHBe. En cas de positivité de l'AgHBe, le risque de transmission au nouveau-né est particulièrement élevé.

Prophylaxie de l'hépatite B chez l'enfant né de mère ayant une hépatite B

	AgHBs+, AgHBe-	AgHBs+, AgHBe+
Vaccination	X	x
Immunoglobuline		x

L'immunisation contre hépatite B peut être divisée en deux : l'immunisation passive et active. L'immunisation passive est obtenue en utilisant les immunoglobulines de l'hépatite B. L'immunité est temporaire et peut aller jusqu'à 3 mois. Quant à l'immunisation active, elle se fait en utilisant des vaccins qui sont capables de donner une immunité à vie en fonction des prises.

III. INFECTION A VIH ET PLANIFICATION FAMILIALE

Les femmes séropositives au VIH doivent bénéficier d'un accès équitable aux services de planification familiale. La survenue de la grossesse chez ces femmes est associée à une mortalité maternelle plus élevée, et à des suites de couches diverses, dont le petit poids de naissance et la mort de l'enfant. Celles qui ont initié un traitement ARV doivent pouvoir accéder au planning familial (PF) et les sites de prise en charge 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 ;
- Soutien accru à la double protection ;
- Réduction de la mortalité infantile ;
- Amélioration de la qualité des soins ;
- Meilleure compréhension et protection des droits des personnes ;
- Renforcement de l'efficacité et de l'efficience des programmes.

Tableau 26 : Interactions médicamenteuses avec les contraceptifs dans diverses situations cliniques

Options de Contraception	INTI		II	IP	Anticonvulsivants	Antifongiques Systémiques
	EFV	AZT, ABC, 3 TC, TDF	DTG	LPV/r		
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

IV. VACCINATION DES FEC

➤ Femme enceinte qui n'a pas reçu de dose de DTP/Penta pendant l'enfance

Doses	Période d'administration	Durée de protection
Td1	Au premier contact ou dès que possible pendant la grossesse	Aucune
Td2	Au moins 4 semaines après le Td1	1 à 3 ans
Td3	Au moins 6 mois après le Td2 ou pendant la grossesse suivante après Td2	Au moins 5 ans
Td4	Au moins 1 an après Td3 ou pendant la grossesse suivante après Td3	Au moins 10 ans
Td5	Au moins 1 an après Td4 ou pendant la grossesse suivante après Td4	Toute la vie féconde voire au-delà

➤ Femme enceinte ayant reçu 3 doses de DTP/Penta pendant l'enfance

Doses	Période d'administration	Voie d'administration	Durée de protection
Td1	Au premier contact ou dès que possible pendant la grossesse	Intramusculaire	Aucune
Td2	Au moins 4 semaines après le Td1		1 à 3 ans
Td3	Au moins 6 mois après le Td2 ou pendant la grossesse suivante après Td2		Toute la vie féconde voire au-delà

V. PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT EXPOSE (EE) AU VIH

L'enfant exposé au VIH est un enfant né d'une mère séropositive au VIH. Il est dit exposé tant que le facteur de risque de son exposition est toujours présent : l'allaitement maternel. Les objectifs de la prise en charge sont de

- Éviter la transmission du VIH en période post natale,
- Déterminer le statut VIH du nourrisson le plus tôt possible,
- Assurer la liaison aux soins de TARV si l'enfant est infecté

V.1. Calendrier de suivi des enfants exposés

Les activités du suivi de l'enfant exposé doivent commencer dès sa naissance et se poursuivre jusqu'au moment de la détermination de son statut final par rapport à l'infection à VIH.

Cette période doit être l'occasion pour le prestataire

- De renforcer les conseils sur l'alimentation de l'enfant en contexte VIH,
- 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) ainsi que
- Le développement psychomoteur de l'enfant.

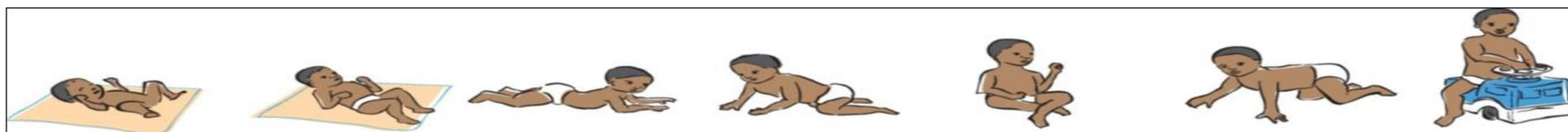
Tout enfant né de mère séropositive doit avoir un dossier pour son suivi systématique à partir de la naissance jusqu'à la confirmation de son statut VIH.

Le suivi se fera par des visites à la FOSA à la naissance, à six semaines, puis tous les mois jusqu'à 6 mois et enfin tous les trois mois jusqu'à 18 – 24 mois (tableau 30).

V.2. 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. À 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 le tableau 30 Si l'enfant présente une anomalie telle 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 pris en charge ou référé au médecin.

Tableau 27 : Calendrier et paquet des prestations de suivi des enfants nés des mères séropositives



	À la naissance	À S6	De S6 à M6 (visite mensuelle)				De M6 à M18-24 (visite trimestrielle)					
			S10	S14	M5	M6	M9	M12	M15	M18	M21	M24
ARV prophylactique	X	Stop ARV prophylaxie*										
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
Rechercher les pathologies concomitantes et les traiter	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 (PEV)	X	X	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 EE		PCR ADN (entre 6 et 8 semaines) ou à tout moment avant 9 mois					PCR ADN à 9 mois			Sérologie à 18 mois ou 6 semaines après l'arrêt complet de l'allaitement		
Lier les cas positifs au service de TARV												

- ARV prophylaxie arrêtée à 6 ou 12 semaines : voir paragraphe « prophylaxie post natale enfant exposé »

V.3. Prophylaxie postnatale chez l'enfant exposé

V.3.1. Prophylaxie postnatale du VIH chez l'enfant exposé

Les enfants exposés à haut risque de contracter le VIH, y compris ceux qui sont identifiés en post-partum, devraient poursuivre la prophylaxie pendant six semaines supplémentaires (soit au total 12 semaines). Les enfants exposés de mère sous ARV de plus d'un mois (à faible risque) et allaités doivent recevoir six semaines de prophylaxie avec le NVP chaque jour.

Tableau 28: Durée de la prophylaxie de l'EE en fonction du risque de TME

Classification du risque	Critères	Durée prophylaxie EE
HAUT risque de TME	<ul style="list-style-type: none"> EE né d'une femme VIH+ ayant reçu moins de 4 semaines de TARV avant l'accouchement ; EE né d'une mère VIH+ dont la CV était > 1000 copies/ml après 32 semaines avant l'accouchement ; EE dont la mère a été testée VIH+ pendant l'accouchement ou l'allaitement. 	NVP 12 semaines.
Risque FAIBLE de TME	Tous les autres cas de femmes enceintes ou allaitantes VIH+	NVP 6 semaines

La prophylaxie doit débuter au plus tard dans les 48h qui suivent la naissance.

Tableau 29 : Prophylaxie ARV chez l'enfant exposé au VIH

Ages	Doses quotidiennes
NVP tous les jours de la naissance à 6 semaines (faible risque de TME) ou 12 semaines (Haut risque de TME)	
<ul style="list-style-type: none"> Poids : 2000 à 2499 gr Poids ≥ 2500 gr 	<ul style="list-style-type: none"> 10 mg en une seule prise (1 ml) 15 mg en une seule prise (1,5 ml)
NB : 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	
1 ml = 10 mg de NVP	

V.3.2. Prophylaxie postnatale des infections opportunistes chez l'enfant exposé

Les enfants exposés au VIH devraient recevoir le cotrimoxazole dès la 6^e semaine de vie quelque soit la durée de la Névirapine ou le type d'alimentation choisi par la mère. Cette prophylaxie sera continuée jusqu'à confirmation du diagnostic final de l'enfant

Le cotrimoxazole doit être débuté à 6 semaines de vie, lors de la visite pour prélever la première PCR, selon le tableau ci-après.

Tableau 30 : Prophylaxie au cotrimoxazole

PROPHYLAXIE AU COTRIMOXAZOLE (CTX)	
De 1 à 4 kg de poids	2,5 ml de la suspension 240 mg/5 ml ou ¼ cp dosé à 480 mg ou 1 cp dosé à 120 mg
De 5 à 15 kg de poids	5 ml de la suspension 240 mg/5 ml ou ½ cp dosé à 480 mg ou 2 cp dosés à 120 mg
En cas d'intolérance au Cotrimoxazole, prescrire Dapsone 4 mg/kg par semaine ou 2 mg/kg en une seule prise ; dose maximale est de 100 mg	

Dans le cadre de la triple élimination HIV, hépatite virale B et syphilis, sont incluses ci-dessous les mesures post natales immédiates si la femme enceinte était positive.

V.3.3. Prophylaxie postnatale de l'hépatite B

Tous les nouveau-nés de mère testée positive à l'hépatite viral B doivent recevoir leur première dose de vaccin contre le VHB dès que possible après la naissance, de préférence dans les 24h. Cette dernière doit être suivie des trois doses pour compléter les recommandations de vaccination contre l'hépatite B selon les directives du PEV

V.3.4. Prophylaxie postnatale de la syphilis

En cas d'enfant exposé à la syphilis, il n'y a pas de traitement prophylactique post natal recommandé. La meilleure prophylaxie reste donc le dépistage et le traitement des femmes enceintes.

V.4. 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 l'allaitement. 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 et celui de la mère. Par conséquent, il y a lieu de vérifier le statut vis-à-vis de l'infection à VIH chez cet enfant par la PCR comme indiqué dans le tableau 34.

Tableau 31 : Diagnostic précoce du VIH

Quand faire le test	A qui	Comment interpréter le résultat
À 6 - 8 semaines	<ul style="list-style-type: none"> Tous les EE indépendamment du choix de l'alimentation 	PCR 1 : <ul style="list-style-type: none"> Si positif affirmer le diagnostic de l'infection à VIH (échec PTME): - Initier un TAR et - Prélever pour la PCR de confirmation

		<ul style="list-style-type: none"> • Si négatif, continuer le suivi clinique suivant l'algorithme national.
À 9 mois	<ul style="list-style-type: none"> • EE sous allaitement maternel 	<p>PCR 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si négatif continuer le suivi jusqu'à 18-24 mois • Si positif, confirmer le diagnostic : <ul style="list-style-type: none"> - Initier le TARV et - Prélever pour la PCR de confirmation
À 18 mois	<ul style="list-style-type: none"> • EE indépendamment du choix de l'alimentation 	<p>Sérologie VIH selon l'algorithme national</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si positif, affirmer le diagnostic de l'infection à VIH et Initier le TARV • Si négatif et pas de lait maternel depuis au moins 6 semaines <ul style="list-style-type: none"> - Déclarer enfant non infecté (succès PTME) et - Arrêter le suivi EE mais continuer suivi nourrisson non infecté <ul style="list-style-type: none"> ○ si négatif et sous lait maternel ou ablactation de moins de 6 semaines, - considérer enfant encore exposé et continuer le suivi, puis - faire sérologie 6 semaines après arrêt de l'allaitement - ,
À tout moment	<p>Tous les enfants avec</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mères dépistées positives durant l'allaitement • Suspicion clinique (présomption) • Diagnostic de la Tuberculose • Malnutrition <p>Histoire familiale ou sociale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demande des parents, décès d'un parent • Mère ayant un statut inconnu 	<p>Test dépend de l'âge</p> <ul style="list-style-type: none"> • Moins de 18 mois : <ul style="list-style-type: none"> - sérologie HIV - si sérologie positive, considérer enfant exposé et faire PCR ADN • Après 18 mois : Sérologie selon l'algorithme national

V.5. Alimentation de l'enfant né de mère séropositive

V.5.1. Directives en matière du 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 ;
- Être 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 choisie.

V.5.2. Les différentes options de l'alimentation du bébé et évaluation de la faisabilité de leur mise en œuvre

Option d'allaitement maternel
<ul style="list-style-type: none"> • Définir l'allaitement maternel exclusif ; • Rappeler les avantages et les inconvénients de l'allaitement maternel ; • Préciser que la durée de l'allaitement maternel exclusif est de 6 mois ; • Relever les contraintes qui peuvent s'opposer à sa bonne mise en œuvre ; • Définir une alimentation mixte et expliquer ses dangers ; • Expliquer les dangers de la mastite ou de toute infection du sein ; • Démontrer la bonne position d'allaitement au sein ; • Démontrer la technique d'expression du lait ; • Exprimer sa disponibilité à soutenir la mise en œuvre de l'option d'alimentation choisie.

Option d'alimentation artificielle
<ul style="list-style-type: none"> • S'assurer de ce que l'alimentation artificielle choisie est acceptable, abordable, faisable, pérenne et sûre • Acceptable : Absence de pressions de toute nature : du partenaire, culturelles, famille, etc. • Faisable : La mère comprend bien les modalités de préparation du lait artificiel et dispose de tout le matériel nécessaire ; • Abordable : Coût financier est accessible pour la famille ; • Pérenne : Soutenable dans le temps ; • Sûre : Dénuée de tout danger pour la vie de l'enfant.

V.5.3. 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, le périmètre brachial 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 :

Tableau 32: Modalité d'alimentation de l'enfant exposé

Age	Les modalités de l'alimentation
0-6 mois	Allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois ou Alimentation de substitution (lait artificiel) exclusif jusqu'à 6 mois de vie si les conditions de vie de sa famille le permettent.
6-12 mois	Poursuite de l'allaitement <ul style="list-style-type: none">- Continuer allaitement maternel- Introduire l'alimentation de complément adaptée, suffisante et équilibrée (voir figure aliments).- Introduire un nouvel aliment à la fois et s'assurer de sa tolérance avant d'introduire un autre nouvel aliment- Donner 4-6 repas par jour, lait compris- Donner la Vitamine A deux fois par an et, s'il est nécessaire, ajouter d'autres complexes multi vitaminiques
12-24 mois	<ul style="list-style-type: none">- Poursuite de l'allaitement maternel si enfant infecté- Arrêter allaitement maternel à 12 mois si enfant non infecté- 4-6 repas par jour y compris des collations entre les principaux repas.- Vitamine A deux fois par an et, s'il est nécessaire, ajouter d'autres complexes multi vitaminique

Messages clés sur l'alimentation de l'enfant : Aliments 5 étoiles

Tout bon régime doit être adéquat en qualité en quantité et inclure des aliments riches en énergie (par exemple, bouillie épaisse de céréale additionnée d'huile); de la viande, du poisson, des œufs ou des légumes secs; et des fruits et légumes

N° d'ordre	Variétés d'aliments	Exemples d'aliments locaux	Rôles
01	Aliments d'origine animale 1 étoile*;	(Viande, poulet, poissons, foie), et œufs, lait et produits laitiers 	Aliments de construction : Ce sont des aliments qui favorisent la croissance de l'individu
02	Aliments de base 2 étoiles **;	(Maïs, blé, riz, mil et sorgho); racines et tubercules (manioc, pommes de terre) 	Les aliments énergétiques : Ce sont des aliments qui donnent la force (énergie)
03	Légumineuses 3 étoiles***;	(Haricots, lentilles, pois, arachides) et graines (sésame) 	Aliments de construction : Ce sont des aliments qui favorisent la croissance de l'individu
04	Fruits et légumes 4 étoiles ****	Riches en vitamine A (mangue, papaye, fruit de la passion, oranges, feuilles vert-foncé, carottes, patate douce jaune et potiron), et autres fruits et légumes (banane, ananas, pastèque, tomates, avocat, aubergine et chou) 	Les aliments de protection ce sont des aliments qui protègent contre les maladies et permettent de se maintenir en bonne santé
05	Les huiles 5 étoiles *****	huile de palme, huile d'arachide 	Les aliments énergétiques Ce sont des aliments qui donnent la force (énergie)

V.6. Vaccination de l'enfant exposé

Les recommandations suivantes seront appliquées chez l'enfant exposé au VIH (Tableau 33).

Tableau 33 : Calendrier de vaccination des enfants

Enfant					Adolescents (filles et Garçons)						
Contact	Age	Vaccins	Voie d'administration	Maladies évitables	Contact	Age	Vaccin	Voie d'administration	Maladies évitables		
	A la naissance	BCG	Intradermique	Tuberculose	Contact unique	9 ans*	Vaccin anti HPV contre les types 6, 11, 16, 18	Intramusculaire	Cancers du col de l'utérus, de l'anus, du pénis, de la gorge. Condylomes ou verrues génitales et autres infections associées		
		VPO-0	Orale	Poliomyélite							
		HepB-DN	Intramusculaire	Hépatite virale B							
	6 semaines (1mois et demi)	DTC-HépB-Hib-1 (Penta)	Intramusculaire	Diphthérie, Tétanos, Coqueluche, hépatite virale B, infections à Haemophilus influenzae type b	Femme enceinte non vaccinée dans l'enfance						
		VPO-1	Orale	Poliomyélite	Doses	Période d'administration	Durée de protection				
		Pneumo 13-1	Intramusculaire	Les infections à Pneumocoque	Td1	Au premier contact ou dès que possible pendant la grossesse	Aucune				
		ROTA-1	Orale	Diarrhées à Rotavirus	Td2	Au moins 4 semaines après le Td1	1 à 3 ans				
	10 semaines (2mois et demi)	Vit A FPP	Orale	Carence en vitamine A	Td3	Au moins 6 mois après Td2 ou pendant la grossesse survenue après Td2	Au moins 5 ans				
		DTC-HépB-Hib-2	Intramusculaire	Diphthérie, Tétanos, Coqueluche, hépatite virale B, les infections à Haemophilus influenzae de type b	Td4	Au moins 1 an après Td3 ou pendant la grossesse survenue après Td3	Au moins 10 ans				
		VPO-2	Orale	Poliomyélite	Td5	Au moins 1 an après Td4 ou pendant la grossesse survenue après Td4	Toute la vie féconde voire au-delà				
		Pneumo13-2	Intramusculaire	Les infections à Pneumocoque	Femme enceinte vaccinée dans l'enfance						
	14 semaines (3mois et demi)	ROTA-2	Orale	Diarrhées à Rotavirus	Doses	Période d'administration	Voie d'administration	Durée de protection			
		TPIn - 1	Orale	Paludisme	Td1	Au premier contact ou dès que possible pendant la grossesse	Intramusculaire	Aucune			
		DTC-HépB-Hib-3	Intramusculaire	Diphthérie, Tétanos, Coqueluche, hépatite virale B, les infections à Haemophilus influenzae de type b	Td2	Au moins 4 semaines après le Td1		1 à 3 ans			
		VPO-3	Orale	Poliomyélite	Td3	Au moins 6 mois après Td2 ou pendant la grossesse survenue après Td2		Toute la vie féconde voire au-delà			
		VPI-1	Intramusculaire	Poliomyélite	Le Covid-19						
Pneumo13-3	Intramusculaire	Les infections à Pneumocoque	Age	Vaccin initial	Vaccination initiale/vaccination complète	Dose de rappel (administrée après schéma vaccinal complet)	Vaccin de rappel (Choisir UN de ces vaccins le cas échéant)	Voie d'administration	Évitables		
	A 6 mois	ROTA-3	Orale	Diarrhées à Rotavirus	Dès 18 ans	Pfizer	2 doses de 21 jours d'intervalle	1 dose 6 mois après la 2e dose	Pfizer	Intramusculaire	Infections à Covid-19
		TPIn - 2	Orale	Paludisme							
		Vitamine A	Orale	Carence en vitamine A		Johnson & Johnson ou Pfizer	6 mois après la dose unique	Johnson & Johnson ou Pfizer	Intramusculaire	Infections à Covid-19	
		TPIn - 3	Orale	Paludisme							
		RR-1	Sous-cutanée	Rougeole- Rubéole		Organisation mondiale de la Santé					
		VAA	Sous-cutanée	Fièvre jaune		Gavi					
		TPIn - 4/MILDA	Orale	Paludisme		unicef					
Vit A	Orale	Carence en vitamine A	CLINTON FOUNDATION								
VPI-2	Intramusculaire	Poliomyélite	for every child								
	A 9 mois	Mebendazole	Orale	Parasitose intestinale	Le Covid-19						
		RR-2	Sous-cutanée	Rougeole- Rubéole	Age	Vaccin initial	Vaccination initiale/vaccination complète	Dose de rappel (administrée après schéma vaccinal complet)	Vaccin de rappel (Choisir UN de ces vaccins le cas échéant)	Voie d'administration	Évitables
		Men A/ACYW135	Intramusculaire	Méningites et autres infections sévères à méningocoques	Dès 18 ans	Johnson & Johnson	Dose unique*	6 mois après la dose unique	Johnson & Johnson ou Pfizer	Intramusculaire	Infections à Covid-19
TPi-5	Orale	Paludisme									

* DN : dose à la naissance

«C'est efficace et gratuit»



Différences vaccinales chez l'enfant exposé ou infecté par le VIH

- Vacciner contre la rougeole à 6 9 mois et 15 mois ;
- Faire le vaccin de Calmette et Guérin (BCG) à la naissance sauf en cas de signe manifeste d'une infection à VIH sévère ;
- Concernant les vaccins vivants (ex : fièvre jaune, rougeole, BCG) : contre-indication en cas d'immunosuppression majeure (maladie avancée).

Les enfants exposés au VIH, les nourrissons et les enfants infectés par le VIH devraient recevoir tous les vaccins de routine recommandés selon le calendrier national de vaccination, sauf lorsqu'il sont fortement immunodéprimés. Les nourrissons exposés doivent recevoir une dose supplémentaire de vaccin anti-rougeoleux à 6 mois

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

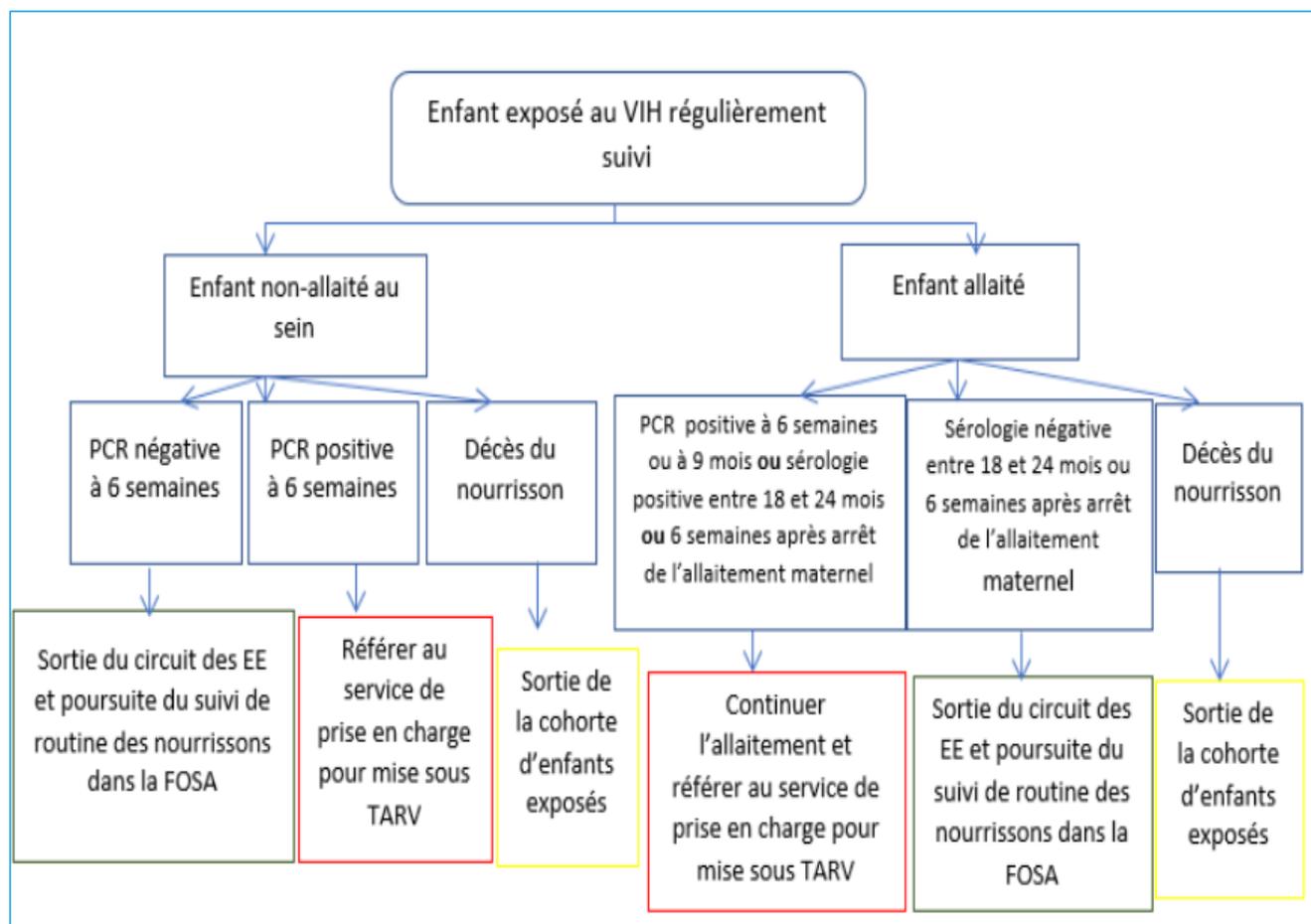


Figure 6 : Modalités de sortie du programme de suivi des enfants exposés

- 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](#).

CHAPITRE 4 : PRISE EN CHARGE DES ENFANTS ET ADOLESCENTS INFECTES PAR LE VIH

I. PRINCIPALES INTERVENTIONS CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

❖ Prévention

En Communauté et dans les Formations sanitaires

Qui sont concernés	Quelles sont les interventions
Enfants exposés au VIH	<ul style="list-style-type: none"> Allaitement maternel exclusif et protégé ou Alimentation artificielle exclusif Vaccination à la naissance selon le PEV : HBV, Polio 0, BCG Vaccination de la rougeole à 6 mois puis 9 mois Suivi de la croissance Prophylaxie postnatale du VIH
<ul style="list-style-type: none"> Adolescents & jeunes non infectés par le VIH Adolescents & jeunes victimes des VBG Adolescents & jeunes 15-24 ans) infectés par le VIH Parents tuteurs 	<ul style="list-style-type: none"> Promotion de l'utilisation correcte du préservatif Changement social et comportemental, Sensibilisation, dépistage et PEC des VBG Prophylaxie préexposition pour les HSH, TS, des adolescents sexuellement actifs ou émancipés Prophylaxie Post-Exposition, Santé sexuelle et reproductive Réduction du risque chez les UDI et UD : traitement de substitution aux opiacés, prise en charge des excès de dose, Vaccin contre le HPV chez les filles PF

❖ Identification

En Communauté et dans les Formations sanitaires

Qui sont concernés	Quelles sont les interventions
Enfants exposés (nés des mères séropositives au VIH)	<ul style="list-style-type: none"> Dépistage ciblé du VIH initié par le prestataire de soins au niveau des portes d'entrée selon la pyramide sanitaire ; Dépistage du cas index ; Dépistage familial ; Évaluation de l'état nutritionnel ; Lien vers les services de prévention/prise en charge ; Annonce du statut sérologique
<ul style="list-style-type: none"> Adolescents & jeunes non infectés par le VIH Adolescents & jeunes victimes des VBG Adolescents & jeunes 15-24 ans) infectés par le VIH Parents tuteurs 	<ul style="list-style-type: none"> Dépistage initié par les clients-parents et/ ou par le prestataire de soins Dépistage communautaire, Auto-dépistage à partir de 18 ans Dépistage à travers la stratégie des réseaux sociaux (promotion du dépistage à travers certains groupes sociaux) Dépistage à partir du cas index Lien vers le service de prévention ou vers le service de prise en charge

❖ Prise en charge clinique

En Communauté et dans les Formations sanitaires

Qui sont concernés	Quelles sont les interventions
<ul style="list-style-type: none"> • Enfants, adolescents infectés par le VIH • Parents ou Tuteurs 	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation de l'état nutritionnel, Évaluation clinique (classification OMS) ; • Recherche de la Tuberculose et des autres comorbidités ; • Initiation du Traitement ARV ; • Éducation thérapeutique, Counseling d'aide à l'observance ; • Soutien psychosocial ; • Alimentation du nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE) ; • Évaluation de la Santé mentale, Annonce du statut sérologique
<ul style="list-style-type: none"> • Adolescents & jeunes non infectés par le VIH • Adolescents & jeunes victimes des VBG • Adolescents & jeunes 15-24 ans) infectés par le VIH • Parents tuteurs 	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation clinique selon les directives nationales • Recherche de la Tuberculose et des autres comorbidités • Préparation au traitement ARV ou Éducation thérapeutique • Initiation du Traitement ARV • Aide à l'observance, Soutien psychosocial • Screening et PEC de la Santé mentale • Prévention : CTX, INH • Santé sexuelle et reproductive • Soins anaux pour les populations clés • Accompagnement par les pairs spécifiques

❖ Prise en charge du VIH des enfants et Adolescents infectés par le VIH au stade avancé de la maladie

En Communauté et dans les Formations sanitaires

Qui sont concernés	Quelles sont les interventions
<ul style="list-style-type: none"> • Enfants & adolescents infectés par le VIH âgés de <5 ans • Adolescents et Enfants âgés de ≥ 5 ans, 	<ul style="list-style-type: none"> • Faire les CD4 ; • Dépistage des IO : TB (LF-LAM, GenExpert), Cryptocoque (Ag) et malnutrition aiguë (Courbes de croissance OMS) ; • Traitement précoce des comorbidités : Tuberculose, pneumonie sévère, malnutrition aiguë, cryptococcose méningée, infections bactériennes sévères ; • Optimisation du TARV ; • Support pour adhérence : visites à domicile ; • Prévention : Prophylaxie au CTX, INH, Fluconazole, Vaccination selon le besoin spécifique ; • Accompagnement par les pairs ou ado jeune champion ; • Santé sexuelle et reproductive

❖ Suivi des enfants et des Adolescents infectés par le VIH sous TARV

En Communauté et dans les Formations sanitaires

Qui sont concernées	Quelles sont les interventions ?
<ul style="list-style-type: none"> • Enfants & Adolescents infectés par le VIH • Parents ou tuteurs 	<ul style="list-style-type: none"> • Optimisation du régime de traitement ARV • Suivi clinique (croissance, vaccination) • Suivi nutritionnel : évaluation et éducation nutritionnels • Prise en charge des comorbidités • Suivi de l'observance • Suivi biologique de la réponse au TARV : CV tous les 6mois. -Pharmacovigilance • Gestion de l'échec thérapeutique : Surveillance de la résistance aux ARV(tests de résistance en cas d'éligibilité) - • Évaluation et prise en charge de la Santé mentale • Santé sexuelle et reproductive • Prise en charge psychosociale (APS), • Accompagnement par les pairs ou ado jeune champion • Transition du service des adolescents vers le service des adultes

❖ Création d'un environnement favorable des enfants et Adolescents Infectés par le VIH

En communauté dans les Formations sanitaires et les ONG

Qui sont concernées	Quelles sont les interventions
<ul style="list-style-type: none"> • Enfants exposés au VIH- Enfants infectés par le VIH • Parents ou tuteurs 	<ul style="list-style-type: none"> • Création des espaces conviviaux appropriés pour enfants • Assurer la disponibilité des intrants • Lutter contre la discrimination et la stigmatisation • Évaluer les besoins de l'enfant en vue de l'amélioration la qualité de la prise en charge • Établir le lien bidirectionnel entre les services sociaux et la communauté • Support scolaire • Protection juridique
<ul style="list-style-type: none"> • Adolescents & jeunes non infectés par le VIH • Adolescents & jeunes victimes des VBG • Adolescents & jeunes (15-24 ans) infectés par le VIH • Parents tuteurs 	<ul style="list-style-type: none"> • Création des espaces appropriés conviviaux pour Adolescents et jeunes spécifiques • assurer la disponibilité des intrants • Lutter contre la discrimination et la stigmatisation • Évaluer les besoins des adolescents et jeunes en vue de l'amélioration la qualité de la prise en charge • Établir le lien bidirectionnel entre les services sociaux et la communauté • Support des activités génératrices de revenus pour Ado et jeunes déscolarisés • Protection juridique • Aménagement des espaces conviviaux avec les outils de communication, d'information et d'éducation • Levée les obstacles à l'accès aux services et soins de qualité VIH

La Prise en charge du VIH des Adolescents et des jeunes spécifiques infectés par le VIH au stade avancé de la maladie et le suivi sous TARV se font de la même manière que chez les adolescents

II. HISTOIRE NATURELLE DE L'INFECTION À VIH/SIDA DE L'ENFANT.

La TME est le grand pourvoyeur de l'infection à VIH chez l'enfant. Plus de 90% des enfants acquièrent le virus par voie périnatale. Il existe plusieurs modes de transmission du VIH aux enfants :

- La transmission verticale VIH (de la mère à l'enfant)
- La transmission par voie sexuelle chez l'adolescent ou lors des abus sexuels,
- La transmission par voie sanguine (transfusion de sang ou de produits sanguins contaminés, absence d'asepsie lors des injections et la scarification)

1. UNICEF. HIV Statistics - Global and Regional UNICEF DATA, 2023

Évolution clinique de l'infection

L'histoire naturelle décrit l'évolution spontanée de la maladie en l'absence de traitement. Chez l'enfant, la maladie progresse rapidement à cause de son système immunitaire immature et moins efficace que celui de l'adulte. Le taux de mortalité observé est plus élevé chez les enfants infectés par le VIH en Afrique à cause de la fréquence des infections intercurrentes, de la malnutrition, de l'absence de diagnostic de certitude, du retard d'identification des enfants, ou de l'accès insuffisant aux soins de santé primaires de base liés au VIH et au TARV. En l'absence de la prévention de la transmission verticale, la majorité des enfants infectés par le VIH développent les symptômes liés au VIH dès l'âge de six mois et, la maladie progresse rapidement vers la mort chez 53% des enfants au cours des 2 premières années de vie et 75% à 5 ans de vie.

Tableau 34 : Taux de mortalité chez les enfants infectés par le VIH non traités

Âges	Taux de mortalité chez les enfants infectés par le VIH non traités
À 1 an de vie	34%
A 2 ans de vie	53%
A 5 ans de vie	66-75%
A 10 ans de vie	85%

Marie-Louise Newell and al, HIV Lancet 2004; 364: 1236–43

Formes évolutives

Il existe 2 formes évolutives de l'infection à VIH pédiatrique :

Forme rapidement évolutive : progressseurs rapides

La contamination a lieu en début de grossesse avant la mise en place du système immunitaire du bébé dont l'infection à VIH entrave la maturation ultérieure dans sa faible capacité du système immunitaire à contrôler la réplication virale. Forme à mauvais pronostic, rapidement progressive et caractérisée par une mortalité précoce dans la première année de vie en l'absence de traitement avec présence fréquente d'une encéphalopathie spastique.

La Forme lentement évolutive : progressseurs lents

La contamination se fait plus tardivement, en période périnatale ou durant l'allaitement. L'évolution est comparable à l'adulte, forme la plus fréquente dont les premiers symptômes se manifestent chez les enfants vers l'âge de 8 ans.

III. DIAGNOSTIC DU VIH CHEZ L'ENFANT ET LES ADOLESCENTS

Les tests utilisés pour le diagnostic de l'infection par le VIH varient en fonction de l'âge des enfants. Le dépistage des nourrissons âgés de moins de 18 mois : diagnostic précoce du VIH chez l'enfant exposé (voir chapitre PTME).

- Le prestataire doit acquiescer l'assentiment de l'adolescent et le consentement éclairé du parent ou tuteur légal.
 - L'adolescent doit bénéficier d'un conseil prétest à travers les outils et supports de communication adaptés à l'âge ;
 - L'adolescent peut bénéficier directement du test de dépistage du VIH, s'il est sexuellement actif ou émancipé (chef de famille, marié).
- si le test est négatif, le conseil post-test permet de passer des messages préventifs fondamentaux à cet âge,
- si le test est positif, la prise en charge précoce peut commencer.

Le dépistage doit se faire au sein des espaces conviviaux dans les FOSA ou en communauté. Attention chez l'adolescent mineur : le rendu du résultat doit se faire préférentiellement en présence d'un adulte. Si l'adolescent ne souhaite pas informer ses parents, lui demander de venir avec une personne adulte de son choix (anticiper ce choix lors du pré-test)

IV. ÉVALUATION CLINIQUE ET BIOLOGIQUE INITIALE

IV.1. Première consultation médicale

Il est nécessaire d'instaurer une relation de confiance avec l'enfant, ses parents et l'équipe médicale ;

Consultation en deux temps (sauf chez le nourrisson et le très jeune enfant)

IV.1.1. Avec le parent/tuteur seul,

Elle permet de :

- Déterminer si l'enfant est orphelin (ou pas), et s'il en est informé ;
- Connaître les explications que le patient a reçues sur sa maladie ;
- Savoir si la personne qui s'occupe de l'enfant est elle-même infectée par le VIH ;
- Poser des questions qui peuvent être délicates en présence de l'enfant ;
- S'accorder sur le discours qui sera tenu à l'enfant.

IV.1.2. Avec l'enfant et son parent/tuteur

- Ouverture du dossier médical (vérifier que l'adresse et le téléphone de l'adulte ont été renseignés ; prendre le contact de deux personnes référentes) ;
- Interrogatoire :

- antécédents de prévention de la transmission verticale,
- principaux antécédents médicaux (tuberculose, malnutrition, hospitalisations) ;
- Examen clinique complet de l'enfant, incluant le poids et la taille ;
- Prescription des examens complémentaires si nécessaire et du Cotrimoxazole (CTX) ;
- Explications claires sur la synthèse de la consultation et les étapes suivantes (prochain rendez-vous, orientation vers l'éducation thérapeutique (ETP), pharmacie, conseiller, etc).

IV.2. Evaluation clinique des différents besoins de l'enfant et l'adolescent

- Évaluer les besoins psychosociaux et discuter des possibilités d'une prise en charge appropriée (counseling, éducation pré-thérapeutique, etc.) avec l'enfant/adolescent ou bien le parent ou tuteur
- Considérer les facteurs qui peuvent influencer la rétention sous TARV :
 - Où est-ce que l'enfant et l'adolescent résident ?
 - Quels sont les membres de sa famille ? Quels sont ceux qui vivent avec lui ?
 - Qui est informé du diagnostic de l'enfant ou de l'adolescent ?
 - Quelle est l'attitude des membres de la famille par rapport à la maladie et au traitement ?
 - Qui est responsable d'administrer le traitement à l'enfant, ou l'adolescent ?
 - Où est-ce que les médicaments seront conservés ?
- Discuter des éventuels effets secondaires et de la conduite à tenir en cas de survenue de ceux-ci
- Fournir des conseils sur l'éducation sexuelle et reproductive chez les adolescents
- Ouvrir un dossier médical standard et attribuer au patient une identification unique (code TARV respectant les directives nationales) ;
- Évaluer l'état clinique de l'enfant et adolescent et renseigner les informations clés dans le dossier médical patient lors de la première visite. Il s'agit :
 - ✓ Des informations sociodémographiques de l'enfant et de l'adolescent (conformément au dossier médical) ;
 - ✓ ATCD
 - ✓ Des mesures anthropométriques : Taille, Poids, IMC, Périmètre crânien et brachial (enfants de moins de 5 ans) et usage pour l'évaluation de l'état nutritionnel
 - ✓ Des Signes vitaux : Température, TA, Fréquence cardiaque, Fréquence respiratoire, Pouls ;
 - ✓ De l'évaluation de l'état vaccinal ;
 - ✓ De l'examen clinique complet y compris screening TB ;
 - ✓ L'évaluation et de la santé mentale et de la consommation de drogues ;
 - ✓ Déterminer le stade clinique de l'infection d'après l'OMS.

IV.3. Classification immunologique et clinique de l'enfant et l'adolescent infecté par le VIH selon le stade OMS

L'examen clinique et biologique doivent permettre au prestataire de classer le patient selon les 4 stades cliniques de l'OMS afin d'orienter la prise en charge dans le cadre de l'approche « soins différenciés ».

Tableau 35 : Classification clinique du VIH/sida pédiatrique (Organisation mondiale de la santé, 2007)

<p>Stade 1</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Asymptomatique ◆ Lymphoadénopathie persistante généralisée (adénopathies > 1 cm persistantes dans au moins deux sites) ◆ Aanatomiques (à l'exclusion des adénopathies inguinales) ◆ Infections ORL récurrentes ou chroniques (otite moyenne, otorrhée, sinusite, angine) (épisode actuel et au moins un autre épisode dans les 6 derniers mois) 	<p>Stade 2</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Hépto-splénomégalie ● Prurigo ● Infections fongiques unguéales ● Chéilite des commissures ● Érythème linéaire gingival ● <i>Molluscum contagiosum</i> extensif ● Infection diffuse à papillomavirus ● Ulcérations orales récurrentes (épisode actuel et au moins un autre épisode dans les 6 derniers mois) ● Hypertrophie parotidienne bilatérale inexpliquée ● Zona ● Infections ORL récurrentes ou chroniques (otite moyenne, otorrhée, sinusite, angine) (épisode actuel et au moins un autre épisode dans les 6 derniers mois)
<p>Stade 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Malnutrition modérée (jusqu'à - 2 DS) inexpliquée ou ne répondant pas à une prise en charge standard ● Diarrhée persistante inexpliquée (14 jours ou plus) ● Fièvre persistante inexpliquée (supérieure à 37,5 °C, intermittente ou constante, d'une durée supérieure à 1 mois) ● Candidose orale persistante (après l'âge de 6-8 semaines) ● Leucoplasie orale chevelue ● Gingivite ou périodontite aiguë ulcéronécrosante ● Tuberculose pulmonaire ou ganglionnaire ● Pneumopathies d'allure bactérienne sévères récurrentes (épisode actuel et au moins un autre épisode dans les 6 derniers mois) ● Symptômes/pathologies pour lesquels un test de confirmation est nécessaire ● Pneumopathie interstitielle lymphoïde symptomatique ● Pathologie pulmonaire chronique associée au VIH, incluant les dilatations des bronches 	<p>Stade 4</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Malnutrition sévère (≥ - 3 DS)/cachexie inexpliquée ou ne répondant pas à une prise en charge standard ■ Pneumocystose ■ Infections sévères récurrentes présumées bactériennes (telles qu'empyème, pyomyosite, infection ostéo-articulaire ou méningite, à l'exclusion des pneumopathies) (épisode actuel et au moins un autre épisode dans les 6 derniers mois) ■ Infections herpétiques chroniques (cutanée ou orolabiale durant plus d'un mois, ou viscérale) ■ Candidose œsophagienne, trachéale, bronchique ou pulmonaire ■ Tuberculose extra-pulmonaire ■ Sarcome de Kaposi ■ Infection à CMV (rétinite ou atteinte d'un autre organe après l'âge de 1 mois) ■ Toxoplasmose du système nerveux central (après l'âge de 1 mois) ■ Cryptococcose extra-pulmonaire (incluant les méningites) ■ Encéphalopathie à VIH ■ Symptômes/pathologies pour lesquels un test de confirmation est nécessaire ■ Infection fongique endémique disséminée (coccidioïdomycose, histoplasmosse) ■ Infection disséminée à mycobactérie atypique ■ Cryptosporidiose chronique (avec diarrhée) ■ Isosporose chronique ■ Lymphome cérébral ou lymphome B non hodgkinien ■ Leucoencéphalopathie multifocale progressive ■ Cardiomyopathie ou néphropathie liée au VIH

Anémie (< 8 g/dl), neutropénie (< 500/mm³) et/ou thrombopénie chronique (< 50 000/mm³) inexpliquées	
---	--

NB. Proposer le dosage des CD4 pour tout patient nouvellement diagnostiqué VIH+ y compris les enfants.

V. CLASSES D'ANTIRÉTROVIRAUX

Au Cameroun, on dispose de 4 classes d'ARV. Chaque classe d'ARV agit en bloquant une étape du cycle de réplication du virus, les différentes classes disponibles au Cameroun sont représentées dans le tableau suivant :

Tableau 36 : ARV et classes thérapeutiques

N°	Classes thérapeutiques	Mécanisme d'action	Exemple de molécules
1	Inhibiteurs nucléosidiques et nucléotidiques de la Transcriptase inverse (INTI)	Empêchent formation de l'ADN viral à partir de l'ARN viral (Inhibition de la TI) Actifs sur VIH-1 et VIH-2 VHB : 3TC, FTC et TDF	ABC (Abacavir) AZT (Zidovudine) 3 TC (Lamivudine) FTC (Emtricitabine) TDF (Ténofovir)
2	Inhibiteurs non nucléosidiques de la TI (INNTI)	Empêchent formation de l'ADN viral à partir de l'ARN viral (Inhibition de la TI) INACTIFS sur VIH-2	EFV (Efavirenz)
3	Inhibiteurs de la protéase (IP)	Inhibe Protéase Actifs sur VIH-1 et VIH-2	ATV (Atazanavir) LPV/r (Lopinavir/Ritonavir) DRV (Darunavir) R (Ritonavir)
4	Inhibiteurs d'intégrase (IN)	Inhibent Intégrase du VIH Actifs sur VIH-1 & VIH-2	DTG (Dolutégravir) RAL (Raltégravir)

VI. INITIATION AU TRAITEMENT ARV

Les objectifs du traitement antirétroviral sont :

- Supprimer durablement la charge virale ;
- Restaurer et maintenir la fonction immunitaire (taux de CD4) ;
- Favoriser la bonne croissance et un développement harmonieux chez les enfants et les adolescents ;
- Prévenir les complications
- Réduire la mortalité liée au VIH ;
- Améliorer un confort de vie.

Le traitement doit être puissant, facile à prendre et mieux toléré afin de minimiser le risque de sélection des souches résistantes. L'utilisation des schémas thérapeutiques simplifiés, moins toxiques et plus pratiques sous forme d'associations à dose fixe est recommandée pour les TARV de première intention.

Le choix du traitement doit tenir compte de l'âge, des antécédents, de l'existence des comorbidités, des interactions médicamenteuses éventuelles. Il doit être adapté au type de virus (VIH-1, VIH-2 et le groupe O).

VI.1. Initiation du TARV chez l'enfant et l'adolescent

Où et qui peut initier le TARV ?

OÙ : formations sanitaires **PAR QUI** : seuls les professionnels de santé formés à la prise en charge du VIH sont habilités à initier le TARV

Chez qui initier un traitement ARV ?

- Un traitement ARV doit être initié chez tout patient infecté par le VIH, quel que soit son état clinique.
- Dans le cadre du « TEST AND TREAT », aucun examen complémentaire n'est exigé avant la mise sous traitement ARV.

• Protocoles à base de Dolutégravir (DTG) sont recommandés comme protocoles préférentiels de première ligne de traitement ARV pour tout enfant ou adolescent infecté par le VIH.

• Enfants doivent être initiés sous ABC/3TC+DTG

• Éléments de surveillance des protocoles à base de Dolutégravir: poids, glycémie, pression artérielle

Comment initier un traitement ARV ?

Le parent et l'enfant doivent être « préparés » avant le début du traitement afin qu'ils :

- Comprennent l'intérêt et les enjeux du traitement ;
- Connaissent les principes de l'administration et de la prise du traitement ARV ;
- Rendent compte en cas de difficultés ou d'effets secondaires ;
- Être formé à l'administration des traitements s'il est la personne chargée des soins de l'enfant en particulier si l'adulte concerné n'est pas séropositif ;
- Requérir l'avis de l'enfant/adolescent ou parent/tuteur et répondre à leurs préoccupations.

Quelles sont les étapes de l'initiation au TARV ?

- Identifier le protocole de première ligne optimisé en fonction de l'âge et du poids ;
- Choisir la formulation correcte ;
- Prescrire la bonne dose ;
- S'accorder sur le moment de la prise des ARV.

Pour s'assurer que les adolescents atteignent les objectifs du TAR, il faudra mettre en place des services de santé adaptés aux adolescents (service amis des adolescents), former les prestataires de manière appropriée et mettre l'accent sur le soutien à l'annonce, à l'observance et à la rétention dans les soins en fonction de l'âge, y compris le soutien par les pairs.

Les protocoles ARV optimisés de 1^{re} ligne chez l'enfant et l'adolescent en fonction de l'âge et du poids sont contenus dans les tableaux suivants :

Tableau 37 : Protocole de première ligne chez le nouveau-né, l'enfant et l'adolescent

Poids	Régimes préférentiels du TARV	Dosage	
≥6 kg-24, 9 kg	ABC/3 TC/DTG**	ABC/3 TC/DTG (comprimé 60 mg/30 mg/5 mg)	
≥3kg-5, 9 kg	ABC/3 TC +DTG*	ABC/3 TC (120 mg/60 mg) comprimé dispersible	DTG (comprimé à 10 mg)
24-29.9 kg	ABC/3 TC + DTG		DTG (comprimé à 50 mg)
≥ 30 kg	TDF/3 TC/DTG	TDF/3 TC/DTG (comprimé 300 mg/300 mg/50 mg)	

ABC (Abacavir), AZT (Zidovudine) contre-indiqué en cas d'anémie, 3 TC (Lamivudine),

TDF (Ténofovir, TDF après 10 ans ou > 30 kg nécessite une surveillance régulière tous les 6 mois de la fonction rénale par la bandelette urinaire et créatinine,

EFV (Efavirenz) est contre-indiqué en cas d'antécédent psychiatrique ou si enfant < 10 ans,

DTG ** (Dolutégravir 50 mg), DTG* (Dolutégravir 10 mg),).

Tableau 38 : Posologies des protocoles par tranche de poids chez les enfants

NOM GÉNÉRIQUE	PRÉSENTATION	NOMBRE DE COMPRIMÉS PAR TRANCHES DE POIDS (kg)												
		3 – 5,9		6 – 9,9		10 – 14		14 – 19,9		20 – 24,9		25 – 34,5		
		M	S	M	S	M	S	M	S	M	S	M	S	
Abacavir/Lamivudine (ABC/3 TC)	120/60 mg cp (Dispersible)	0,5	0,5	0,5	1	1	1	1	1,5	1,5	-	-	-	-
	600/300 mg cp	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,5	0,5	-	-
Zidovudine/Lamivudine (AZT/3 TC)	60/30 mg cp (Dispersible)	1	1	1,5	1,5	2	2	2,5	2,5	3	3	-	-	-
	300/150 mg cp	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-
Tenofovir/Lamivudine/Dolutégravir (TLD)	300/300/50 mg cp	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
pALD ABC/3 TC/DTG	60/30/5 mg cp	-	-	3	-	4	-	5	-	6	-	-	-	-
Abacalam/Lamivudine/Dolutégravir (ABC/3 TC/DTG)	60 mg/30 mg/5 mg	-	-	1,5	1,5	2	2	2,5	2,5	-	-	-	-	-
Nevirapine (NVP)*	50 mg/5 ml sirop	5 ml	5 ml	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	50 mg cp (Dispersible)	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Efavirenz (EFV)	200 mg cp	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,5	-	2	-
Lopinavir/ritonavir (LPV/r)	100/25 mg cp	-	-	-	-	2	1	-	-	-	-	-	-	-
Lopinavir/ritonavir (LPV/r)	200/50 mg cp	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	1,5	1,5	-
Atazanavir (ATV)	200 mg	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	1,5	-
Dolutégravir (DTG)	10 mg cp	0,5		1,5		2		2,5		-	-	-	-	-
	50 mg cp	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-

**Névirapine (NVP) est uniquement réservée aux enfants exposés au VIH*

VI.2. Préparation du TARV pour les enfants et adolescents

La préparation des enfants et des adolescents au TARV doit être adaptée à l'âge, à ses besoins spécifiques et à son état clinique.

- Vérification de la positivité du test chez l'enfant ou Adolescent nouvellement testé selon l'algorithme national du dépistage du VIH, au cas échéant effectuer un nouveau test de dépistage du VIH suivant les directives nationales.
- Traitement ARV doit être débuté le plus tôt possible (au mieux dans un délai de 7 jours), chez tout enfant ou adolescent infecté par le VIH quel que soit, son stade clinique.
- Bilan biologique n'est pas une condition préalable à l'initiation du TARV et ne devrait pas retarder sa mise en route.
- Intervention d'éducation thérapeutique, de soutien à l'observance du TARV, d'accompagnement par la paire éducation, d'éducation sexuelle et d'évaluation de la santé mentale de chez l'enfant ou Adolescent infecté par le VIH doivent être fournies.
- Soutien approprié doit être apporté à l'enfant ou Adolescent confronté à des problèmes de santé mentale, de toxicomanie ou à d'autres obstacles potentiels à l'initiation ou à l'observance du TARV.
- Numération des CD4 doit être effectuée au début du TARV chez tout enfant ou Adolescent suspect d'une infection à VIH avancée (stade III&IV OMS)

L'éducation pre-therapeutique

L'éducation pre-therapeutique est indispensable pour favoriser l'acceptation et l'adhésion au traitement ARV en parfaite connaissance du diagnostic par le parent ou le tuteur et l'enfant (selon son âge).

Elle doit être assurée par tout prestataire : clinicien en collaboration avec l'agent de soutien psychosocial ou éducateur, accompagnateur implique dans le circuit de soin du patient.

L'éducation pre-therapeutique doit s'articuler autour des éléments suivants :

- Expliquer clairement le but du traitement antirétroviral et pourquoi celui-ci doit débuter au plus tôt et devra être poursuivi à vie ;
- Expliquer les modalités du traitement (médicaments à prendre, posologie, fréquence des prises, comment mesurer les quantités à administrer, voie d'administration, effets secondaires possibles, etc.), le suivi, l'observance (Voir chapitre ETP)

Il est nécessaire d'expliquer aux parents/tuteurs le bénéfice de cette implication pour eux, pour l'enfant, pour le reste de la cellule familiale (traitement à vie, facilitation du choix du mode d'alimentation, dépistage et prise en charge du reste de la famille).

Analyse des examens complémentaires éventuels

NB : Aucun examen complémentaire n'est exigé pour l'initiation du traitement ARV

Si l'enfant a bénéficié d'un bilan biologique depuis la dernière consultation :

- Prendre connaissance des résultats et les expliquer au parent et à l'adolescent ;
- Les noter dans la fiche de synthèse des examens complémentaires.

VI.3. Initiation du TARV en cas de coïnfection

En cas de coïnfection, les délais d'initiation des ARV doivent être envisagés tels que décrits ci-dessous, les signes évocateurs suivants doivent orienter vers les actions suivantes :

- La nécessité de traiter toute IO ou toute autre pathologie évolutive s'impose avant d'initier un traitement ARV dans certains cas de TB afin de limiter l'apparition d'un syndrome inflammatoire de reconstitution immunitaire (IRIS).
- En cas de coïnfection TB/VIH, au moment du diagnostic le traitement ARV doit être initié dans les deux semaines suivant le début d'un traitement antituberculeux, quel que soit le taux de CD4
- L'initiation au TARV doit être retardée d'au moins 04 semaines (et initié dans les 08 semaines) après le début du traitement de la tuberculose méningée. Les corticostéroïdes doivent être considérés comme un adjuvant au traitement de la méningite tuberculeuse.
- L'initiation immédiate des ARV n'est pas recommandée pour les adultes, les adolescents vivant avec le VIH qui ont une méningite à cryptocoque à cause du risque élevé de mortalité et doit être différé de 4-6 semaines de l'initiation du traitement antifongique.

VII. SUIVI DE L'ENFANT ET L'ADOLESCENT INFECTÉ PAR LE VIH SOUS TARV

VII.1. Organisation du suivi de l'enfant et adolescent

Le suivi de l'enfant et de l'adolescent doit être systématique, planifié, régulier. Il ne faut pas se contenter de consulter l'enfant uniquement lorsqu'il est malade. Il est nécessaire d'avoir la fiche de suivi longitudinale qui va servir tout au long du suivi.

VII.1.1. Suivi clinique

a) Fréquence

Le suivi clinique doit être mensuel les six premiers mois qui suivent la mise sous traitement ARV puis **trimestriel** chez tous enfants et adolescents stables sous traitement ARV.

b) Objectifs

- Suivre la croissance et adapter les posologies des ARV ;
- Dépister précocement un échec thérapeutique (clinique, immunologique et virologique) ;
- Prévenir l'inobservance par l'ETP, le processus d'annonce, le suivi psychologique ;
- Établir une relation de confiance avec l'enfant qui facilitera la relation soignant-enfant lors de l'adolescence.

c) Détail de la consultation pédiatrique type d'un enfant infecté par le VIH

Interrogatoire : on notera en particulier :

- Si l'adulte référent va bien, s'il a toujours le temps de s'occuper de l'enfant ;
- Si la personne qui s'occupe de l'enfant a changé : est-elle formée à l'administration des traitements (sait-elle pourquoi il faut les donner) ;
- Si l'enfant a présenté des pathologies notables, même si le problème est résolu le jour de la consultation ;

- Si l'enfant mange bien, dort bien, réussit bien à l'école, n'a pas changé de comportement récemment ;
- Les symptômes ou plaintes le jour de la consultation :
- Lors des consultations planifiées/programmées, l'enfant est rarement malade, mais peut présenter une pathologie intercurrente ;
- L'enfant a-t-il eu un contact avec un patient TB : Question à poser systématiquement pour déterminer s'il faut rechercher une TB active ou proposer un traitement préventif par l'isoniazide (INH).
- Pour un adolescent, on le recevra dans un premier temps avec ses parents et dans un deuxième on fera l'examen physique en en l'absence de ses parents où on profitera de l'occasion pour poser sur la santé sexuelle et reproductive.

Évaluation nutritionnelle (poids/taille/courbe de croissance) :

- La prise des constantes et le tracé des courbes doivent être réalisés à l'enregistrement (triage) par un personnel infirmier formé et présenté au médecin/consultant pour interprétation.

Évaluation psychologique : cette évaluation régulière permet de rapidement identifier et adresser les problèmes psychologiques que peuvent rencontrer ces enfants et adolescents.

Examen clinique complet :

- Faire systématiquement un examen clinique de y compris la sphère ORL

VII.1.2 Suivi biologique

La charge virale est capitale pour suivre l'efficacité du traitement ARV chez l'enfant et l'adolescent et permet de détecter précocement les échecs thérapeutiques. Sa prescription doit être faite 2 fois par an jusqu'à 24 mois pour prévenir les résistances des ARV fréquentes chez l'enfant et l'adolescent.

En cas de mauvaise réponse virologique :

- Un contrôle de CV doit être réalisé 3 mois plus tard, après renforcement de l'observance et adaptation éventuelle des posologies des ARV ;
- Si CV de contrôle demeure non supprimée, le changement thérapeutique doit être réalisé.

Les autres bilans peuvent être faits en cas de nécessité.

VII.1.3 Calendrier du suivi et paquet des prestations pour l'enfant/adolescent sous TARV

- **Calendrier de suivi**
 - Visites mensuelles de suivi les 6 premiers mois du TARV
 - Visites trimestrielles de suivi si CV supprimée.
 - Contrôle CV à 6 mois tous les 6 mois pendant deux ans
 - Contrôle de CD4 en cas de maladie avancée
- **Paquet des prestations à chaque visite de suivi :**
 - Pesée et mensurations
 - Examen clinique et neurologique

- Dépistage de la tuberculose
- Evaluation de la tolérance aux ARV
- Evaluation de l'observance et soutien
- Prescription et dispensation des ARV et du CTX
- Soutien nutritionnel et soutien psychosocial
- Evaluation de la santé mentale
- Evaluation de la santé sexuelle et reproductive pour les adolescents
- Préciser la date du prochain RDV

VII.2. Prise en charge de l'échec thérapeutique

VII.2.1. Définition de l'échec thérapeutique et virologique

L'échec thérapeutique peut-être clinique, immunologique et/ou virologique. La mesure de la charge virale permet de confirmer l'échec thérapeutique (persistance d'une charge virale > 1000 copies/ml après 6 mois de TARV bien conduit).

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'élévation transitoire de la CV : mauvaise observance (arrêt thérapeutique temporaire), infection intercurrente, vaccination, grossesse.

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 ;
- **Suppression virale ou Charge virale supprimée** : CV ≤1000 copies d'ARN/ml,

Échec virologique : CV >1000 copies/ml, traduisant soit une absence d'observance/interruption thérapeutique (surtout pour les virémies ≥6 Log copies d'ARN/ml) ou soit un échec avéré au traitement en cours (après confirmation de cette charge virale sur un deuxième prélèvement consécutif 3 mois d'intervalle après renforcement de l'aide à l'observance).

Le tableau ci-dessous présente les caractéristiques des échecs

Tableau 39 : Définitions cliniques, immunologiques et virologiques de l'échec thérapeutique

Types	Caractéristiques
Échec clinique	Enfants et adolescents : Événement clinique nouveau ou récurrent indiquant une immunodéficience sévère ou avancée après 6 mois de traitement efficace.
Échec immunologique	Adolescents : Numération des CD4 égale ou inférieure à 250 cellules/mm ³ suivant un échec clinique ou persistance d'une numération de CD4 inférieure à 100 cellules/mm ³ . Enfants âgés de moins de 5 ans : Persistance d'une numération de CD4 inférieure à 200 cellules/mm ³ . Âgés de plus de 5 ans : Persistance d'une numération de CD4 inférieure à 100 cellules/mm ³
Échec virologique	Charge virale > 1000 copies/ml déterminée par 2 mesures consécutives à 3 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).

La figure ci-dessous présente l'algorithme d'interprétation de la charge virale

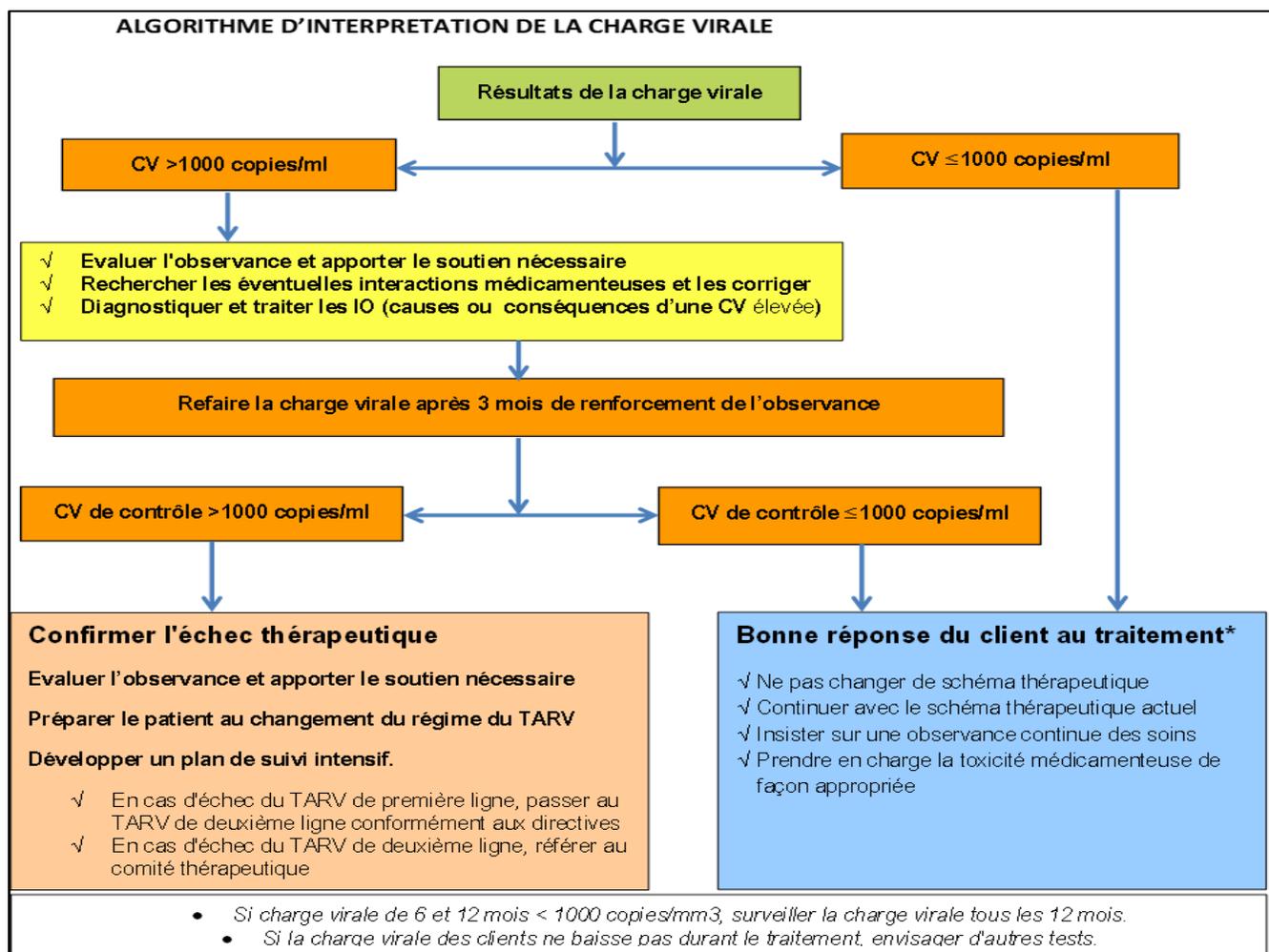


Figure 7 : Algorithme d'interprétation de la charge virale

VII.2.2. Causes de l'échec thérapeutique

Facteurs viraux

- Résistance acquise aux médicaments : les patients peuvent développer des mutations résistantes aux ARV si l'observance maximale ($\geq 95\%$) n'est pas maintenue.
- Résistance transmise aux ARV : les patients peuvent être infectés par un virus résistant aux ARV lors de leur exposition initiale ou être réinfectés par un virus résistant aux médicaments pendant leur thérapie.

Facteurs non viraux

L'échec du traitement du VIH peut survenir lorsque les taux plasmatiques d'ARV n'atteignent pas le niveau thérapeutique qui peut être dû aux :

Facteurs liés à l'hôte :

- Mauvaise observance du TARV;
- Malnutrition;
- Malabsorption des médicaments;
- Choix du schéma thérapeutique initial du TARV, faible puissance ou dosage inapproprié ;

- Interactions médicamenteuses.

VII.2.3. Substitution et switch des ARV

La **substitution** est le remplacement d'un ou deux médicaments ARV d'un régime par un autre médicament de la même classe généralement à cause de:

- Toxicité/réactions indésirables aux médicaments
- Co-morbidité
- Interaction médicamenteuse...

Le « **switch** » est considéré comme le passage d'un protocole de première ligne à un protocole de deuxième ligne ou d'un protocole de deuxième ligne à un protocole de troisième ligne.

a) Protocole de 2^e ligne

Le protocole de seconde ligne consiste à associer deux INTI à un IP boosté (LPV/r ou ATV/r) par le ritonavir chez les enfants, adolescents et adultes.

Le choix de l'INTI pour le traitement de deuxième ligne est déterminé par l'INTI qui a été utilisé dans le traitement de première ligne. Si **ABC + 3TC** ou **TDF + 3TC** ont été utilisés, **AZT + 3TC** devrait être utilisé dans le cadre du traitement de deuxième intention et vice versa.

l'Atazanavir n'est utilisé qu'à partir de 6 ans.

Les protocoles de 2e ligne chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte sont déclinés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 40 : Protocole de 2e ligne chez l'enfant et l'adolescent

Populations	Échec d'un protocole de 1 ^{re} ligne	2 ^e ligne
< 20 kg	ABC/3TC + DTG	AZT/3TC + LPV/r
20 et 30 kg	ABC/3TC + DTG	AZT/3TC + LPV/r (ATV/r)
>30 kg	TDF/3TC/DTG TDF/3TC/EFV	ABC/3TC + LPV/r (ou ATV/r) AZT/3TC + LPV/r (ou ATV/r)
Co-infection TB/VIH	-Si régime à base de LPV/r : passer à un régime à base de DTG (avec dose supplémentaire de DTG 50 mg) et, si cela n'est pas possible, ajuster dose de LPV/r à travers super boosting (c'est à dire augmenter la dose de ritonavir : ratio LPV:RTV=1) -Si régime à base d'ATV/r : remplacer ATV/r par le DTG (avec une dose supplémentaire de DTG 50 mg)	

Que faire avant de commencer un traitement ARV de 2e ligne chez l'enfant et l'adolescent VIH+ ?

- Bien expliquer la signification du résultat de la charge virale ;
- Discuter avec l'enfant, l'adolescent et sa famille (i) sur les raisons qui peuvent avoir conduit à l'échec du Traitement ARV de 1ère ligne et (ii) les dispositions à prendre pour éviter un échec du traitement de 2e ligne ;
- Revoir l'historique antirétroviral du patient ;
- 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);

- Évaluer l'observance, la tolérance, les interactions médicamenteuses, les problèmes psychosociaux;
- Vérifier la bonne compréhension de ces modalités par l'enfant et sa famille et de nouvelles mesures à prendre;
- Dispenser le traitement de deuxième ligne.

Gestion des échecs de traitement de deuxième ligne :

Les patients en échec du traitement de 2e ligne ont des options limitées. Un échec du traitement de 2e ligne doit être confirmé en suivant les directives nationales par une nouvelle charge virale après renforcement de l'observance (algorithme de CV élevée). Ces patients ont besoin d'une évaluation mensuelle de l'observance et un soutien psychologique.

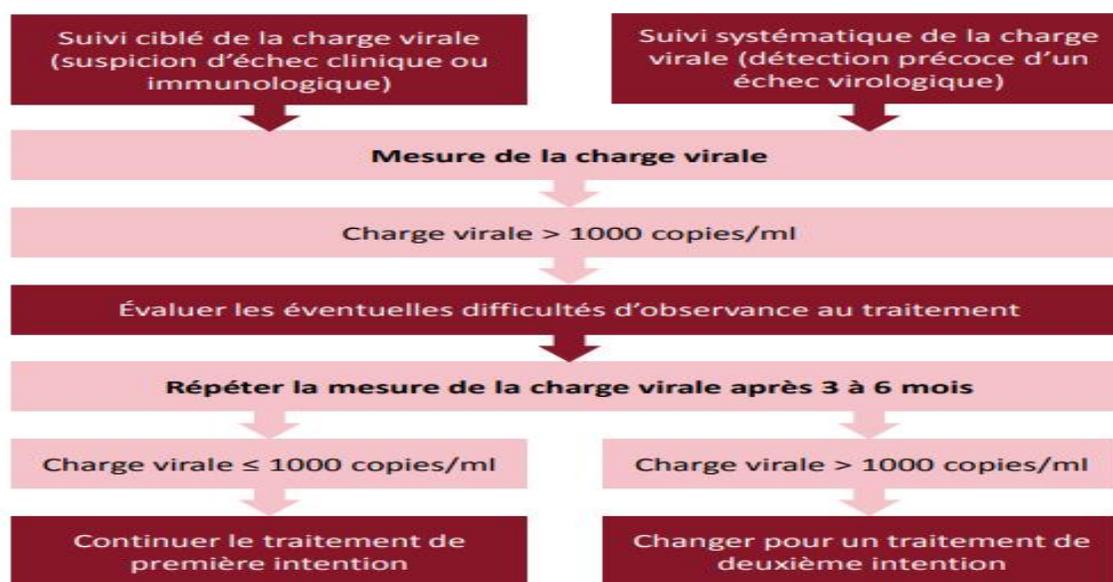


Figure 8 : Algorithme de l'échec thérapeutique, OMS 2019

- Si $CV \leq 1000$ copies, maintenir le même régime de traitement ARV
- Si $CV > 1000$ copies, **demandez le test de résistance du VIH aux ARV** et à la réception des résultats de ce test, documenter et faire un résumé de l'histoire du traitement dans le dossier médical du patient puis le présenter au comité des résistances aux ARV pour étude de cas et prescription du régime de traitement de 3^e ligne.

b) Traitement de 3e ligne

Le traitement de troisième ligne désigne le traitement antirétroviral proposé aux Patients en cas d'échec thérapeutique de deuxième ligne.

La gestion des cas d'échec du traitement de 2^e ou 3^e ligne sera guidée par **le profil de résistance (génotypage)**. Cependant, les protocoles de 3^e ligne doivent comprendre de nouveau ARV avec : **IP de 2^e génération (DRV/r), INI (RAL ou DTG)**.

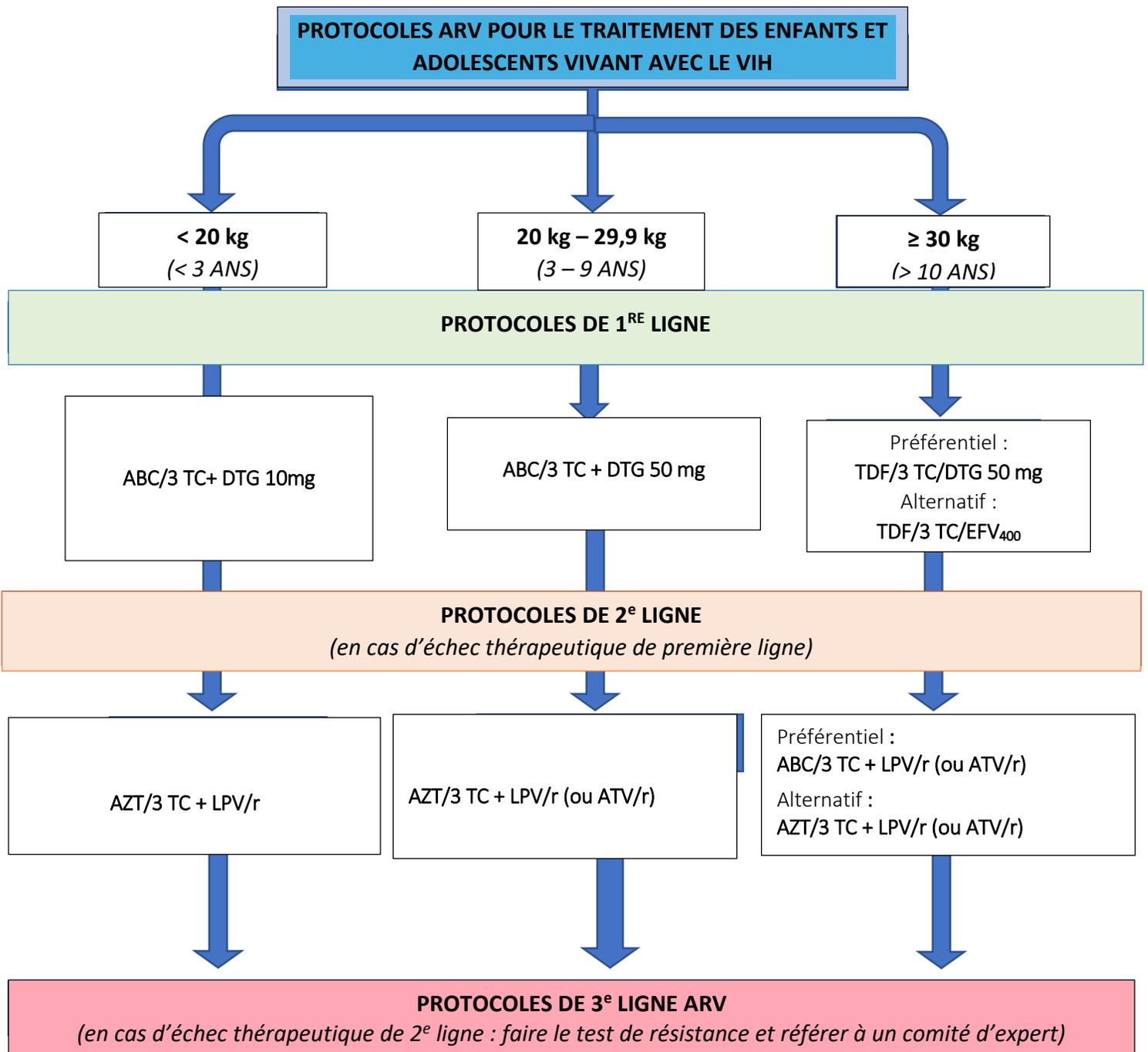
Tableau 41 : Résumé des différents protocoles ARV pour les patients naïfs

Population	1 ^{re} ligne	2e ligne	3e ligne
------------	-----------------------	----------	----------

Enfants, adolescents et adultes (y compris FEC et FAP)	2 NRTIs + DTG	2 NRTIs + (ATV/r or LPV/r)	DRV/r + DTG ± 1-2 NRTIs (considérer le génotypage pour l'optimisation du TARV)
---	----------------------	-----------------------------------	--

NB : Il est bien de préciser que le génotype seul peut être trompeur en l'absence d'un historique complet du traitement antérieur, notamment le protocole (molécules) et la durée du traitement parce que les mutations de médicaments précédents sont archivées une fois la pression médicamenteuse supprimée, cela peut être trompeur du moment où nous ne faisons pas de test de résistance après chaque protocole.

Résumé des protocoles chez les enfants



3 TC : Lamivudine

ABC : Abacavir

AZT : Zidovudine

ATV/r: Atazanavir/ritonavir

EFV: Efavirenz

DTG: Dolutegravir

LPV/r: Lopinavir/ritonavir

TDF: Tenofovir

VII.3. Alimentation de l'enfant infecté

Tableau 42: Alimentation de l'enfant infecté

Age	Les enfants asymptomatiques (ration augmentée de 10%)	Les enfants symptomatiques	
		Sous traitement ARV (ration augmentée de 30%)	
0-6 mois	<ul style="list-style-type: none"> - Allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois ou - Alimentation de substitution (lait artificiel) exclusif jusqu'à 6 mois de vie si les conditions de vie de sa famille le permettent. 		
6-12 mois	<p style="text-align: center;">Poursuite de l'allaitement</p> <ul style="list-style-type: none"> - Continuer allaitement maternel - introduire Alimentation de complément adaptée, suffisante et équilibrée (voir figure aliments). - Introduire un nouvel aliment à la fois et s'assurer de sa tolérance avant d'introduire un autre nouvel aliment - donner 4-6 repas par jour, lait compris - Donner la Vitamine A deux fois par an et, s'il est nécessaire, ajouter d'autres complexes multivitaminiques 		
12-24 mois	<ul style="list-style-type: none"> - Poursuite de l'allaitement - 5-6 repas par jour y compris des collations entre les principaux repas. - Vitamine A deux fois par an et, s'il est nécessaire, ajouter d'autres complexes multivitaminiques 	<ul style="list-style-type: none"> - Poursuite de l'allaitement - 6-8 repas par jour y compris des collations entre les principaux repas. - Donner les complexes multivitaminiques 	
2-5 ans	<ul style="list-style-type: none"> - 4-5 repas par jour y compris des collations entre les principaux repas - Vitamine A deux fois par an et, s'il est nécessaire, ajouter d'autres complexes multivitaminiques 	<ul style="list-style-type: none"> - 5-6 repas par jour y compris collations entre principaux repas - Vitamine A deux fois par an et, s'il est nécessaire, ajouter d'autres complexes multivitaminiques 	
plus de 5 ans	<ul style="list-style-type: none"> - 3-4 repas par jour y compris des collations entre les principaux repas. - Vitamine A deux fois par an et, s'il est nécessaire, ajouter d'autres complexes multivitaminiques 	<ul style="list-style-type: none"> - 4-5 repas par jour y compris des collations entre les principaux repas - Vitamine A deux fois par an et, s'il est nécessaire, ajouter d'autres complexes multivitaminiques 	-

CHAPITRE 5 : PRISE EN CHARGE DES ADULTES VIVANT AVEC LE VIH

Depuis 2016, le Cameroun a souscrit à la recommandation « Test and Treat » de l’OMS qui recommande la mise sous traitement antirétroviral chez toutes les personnes vivant avec le VIH quel que soit le stade clinique de l’OMS et quel que soit son taux de CD4. Le traitement antirétroviral doit être instauré dans les sept jours suivant le diagnostic, et de préférence le jour même du diagnostic du VIH. Afin d’offrir des services ciblés en fonction de la présentation clinique, tous les PVVIH doivent être classés selon l’OMS, lors de l’évaluation initiale. De même, après au moins douze mois de TARV, les personnes vivant avec le VIH seront classées en **PVVIH sous TARV stable ou non** afin de répondre aux besoins spécifiques de chaque patient en matière de traitement, de suivi et d’améliorer leur prise en charge grâce à l’offre de soins différenciés ciblés des services VIH. L’offre de service différencié permet de réduire la fréquence du suivi des patients, minimisant ainsi les coûts et le temps liés aux visites en formation sanitaire. Ils permettent également de concentrer les ressources sur les patients qui nécessitent une attention particulière.

I. PRINCIPALES INTERVENTIONS CHEZ L’ADULTE VIVANT AVEC LE VIH

❖ Prévention

En Communauté et dans les Formations sanitaires

Qui sont concernées	Quelles sont les interventions
-Adultes non infectés	-Communication pour le changement social et du comportement
-Les populations clés	-Dépistage comme prévention
- Les Victimes des VBG	-Utilisation correcte des préservatifs et lubrifiants
-Les adultes VIH+	-Dépistage et prise en charge des IST
	- Vaccination pour les séronégatifs (HBV)
	-Prophylaxie préexposition (HSH, TS à partir de 21 ans séronégatifs)
	-Prophylaxie Post-Exposition
	-TARV comme prévention
	-Réduction du risque : Distribution des seringues et aiguilles, Traitement de Substitution aux opiacés, prise en charge des excès de dose
	-Prévention de la violence basée sur le genre (VBG)

❖ Dépistage

En Communauté et dans les Formations sanitaires

Qui sont concernées	Quelles sont les interventions
-Adultes non infectés	-CDV, CDIP, Dépistage communautaire, Autodépistage
-Les populations clés	-Dépistage à travers la stratégie des réseaux sociaux
- Les Victimes des VBG	-Lien à la prévention et au traitement
	-Dépistage du cancer du col de l’utérus
	-Dépistage à partir des cas index (vérifier si c’est fait), Dépistage familial

- Les adultes VIH+

❖ Prise en charge clinique

En Communauté et dans les Formations sanitaires

Qui sont concernées	Quelles sont les interventions
-Adultes non infectés	- Évaluation clinique
-Les populations clés	-Évaluation des autres IO
- Les Victimes des VBG	- Évaluation des maladies chroniques non transmissibles (MCNT))
- Les adultes VIH+	- Éducation préthérapeutique (les éléments à aborder)
	- Traitement ARV
	- Traitement préventif (cotrimoxazole, INH/3RH, fluconazole)
	- Traitement des co-infections et co-morbidités
	- Évaluation de la Santé mentale

❖ Prise en charge des coïnfections et comorbidités

Qui sont concernées	Quelles sont les interventions
-Adultes non infectés	-Soins généraux : promotion des mesures hygiéno-diététiques, éducation sexuelle
-Les populations clés	-Prophylaxie au cotrimoxazole
- Les Victimes des VBG	-Prévention (traitement préventif), diagnostic et prise en charge de la tuberculose
- Les adultes VIH+	-Prise en charge des hépatites virales B&C
	-Prise en charge de la malaria
	-Prise en charge des comorbidités (tabagisme, HTA, diabète, dyslipidémies, cancer du col problèmes de santé mentale)
	-Prise en charge des Infections Sexuellement Transmissibles

❖ Prise en charge de la maladie avancée liée au VIH

En Communauté et dans les Formations sanitaires

Qui sont concernées	Quelles sont les interventions
-Tout adulte avec un taux de CD4 <200/mm ³ ou un stade clinique OMS 3 ou 4	-Dépistage des infections opportunistes tuberculose, cryptococcose, toxoplasmose, CMV...
-Patient naïf au traitement antirétroviral	-Traitement préventif au Fluconazole
-Patient en échec thérapeutique	-Chimio-prophylaxie au cotrimoxazole
-Patient ayant interrompu le traitement antirétroviral et réengagé dans les soins	-Prise en charge des infections opportunistes diagnostiquées

❖ Suivi des patients sous traitement

En Communauté et dans les Formations sanitaires

Qui sont concernées	Quelles sont les interventions
<ul style="list-style-type: none"> -Adultes non infectés -Les populations clés - Les Victimes des VBG - Les adultes VIH+ 	<ul style="list-style-type: none"> -Suivi biologique de la réponse du traitement ARV : CV, CD4,... -Suivi et notification de la toxicité des médicaments : Créatinine, Transaminases, Hémoglobine, Glycémie selon le protocole thérapeutique... -Suivi des échecs thérapeutiques -Suivi de la résistance du VIH aux ARV -Suivi et notification des interactions médicamenteuses

❖ Création d'un environnement favorable

En Communauté et dans les Formations sanitaires

Qui sont concernées	Quelles sont les interventions
<ul style="list-style-type: none"> -Adultes non infectés -Les populations clés - Les Victimes des VBG - Les adultes VIH+ 	<ul style="list-style-type: none"> -Lutte contre la Stigmatisation et Discrimination -Préservation de la confidentialité -Support social et juridique -Disponibilité permanente des intrants -système de référence et contre référence fonctionnels -Renforcement du Plateau technique -Renforcement de la coordination -Renforcement des ressources humaines en quantité et en qualité

II. INTERVENTIONS CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA

❖ Prévention

En Communauté et dans les Formations sanitaires

Qui sont concernées	Quelles sont les interventions
<ul style="list-style-type: none"> - Personnes âgées hommes de 50 ans et plus -PAvVIH -Les aidants (membres de famille et entourage) -Population clé âgée de 50 ans et plus -Population vulnérable âgée de 50 ans et plus 	<ul style="list-style-type: none"> -Communication pour le changement social et du comportemental -Utilisation correcte des préservatifs -Santé Sexuelle -Prévention positive -Réduction du risque : automédication, polypharmacie -Prophylaxie préexposition chez les populations clés -TARV comme prévention -Conseil nutritionnel

❖ Dépistage

En Communauté et dans les Formations sanitaires

Qui sont concernées	Quelles sont les interventions
<ul style="list-style-type: none"> - Personnes âgées hommes de 50 ans et plus -PAVVIH -Les aidants (membres de famille et entourage) -Population clé âgée de 50 ans et plus -Population vulnérable âgée de 50 ans et plus 	<ul style="list-style-type: none"> -Dépistage du VIH -Dépistage tuberculose -Dépistage diabète : mesure de la glycémie à jeun (capillaire ou veineuse) une fois par année -Dépistage HTA : mesure de la tension artérielle au moins chaque six mois -Dépistage du cancer de col à toutes les femmes de plus de 25 ans -Dépistage des autres comorbidités chez les PAVVIH (Cancer de l'anus, cancer primitif du foie chez les porteurs chroniques des hépatites virales, cancer de la prostate) -Dépistage des troubles fonctionnels et perte d'autonomie chez les plus de 65 ans (ICOPE de l'OMS) -Évaluation de l'état nutritionnel

❖ Prise en charge clinique

En Communauté et dans les Formations sanitaires

*Suivi de l'observance, contrôle de glycémie et tension, dispensation des ARV et autres médicaments des maladies chroniques,

❖ Suivi des PAVVIH

Qui sont concernées	Quelles sont les interventions
<ul style="list-style-type: none"> - Personnes âgées hommes de 50 ans et plus -PAVVIH -Les aidants (membres de famille et entourage) -Population clé âgée de 50 ans et plus -Population vulnérable âgée de 50 ans et plus 	<ul style="list-style-type: none"> -Traitement de la Tuberculose, HTA, diabète, cancer du col de l'utérus et de l'anus et des autres comorbidités -Traitement des infections opportunistes ; -Traitement des hépatites et les IST -Aide à l'observance (Éducation thérapeutique) -Initiation et maintien aux Traitements ARV -Santé mentale/soins palliatifs -Soutien psychosocial -Évaluation et prise en charge nutritionnelle

❖ PSD chez les personnes âgées

En Communauté et dans les Formations sanitaires

Qui sont concernées	Quelles sont les interventions
---------------------	--------------------------------

<p>- Personnes âgées hommes de 50 ans et plus -PAVVIH -Les aidants (membres de famille et entourage) -Population clés âgée de 50 ans et plus -Population vulnérable âgée de 50 ans et plus</p>	<p>-Suivi clinique différentiel en fonction de catégorie des patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> o Les nouvelles initiations aux ARV et sans comorbidités ; o Les nouvelles initiations aux ARV et avec comorbidités existantes avant le diagnostic du VIH ; o Les PAVVIH avec autres comorbidités (HTA, diabète, cancer du col de l'utérus...) nouvellement diagnostiqués ; o Personnes âgées vivant avec le VIH non stables avec comorbidités contrôlées ; o Personnes âgées vivant avec le VIH non stables avec comorbidités compliquées ; o Personnes âgées vivant avec le VIH stables sans comorbidités ; o Personnes âgées vivant avec le VIH stables avec comorbidités <p>-Suivi nutritionnel : évaluation, conseils et éducation nutritionnels -Suivi biologique de la réponse du TARV: CV, CD4, Créatinine, Transaminases, Hémoglobine, Glycémie... -Suivi de la résistance des ARV -Suivi de la pharmacovigilance -Suivi de l'observance -Suivi psychologique</p>
---	---

❖ **Création d'un environnement favorable**

En Communauté et dans les Formations sanitaires

Qui sont concernées	Quelles sont les interventions
<p>- Personnes âgées hommes de 50 ans et plus -PAVVIH -Les aidants (membres de famille et entourage) -Population clé âgée de 50 ans et plus -Population vulnérable âgée de 50 ans et plus</p>	<p>-Support social : alimentaire, médical et appui familial (décourager la maltraitance et la stigmatisation, faire la promotion des bonnes pratiques, encourager le partage de statut sérologique) -Adaptation de l'ergonomie aux limites fonctionnelles à la maison -Création d'un espace convivial dans la formation sanitaire -Lutte contre la stigmatisation et la discrimination -Renforcement des capacités des prestataires, plateaux techniques, système de référence contre référence</p>

III. INITIATION AU TRAITEMENT ARV

L'objectif du TARV est d'atteindre et maintenir une suppression virologique dans le but de :

- Restaurer et maintenir la fonction immunitaire afin de diminuer les infections opportunistes et les autres affections liées au VIH
- Minimiser le développement des résistances au traitement
- Améliorer la qualité de vie
- Réduire les nouvelles infections en utilisant le traitement comme moyen de prévention
- Réduire la morbidité et la mortalité dues au VIH/sida

Le 1er traitement doit être le plus puissant, le plus facile à prendre et le mieux toléré afin de minimiser le risque de sélection des souches résistantes. 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. Le choix du traitement doit tenir compte de l'âge, des antécédents, de l'existence des comorbidités, des interactions médicamenteuses éventuelles. Il doit être adapté au type de virus (VIH-1, VIH-1 de groupe O VIH-2).

Les raisons médicales de retarder l'instauration d'un traitement antirétroviral dans le tableau ci-dessous.

Raison	Action
Symptômes de tuberculose (toux, sueurs nocturnes, fièvre, perte de poids récente)	Recherchez la tuberculose chez les clients symptomatiques avant d'entamer un TARV. <ul style="list-style-type: none"> • Si exclusion de la TB, commencez le TARV et la thérapie préventive de la TB (après avoir exclu autres contre-indications à la thérapie préventive de la tuberculose). • Si diagnostic de la TB, commencer le traitement antiTB et différer le TARV
Diagnostic de TB sensible ou Résistante (TB pulmonaire, tuberculose abdominale ou lymphadénite TB)	Différer l'initiation du TARV comme suit : <ul style="list-style-type: none"> • Commencer le TARV dans les 2 semaines suivant le début du traitement antituberculeux, • • En cas de de méningite tuberculeuse, différer le traitement de 4 à 8 semaines.lorsque les symptômes du client s'améliorent et que le traitement antituberculeux est toléré.
Antigène cryptococcique (CrAg) positif en l'absence de symptômes ou de signes de méningite et si la ponction lombaire est (PL) négative pour la cryptococcose cryptococcique (CM)	Il n'est pas nécessaire de retarder le traitement antirétroviral. Le TARV peut être commencé immédiatement.
Méningite cryptococcique confirmée	<ul style="list-style-type: none"> • Différer le traitement jusqu'à ce que le traitement antifongique ait duré de 4 à 6 semaines.
<ul style="list-style-type: none"> • Les clients qui suivent déjà un traitement antirétroviral ne doivent PAS voir leur traitement interrompu en cas de diagnostic des affections susmentionnées. 	

Points clés

- Il convient de réduire au minimum les retards dans le démarrage du TARV.
- Le dépistage de la tuberculose, de la cryptococcose méningée et d'autres infections opportunistes avant l'instauration du traitement antirétroviral est important, car ces affections peuvent nécessiter de retarder l'instauration du traitement antirétroviral.

- Lorsqu'un patient bénéficie d'une suppression virale et maintient son adhésion au traitement, le VIH n'est pas transmissible à son/ses partenaire(s) sexuel(s). C'est ce que l'on appelle « indétectable = intransmissible (I=I) ».

III.1. Évaluation clinique et biologique initiale

Afin de poser un diagnostic adéquat pour une prise en charge holistique du patient nouvellement dépisté VIH positif, le personnel soignant doit :

1. **S'assurer que l'algorithme à 3 tests a été respecté ou Refaire le test de dépistage du VIH** à ce même patient afin de confirmer le résultat. Si le test VIH est positif, il faudrait :
2. **Préparer le patient ;**
3. **Ouvrir un dossier médical standard et attribuer au patient une identification unique** (code unique respectant les directives nationales) ;
4. **Assurer la prise en charge psychologique** (counseling, éducation pré-thérapeutique, etc...) pour aider le patient à accepter son statut et son TARV ;
5. **Évaluer l'état clinique** du patient et **Renseigner les informations** clés dans le dossier médical patient lors de la première visite ;
6. **Assurer la prévention et le traitement des infections opportunistes** le cas échéant.

III.1.1. Évaluation clinique initiale des PVVIH

La première visite est l'occasion d'établir une relation significative entre le patient et le prestataire de soins qui doit faire part des attentes en communiquant ouvertement, sans porter de jugements. Les patients inscrits dans la file active doivent faire l'objet d'un examen physique complet et d'analyses de laboratoire appropriées si indiqué. Toutefois, il n'est pas nécessaire de disposer des résultats de laboratoire pour mettre les clients sous TARV.

Les résultats de cette évaluation initiale seront consignés dans un dossier médical (électronique ou papier) afin de faciliter le suivi à long terme. Le tableau ci-dessous résume l'évaluation clinique initiale.

Tableau 43 : Évaluation clinique initiale pour les PVVIH

Détails	
Antécédents médicaux	<ul style="list-style-type: none"> • S'enquérir des symptômes dus à des maladies coexistantes, liées ou non au VIH, et des comorbidités nécessitant une intervention immédiate. • Antécédents de tuberculose et contacts tuberculeux (recherche intensive des cas de TB)
	<p>Antécédents personnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Date du premier test VIH positif • Rechercher et documenter les antécédents de comorbidités : TB, cryptococcose méningée, HTA, diabète, maladies rénales et hépatiques • Rechercher la prise de médicaments y compris traditionnels (plantes) susceptibles d'interagir avec les ARV, d'une chimioprophylaxie à l'INH. • Documenter les antécédents d'utilisation d'ARV (y compris pour la PEP, la PTME et la PrEP). • Allergies médicamenteuses, en particulier l'allergie aux sulfamides. • ATCD toxicologiques, gynécologiques, chirurgicaux, etc

	<ul style="list-style-type: none"> Établir l'historique nutritionnel et l'adéquation de l'apport nutritionnel et de la sécurité alimentaire du ménage. <p>Antécédents familiaux de maladie chronique ou de cancer</p>
Antécédents psychosociaux	<ul style="list-style-type: none"> Évaluer les besoins psychosociaux et discuter des possibilités d'une prise en charge appropriée (counseling, éducation préthérapeutique, etc.) Déterminer la présence éventuelle de problèmes de santé mentale y compris les traitements antérieurs reçus pour des maladies mentales et tout symptôme actuel de dépression. Évaluer les possibilités de divulgation (aux proches et aux partenaires sexuels de confiance) et la présence d'autostigmatisation. Rechercher la consommation de substances, y compris l'alcool, le tabac, la consommation de drogues injectables. Citer et commencer à aborder les éventuels obstacles à l'observance
Antécédents de santé sexuelle et reproductive	<ul style="list-style-type: none"> Rechercher les symptômes actuels et Antécédents d'IST ; Déterminer les antécédents de grossesse, de planning familial, de dépistage du cancer du col de l'utérus Discuter des intentions de grossesse et les besoins en matière de contraception. Encourager la recherche des contacts et le dépistage du VIH pour les partenaires sexuels et tous les enfants de moins de 15 ans de femmes infectées par le VIH ou dont le statut sérologique est inconnu.
Signes vitaux et mesures anthropométriques	<ul style="list-style-type: none"> Prendre et enregistrer les mesures anthropométriques (poids, taille, périmètre abdominal, tour de poitrine) et les signes vitaux (température, pouls, tension artérielle, fréquence cardiaque et respiratoire). Calculer l'IMC pour les adultes et Utiliser les scores z pour les enfants.
Examen général	<ul style="list-style-type: none"> Rechercher (i) une pâleur ou un ictère (conjonctives et paumes), (ii) un gonflement des ganglions lymphatiques (cervicaux, axillaires etc), (iii) de lésions du sarcome de Kaposi ou d'une leucoplasie orale chevelue candidose (bouche), (iv) d'éruptions médicamenteuses, du zona, d'une dermatite, d'éruptions papulaires prurigineuses (EPP), de folliculite etc.
Examen systémique	<ul style="list-style-type: none"> SNC, abdomen, appareil respiratoire, cardiovasculaire, génitourinaire, anorectal, prostate (homme ≥ 45 ans), col utérus
Au total	<p>Énumérer le diagnostic différentiel et le plan de gestion pour chaque problème (y compris les examens, le traitement, l'orientation et le suivi).</p> <ul style="list-style-type: none"> Attribuer et documenter le stade clinique de l'OMS et prendre en charge les maladies présentées. Différencier les patients atteints d'une maladie avancée de ceux qui sont cliniquement bien portants, afin d'orienter l'intensité du suivi.

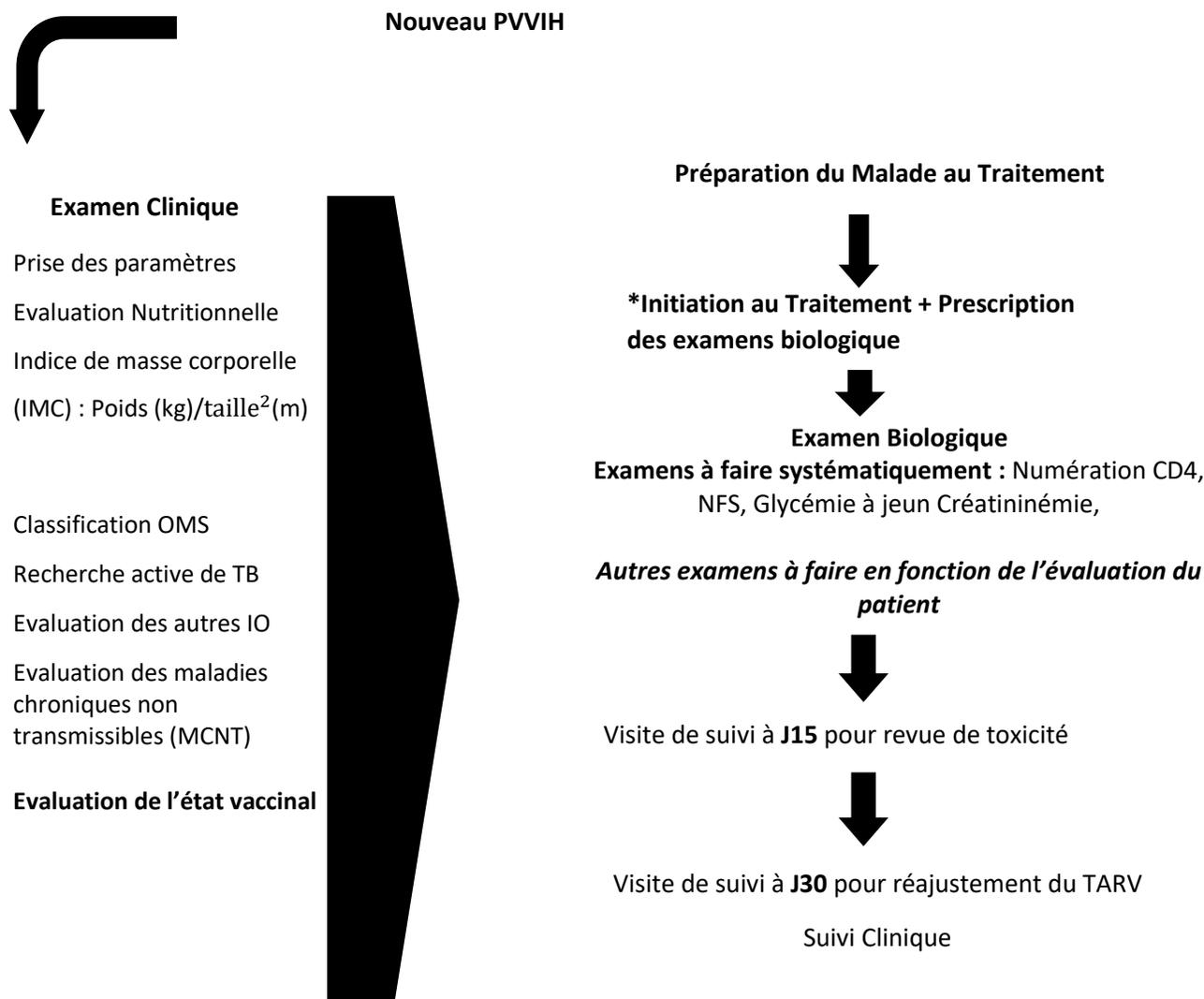
III.1.2. Évaluation initiale des examens de laboratoire des PVVIH

Le bilan biologique n'est pas une condition préalable à l'initiation du TARV. Il ne devrait pas retarder la mise sous ARV. La réalisation des examens de laboratoire dépend de la présence et/ou du type de maladie concomitante présumée. Cependant, il faudrait confirmer et documenter le résultat positif du test VIH avant l'initiation d'un traitement antirétroviral pour tous les patients en se référant à l'algorithme actuel de dépistage du VIH.

Il n'est pas possible pour toutes les formations sanitaires proposant un traitement antirétroviral d'offrir tous les tests de laboratoire recommandés pour le traitement et le suivi des PVVIH. Si une FOSA n'a pas la capacité d'effectuer un test sur place, des dispositions doivent

être prises pour prélever et transporter les échantillons vers un laboratoire de référence local ou régional.

La figure ci-dessous résume l'évaluation clinique et biologique initiale.



III.2. Préparation du TARV

La préparation au traitement doit être adaptée à l'âge du patient, à son sexe, à ses besoins et à son état clinique. Elle comprend l'éducation et le conseil en matière de VIH, y compris l'identification des obstacles probables à l'adhésion, une discussion sur les stratégies de soutien permettant de surmonter les obstacles éventuels à l'adhésion, et un plan d'adhésion individualisé. L'éducation thérapeutique y compris l'aide à l'observance sera réalisée à toutes les étapes du circuit du patient par le personnel soignant, les conseillers (APS, mother mentors), ou les agents de dispensation des ARV (confère chapitre sur observance et prise en charge psychosociale).

III.3. Classification selon le stade OMS

L'examen clinique et biologique doivent permettre au prestataire de classer le patient selon les 4 stades cliniques de l'OMS afin d'orienter la prise en charge dans le cadre de l'approche « soins différenciés ». Les PVVIH en stade 1 et 2 bénéficieront des modèles de soins moins intensifs tandis que ceux classés aux stades 3 et 4 bénéficieront des modèles intensifs (voir chapitre offre des soins).

Tableau 44 : Classification selon le stade OMS

<p>Stade 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient asymptomatique. • Adénopathies persistantes généralisées accompagnées de fièvre 	<p>Stade 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perte de poids < 10 % du poids corporel. • Manifestations cutané-muqueuses mineures (dermite séborrhéique, prurigo, onychomycose, ulcérations buccales récurrentes, chéilite angulaire). • Infection herpétique (zona) au cours des cinq dernières années. • Infections récidivantes des voies respiratoires supérieures
<p>Stade 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perte de poids $\geq 10\%$ du poids corporel. • Diarrhée chronique inexpliquée pendant plus d'un mois. • Fièvre prolongée inexpliquée pendant plus d'un mois. • Candidose buccale (muguet). • Leucoplasie chevelue buccale. • Tuberculose pulmonaire dans l'année précédente. • Infections bactériennes sévères (pneumopathies par exemple). 	<p>Stade 4</p> <ul style="list-style-type: none"> • Syndrome cachectique du SIDA • Diarrhée chronique (>1 mois) ou asthénie chronique inexpliquées et fièvre prolongée inexpliquée (>1 mois)). • Pneumocystose. • Toxoplasmose cérébrale. • Cryptosporidiose accompagnée de diarrhée > 1 mois. • Cryptococcose extrapulmonaire. • Cytomégalovirose avec atteinte organique autre qu'hépatique, splénique ou ganglionnaire. • Infection herpétique, cutané-muqueuse > 1 mois, ou viscérale quelle que soit sa durée. • Leucoencéphalopathie multifocale progressive. • Toute mycose endémique généralisée (telle qu'histoplasmosse, coccidioidomycose). • Candidose de l'œsophage, de la trachée, des bronches ou des poumons. • Mycobactériose atypique généralisée. • Septicémie à Salmonella non typhoïdique. • Tuberculose extrapulmonaire. • Lymphome. • Sarcome de Kaposi. • Encéphalopathie à VIH

IV. CLASSES D'ARV

Au Cameroun, on dispose de 4 classes d'ARV. Chaque classe d'ARV agit en bloquant une étape du cycle de réplication du virus, les différentes classes disponibles au Cameroun sont représentées dans le tableau suivant :

Tableau 45 : ARV et classes thérapeutiques

N°	Classes thérapeutiques	Mécanisme d'action	Exemple de molécules
1	Inhibiteurs nucléosidiques et nucléotidiques de la Transcriptase inverse (INTI)	Empêchent la formation de l'ADN viral à partir de l'ARN viral (Inhibition de la TI) Actifs sur VIH-1 (le plus répandu) et VIH-2 VHB : 3 TC, FTC et TDF	ABC (Abacavir) AZT (Zidovudine) 3TC (Lamivudine) FTC (Emtricitabine) TDF (Ténofovir)
2	Inhibiteurs non nucléosidiques de la Transcriptase inverse (INNTI)	Empêchent la formation de l'ADN viral à partir de l'ARN viral (Inhibition de la TI) INACTIFS sur VIH-2	EFV (Efavirenz)
3	Inhibiteurs de la protéase (IP)	Inhibe la Protéase Actifs sur VIH-1 et VIH-2	ATV/r (Atazanavir) LPV/r (Lopinavir/Ritonavir) DRV/r (Darunavir) R (Ritonavir)
4	Inhibiteurs d'intégrase (IN)	Inhibent l'intégrase du VIH Actifs sur VIH-1 et VIH-2	DTG (Dolutégravir)

Points clés

Les inhibiteurs nucléotidiques de la transcriptase inverse (INTI) recommandés pour le traitement de première intention sont le fumarate de ténofovir disoproxil (TDF) et la lamivudine (3TC) ou l'emtricitabine (FTC).

- Les patients dont le débit de filtration glomérulaire estimé (DFGe) est < 50 ml/min/1,73 m² ou qui souffrent d'insuffisance rénale devraient généralement commencer à prendre de l'abacavir (ABC) au lieu du TDF en première intention, à condition qu'ils ne souffrent pas d'une infection chronique par le virus de l'hépatite B.
- Le ténofovir peut provoquer une insuffisance rénale. Il est recommandé de contrôler la créatinine sérique tous les ans.
- L'ABC peut provoquer une réaction d'hypersensibilité.

Les inhibiteurs de transfert de brin d'intégrase (INTI) parmi lesquels le DTG est préféré car il présente une barrière élevée à la résistance, est bien toléré. Il est disponible dans une formulation à dose fixe et peut être pris une fois par jour.

- Le DTG provoque une légère augmentation de la créatinine sérique (généralement <30 µmol/L) en raison de l'interférence avec la sécrétion tubulaire de créatinine ; cependant, cela ne représente pas un déclin de la fonction rénale.
- Le DTG est associé à une prise de poids plus importante que les autres traitements. Il est nécessaire de faire un suivi de la courbe du poids car elle pourrait être importante chez certains patients sous DTG.

Les INNTI

- L'Éfavirenz (EFV) reste une option thérapeutique pour les patients qui tolèrent mal le DTG, ou lorsque le DTG est contre-indiqué.
- L'EFV 400 mg est virologiquement non inférieur à l'EFV 600 mg et présente un profil d'effets secondaires légèrement amélioré.

Trois combinaisons d'inhibiteurs de protéase (IP) sont disponibles au Cameroun : le lopinavir (LPV), l'atazanavir (ATV) ou le darunavir (DRV), chacun étant administré avec une faible dose de ritonavir (RTV ; indiqué comme /r) pour le renforcement pharmacocinétique.

- Le DRV présente la barrière à la résistance la plus élevée de tous les médicaments de cette classe et est l'IP préféré en troisième ligne associé au ritonavir.

- L'ATV/r et le DRV/r présentent un meilleur profil d'effets secondaires que le LPV.

- LPV/r est la seule combinaison d'IP qui peut être utilisée avec un traitement antituberculeux à base de rifampicine, mais la dose de LPV/r doit être doublée. En dehors de cette indication, nous déconseillons de doubler la dose de LPV/r.

IV.1. Initiation au TARV chez l'adulte

L'initiation rapide au TARV permet de réduire le risque de survenue des infections opportunistes et de transmission du VIH aux partenaires séronégatifs. L'éducation thérapeutique doit précéder l'initiation au traitement le tableau ci-dessous montre la répartition des protocoles de première ligne. L'initiation du TARV peut se faire en FOSA ou en Communauté dans les OBC identifiées et en collaboration avec les FOSA tutrices.

Tableau 46 : Protocole de 1re ligne chez les adultes

Populations	Traitement préférentiel	Traitement alternatif	Situations spéciales
Adultes	TDF/3TC/DTG	TDF/3 TC + EFV ₄₀₀	AZT/3 TC + EFV ₄₀₀

Thérapie préventive contre la tuberculose (TPT)

Tous les clients qui commencent un TARV ou qui sont déjà sous TARV et qui n'ont pas encore reçu le traitement préventif à la tuberculose devraient envisager de suivre un TPT. Avant d'entamer un tel traitement, il convient d'écartier la possibilité d'une TB active en procédant à une évaluation clinique à la recherche de la TB. Si le client est asymptomatique, il n'est pas nécessaire de retarder le début du traitement préventif antituberculeux.. Le TPT et le TARV peuvent être initiés le même jour. Il n'est pas nécessaire d'effectuer un test cutané à la tuberculine (TCT) avant de commencer le TPT.

IV.2. Initiation et 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 (voir **Tableau 46**).

Tableau 47 : Lieu de dispensation des ARV

Dans la Formation sanitaire (FOSA)	Dans la Communauté
<ul style="list-style-type: none"> · FOSA uniquement (tous les mois) - Patients instables - Nouveaux patients · FOSA - Patients stables tous les 3 ou 6 mois selon la disponibilité des ARV 	<p>Tous les 3 mois pour les patients stables hormis les enfants, les adolescents et les femmes enceintes) à travers les OBC, (voir documents de stratégie de dispensation communautaire 2018-2022). Ou dans les pharmacies privées</p> <p>Initiation en communauté : dans les OBC identifiées sous la collaboration des FOSA tutrices</p>

V. SUIVI DES PATIENTS SOUS TARV

Le suivi comprend des rendez-vous cliniques programmés, des évaluations cliniques non programmées pour les patients ayant des préoccupations ou des plaintes, des contrôles de laboratoire de routine et selon le besoin.

V.1. Les six (06) premiers mois après le début du TARV

Après initiation au traitement antirétroviral, les patients doivent faire l'objet d'une surveillance étroite afin d'apprécier :

- La tolérance aux ARV (détecter les effets indésirables des médicaments) ;
- L'observance au traitement (éliminer les obstacles à l'observance du traitement)
- Un éventuel IRIS;
- Identifier de potentielles infections opportunistes.

Le suivi des PvVIH au cours des premiers mois doit être intensif, car, la mortalité est élevée dans les 03 premiers mois chez les patients qui sont en infection à VIH avancée (CD4 inférieur à 200 cellules/mm³), ou qui ont une comorbidité. Un calendrier de suivi raisonnable pour la plupart des patients est de 2 semaines et 4 semaines après le début du TARV. .

Le paquet de service pour chaque visite clinique est le suivant : un examen physique et neurologique complet comme chez tous les patients. Les éléments de suivi des patients sous TARV sont : **Visites cliniques; Visites de dispensation;Évaluation biologique à travers la charge virale et le Soutien à l'adhésion.**

Tableau 48 : Suivi différencié des patients au-delà des 6 premiers mois de traitement antirétroviral

Patient INSTABLE sous TARV	
<p>Le patient présentant l'un des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • En traitement depuis < 12 mois. • Toute IO active (y compris la tuberculose) au cours des 6 mois précédents. • Faible observance aux visites cliniques programmées au cours des 6 mois précédents. • CV la plus récente ≥ 1000 copies/ml. • Enfants de moins de 2 ans 	
Paquet de soins	<ul style="list-style-type: none"> • Paquet de soins standard • Prise en charge des cas pour remédier aux raisons.

Objectif du conseil	<ul style="list-style-type: none"> • Le TARV est le traitement le plus important pour rester en bonne santé et mener une vie active. • Le traitement antirétroviral réduit le risque de transmission du VIH à d'autres personnes.
Fréquence du suivi	<ul style="list-style-type: none"> • Tous les 1 à 3 mois, sur la base d'un examen clinique. • Des visites supplémentaires si nécessaire pour répondre à toute préoccupation médicale ou psychosociale. • Si la CV est détectable à 6 mois, le patient doit recevoir un renforcement de l'observance et une prise en charge de la/des raison(s) de la charge virale détectable, avec un suivi étroit jusqu'à l'obtention de la suppression virale. • Les patients dont la suppression virale est confirmée peuvent être suivis tous les 3-6 mois en fonction des besoins du patient et du jugement du clinicien.

Tableau 49 : Suivi différencié des patients au-delà des 12 mois de traitement antirétroviral

Patients STABLES sous TARV	
<p>Les patients sous traitement antirétroviral doivent avoir obtenu tous les résultats suivants</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suivre leur traitement antirétroviral actuel depuis \geq 12 mois. • Pas de maladie active actuellement ou au cours des 12 derniers mois (les patients souffrant de maladies chroniques bien contrôlées ne doivent pas être exclus). • Adhésion aux visites cliniques programmées au cours des 12 mois précédents. • CV \leq 1000 copies/ml au cours des 12 derniers mois. • À noter que la catégorie du client peut changer à tout moment ; il est donc nécessaire de procéder à une réévaluation à chaque visite. Les clients doivent être catégorisés à chaque visite et pris en charge en fonction de leur statut. 	
Paquet de soins	<ul style="list-style-type: none"> • Paquet de soins standard • Réévaluation des critères à chaque visite clinique.
Lieu	<ul style="list-style-type: none"> • Examen clinique et prescription d'un traitement antirétroviral à partir de n'importe quel point de prestation de services antirétroviraux ; à tous les niveaux de la FOSA • Dispensation des ARV entre les rendez-vous cliniques qui peuvent se dérouler en établissement ou au sein de la communauté
Objectif du conseil	<ul style="list-style-type: none"> • Encourager le patient à poursuivre ce qui fonctionne. • Rappeler que tout événement important de la vie ou tout changement dans la routine quotidienne pourrait interférer avec l'observance.
Fréquence du suivi	<ul style="list-style-type: none"> • Les rendez-vous en clinique doivent être pris à des intervalles de 6 mois. • Le TARV doit être renouvelé tous les 3 mois, (par le biais d'une prise en charge rapide au sein de la FOSA ou d'une distribution au niveau communautaire). Les contraceptifs oraux et les préservatifs doivent être distribués avec le TARV. • Des visites supplémentaires, si nécessaire, pour répondre à toute préoccupation médicale ou psychosociale. • Un suivi plus étroit peut être organisé en fonction des préférences du patient.

V.2. Résumé du suivi clinique et de laboratoire des PVVIH sous traitement antirétroviral

Le tableau ci-dessous résume le calendrier minimum recommandé pour le suivi de routine des PVVIH. Un suivi clinique et de laboratoire supplémentaire doit être effectué chaque fois que cela est cliniquement indiqué dans le tableau ci dessous : Résumé du suivi clinique et de laboratoire des PVVIH

Tableau 50 : Résumé du suivi Clinique et de laboratoire

	Visite initiale	Préparation au TARV	Après TARV							≥ 6 mois	12 mois
			S2	S4	M2	M3	M4	M5	M6		
RDV		Toutes les semaines								Tous les 6 à 12 mois si patient STABLE	
Anamnèse et examen physique	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	A chaque visite clinique	
Évaluation du soutien à l'observance	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	A chaque visite	
Screening de la TB	✓	A chaque visite, recherche intensive des cas de TB									
Comptage des CD4		<ul style="list-style-type: none"> à l'initiation, Devant une MAV PDV.retrouvé 									
CV		<ul style="list-style-type: none"> une CV à 6 mois puis tous les ans par la suite en cas de suppression. Pour tout patient présentant une charge virale détectable lors d'un suivi de routine, suivre l'algorithme de suivi de la charge élevée 									
AgCr sérique		Si le taux de CD4 est ≤ 200 cellules/mm ³ puis uniquement en cas de suspicion clinique de méningite cryptococcique.									
Test de grossesse		A chaque visite pour les femmes en âge de procréer									
Syphilis		A l'initiation puis tous les ans si risque. Cependant en routine pour FEC et populations clés									
Ag HBs		A l'initiation ou si apparition des signes cliniques suivie d'une vaccination pour tous les patients dont le dépistage est négatif									
Ac HVC		Si UDI ou si nécessaire									
	Initial	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M12			
Hb (ou NFS)		✓									✓
Urinaire protéine		✓						✓			✓
Créatininémie		✓									✓
Glycémie		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Profil lipidique		✓									✓
Test de résistance VIH		Le Test de résistance est recommandé en cas d'échec thérapeutique confirmé par un traitement de deuxième ligne ou en cas de séroconversion chez les clients sous PreP.									

Cancer du col	Toutes les femmes devraient subir un dépistage du cancer du col de l'utérus. Le dépistage du HPV tous les deux ans pour les femmes séropositives en âge de procréer (ou tous les ans si l'on utilise le VIA-VILI (Visual Inspection with Acetic Acid (VIA)-VILI (Visual inspection using Lugol Iodine)).
----------------------	--

V.3. Ensemble standard de soins pour les personnes vivant avec le VIH

Toutes les PVVIH devraient bénéficier d'un ensemble de services pour améliorer la qualité de vie, empêcher la transmission du VIH et prévenir la progression de la maladie et la mortalité. L'ensemble de soins standard pour les PVVIH comprend : le TARV ; l'éducation et le conseil en matière de VIH ; le dépistage et la prévention d'infections opportunistes spécifiques ; les services de santé positive, de dignité et de prévention

. ; le dépistage et le soutien en cas de violence basée sur le genre (VBG) ou de violence entre partenaires intimes (VPI). L'ensemble standard de soins devrait toujours être appliqué en utilisant une approche centrée sur le patient et la famille dans la prise en charge des PVVIH.

Tableau 51 : Composantes de l'ensemble standard de soins pour les PVVIH

TARV	<ul style="list-style-type: none"> • Initiation au traitement antirétroviral • Evaluation de l'observance, le conseil et le soutien. • Suivi (clinique et en laboratoire)
Santé positive, dignité et prévention ; dépistage de la violence basée sur le genre (VBG) et de la violence entre partenaires intimes (VPI) ; et éducation/conseil en matière de VIH.	<ul style="list-style-type: none"> • Annonce • Dépistage cas index • Utilisation de préservatifs • Planification familiale • Dépistage, prévention et traitement des IST • Conseils et soutien en matière d'observance • Prophylaxie pré-exposition pour les partenaires sexuels séronégatifs. • Dépistage et soutien en matière de VBG/VIH • Éducation/conseil en matière de VIH
Dépistage et prévention des infections opportunistes	<ul style="list-style-type: none"> • Traitement préventif au cotrimoxazole • Tuberculose (TB) <ul style="list-style-type: none"> o Intensification de la recherche de cas o Traitement préventif de la tuberculose o Traitement antirétroviral pour les patients co-infectés par la TB et le VIH • Cryptococcose méningée
Services santé de la reproduction	<ul style="list-style-type: none"> • Dépistage et prise en charge des IST • Services de planification familiale • Soins de santé maternelle • Dépistage du cancer du col de l'utérus
Dépistage et prise en charge des maladies non transmissibles (MNT).	<ul style="list-style-type: none"> • Hypertension • Diabète • Dyslipidémie • Maladie rénale chronique • Autres MNT
Dépistage et prise en charge de la santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> • Dépression • Anxiété • Stress • Traumatisme

	<ul style="list-style-type: none"> ● Consommation/dépendance d'alcool et de drogues
Services nutritionnels	<ul style="list-style-type: none"> ● Évaluation ● Conseil et éducation ● Prise en charge et soutien

V.4. Thérapie antirétrovirale chez les adultes

Un traitement antirétroviral ininterrompu et une observance stricte permettront de maintenir un taux de CV indétectable, évitant ainsi d'endommager le système immunitaire de l'organisme en réduisant la morbidité et la mortalité liées au sida, ainsi que le risque de transmission sexuelle et verticale du VIH.

Les critères de préparation au TARV peuvent être utilisés pour déterminer les problèmes à résoudre au moment de l'initiation du TARV. L'initiation au TARV le même jour présente des avantages supplémentaires pour la prévention du VIH (par exemple, pour les femmes enceintes et celles qui allaitent, ainsi que pour le partenaire séropositif dans le cas d'une grossesse ou d'un accouchement), et est associée à une meilleure rétention, à une meilleure suppression virale et à une plus grande efficacité du traitement, de la rétention, de la suppression virale et de la survie.

Le résumé des différents protocoles sera résumé dans le tableau ci-dessous.

Tableau 52 : Résumé des différents protocoles ARV pour les patients naïfs

Population	1 ^{re} ligne	2 ^e ligne	3 ^e ligne
Enfants, adolescents et adultes (y compris FEC et FAP)	2 NRTIs + DTG	2 NRTIs + (ATV/r or LPV/r)	DRV/r + DTG ± 1-2 NRTIs (<i>considérer le génotypage pour l'optimisation du TARV</i>)

VI. PRISE EN CHARGE DE L'ÉCHEC THÉRAPEUTIQUE

a) Surveillance et modification du traitement antirétroviral

- Les objectifs de la surveillance clinique et biologique au cours du TARV sont d'identifier et de traiter les maladies intercurrentes, d'évaluer et de gérer les effets indésirables des médicaments et d'évaluer la réponse au traitement.
- Les recommandations de surveillance biologique de routine sont décrites dans le tableau 52. Toutefois, des examens complémentaires doivent être demandés chaque fois qu'il existe une suspicion clinique pour laquelle un résultat d'un examen biologique peut modifier la prise en charge du patient.
- Les indications de changement de TARV comprennent l'optimisation du traitement pour les patients dont la charge virale est indétectable, la gestion des réactions indésirables ou de la toxicité, des interactions médicamenteuses, des comorbidités et de l'échec du traitement.
- Optimisation du traitement pour les patients dont la charge virale est supprimée par un
- Il a été démontré que le dolutégravir présente une tolérance et une efficacité supérieure à celle de l'efavirenz et du LPV/r et qu'il est désormais préféré comme traitement de première intention pour les enfants, les adolescents et les adultes.
- Au Cameroun, la plupart des adultes sont passés à un régime contenant du DTG.

Les patients qui commencent un traitement antirétroviral doivent être informés des effets secondaires potentiels de ce traitement et de tous les autres médicaments prescrits. Les effets indésirables peuvent avoir un impact significatif sur l'adhésion du patient et doivent être identifiés rapidement et gérés de manière agressive. Tous les effets indésirables doivent être signalés à la DPML à l'aide des outils de pharmacovigilance existants.

Les EIM significatifs les plus courants associés aux ARV qui peuvent nécessiter une substitution médicamenteuse sont résumés dans le tableau ci dessous.

Tableau 53 : Effets indésirables courants et significatifs des médicaments

ARV	Réaction indésirable au médicament	Situations à haut risque/Commentaires
INTIs		
ABC	Réaction d'hypersensibilité à l'ABC	Ne pas renouveler la prescription
AZT	Anémie, neutropénie	Facteurs de risque : CD4 < 200 cellules/mm ³ ; IMC < 18,5 (ou poids corporel < 50 kg) ; anémie au départ ; utilisation concomitante d'autres médicaments présentant des effets indésirables similaires (cotrimoxazole, gancyclovir, ribavirine),
	Acidose lactique	Facteurs de risque : Grossesse ; obésité
	Lipoatrophie	Facteurs de risque : Faible taux de CD4
TDF	Dysfonctionnement rénal	Facteurs de risque : Maladie rénale sous-jacente ; âge > 60 ans ; IMC < 18,5 (ou poids corporel < 50 kg) ; diabète ; hypertension ; utilisation concomitante d'IP ou de médicaments néphrotoxiques Éviter chez les patients ayant une CICr < 50ml/minute à moins qu'il n'y ait pas d'alternative appropriée telle que nécessaire pour traiter la co-infection VIH/HBV si le TAF n'est pas disponible.
INNTIs		
Tous les INNTI	Éruption (NVP>>EFV>ETR)	Gérer l'éruption
EFV	Effets secondaires sur le SNC	Facteurs de risque : Trouble psychiatrique préexistant
	Gynécomastie	Passer de l'EFV à une alternative et consulter si la gynécomastie ne s'améliore pas.
IP		
Tous les IP boosté par le Ritonavir	Intolérance gastro-intestinale (LPV/r>DRV/r>ATV/r)	Consulter pour obtenir une recommandation sur un régime alternatif
	Dyslipidémie (LPV/r>DRV/r>ATV/r)	Facteurs de risque : Obésité ; mode de vie sédentaire ; alimentation riche en graisses saturées et en cholestérol
ATV/r	Hyperbilirubinémie	Cela ne nécessite une substitution de médicament que si l'effet cosmétique de la jaunisse est susceptible d'interférer avec l'adhésion du patient.
DRV/r	Éruption cutanée/hypersensibilité	Facteurs de risque : allergie aux sulfamides

ARV	Réaction indésirable au médicament	Situations à haut risque/Commentaires
INSTI		
Tous les INSTI	Prise de poids	Facteurs de risque : femmes ; utilisation concomitante de TAF (Ténofovir alafenamide Fumarate) Fournir des conseils sur l'alimentation saine et l'activité physique afin de maintenir un poids sain.
	Éruption cutanée/hypersensibilité	Consulter
DTG	Insomnie	Donner le matin ; s'il n'y a pas d'amélioration, essayer de donner avec un repas pauvre en graisses ou à jeun.

- **Changement d'ARV en raison d'interactions médicamenteuses**

Lors de chaque visite, les patients doivent être interrogés sur les autres médicaments qu'ils prennent (y compris les médicaments en vente libre et les plantes médicinales). Certains médicaments courants ont des interactions médicamenteuses spécifiques qui peuvent nécessiter un ajustement de la dose ou une substitution de l'ARV ou des autres médicaments qui interagissent.

Il est recommandé de vérifier les interactions à chaque fois que l'on commence à prendre un nouveau médicament.

- **Changement d'ARV en cas d'échec du traitement**

La charge virale est le test de choix pour surveiller la réponse au traitement antirétroviral et identifier les échecs thérapeutiques.

Le premier test de charge virale doit être effectué six mois après le début du traitement pour toutes les personnes vivant avec le VIH. L'échec du traitement doit être suspecté lorsqu'une affection nouvelle ou récurrente associée au VIH et indiquant une immunodéficience sévère (stade III ou IV de l'OMS) apparaît après au moins 6 mois de traitement antirétroviral. L'échec du traitement doit toujours être confirmé par un examen de CV.

La fréquence de la surveillance systématique de la CV pour des populations spécifiques est la suivante :

- Âge Adulte : à 6 mois après le début du TAR, puis au 12e mois et
- Tous les ans avant de procéder à une substitution médicamenteuse

La virémie persistante de bas niveau (PLLV) est définie comme une virémie comprise entre 50 et 999 copies/ml lors de deux mesures consécutives. Ces patients présentent un risque accru de progression vers l'échec du traitement, le développement d'une résistance et le décès et nécessitent donc une approche de prise en charge similaire à celle des patients dont la CV est $\geq 1\ 000$ copies/ml.

Le manque d'observance est la cause la plus fréquente d'échec du traitement. Selon l'algorithme de suivi de la charge virale, les problèmes d'observance doivent être résolus AVANT de confirmer l'échec du traitement. Tous les problèmes d'observance doivent être résolus avant de passer à un nouveau régime, sinon le patient échouera rapidement au nouveau régime et n'aura bientôt plus d'options viables en matière de traitement antirétroviral.

Une exception à cette règle peut être faite lorsque le traitement lui-même est la cause principale de la mauvaise observance (par exemple, les effets secondaires de l'un des ARV ne sont pas gérables, comme une diarrhée sévère avec le LPV/r qui ne s'améliore pas avec la prise en charge des symptômes), auquel cas il peut être nécessaire de modifier le traitement pour permettre une parfaite observance.

Le chapitre 5 fournit des conseils détaillés sur la préparation, l'évaluation et le soutien de l'observance.

b) Définition de l'échec thérapeutique et virologique

L'échec du traitement est suspecté lorsqu'un patient présente une CV élevée $\geq 1\ 000$ copies/ml après au moins 6 mois d'utilisation d'un traitement antirétroviral. L'échec du traitement n'est confirmé que lorsque la CV est $\geq 1\ 000$ copies/ml après avoir évalué et traité les problèmes d'observance ou d'autres raisons expliquant la CV élevée et après avoir répété la CV après au moins 3 mois d'observance améliorée pour permettre une re-suppression virale.

L'échec thérapeutique peut-être clinique, immunologique et/ou virologique. La mesure de la charge virale 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).

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 ;
- **Suppression virale ou Charge virale supprimée** : CV < 1000 copies d'ARN/ml,
- **Échec virologique** : CV ≥ 1000 copies/ml, traduisant soit une inobservance/interruption thérapeutique (surtout pour les virémies ≥ 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).

Le tableau ci-dessous présente les caractéristiques des échecs

Tableau 54 : Définitions cliniques, immunologiques et virologiques de l'échec thérapeutique

Types	Caractéristiques
Échec clinique	Enfants : Événement clinique nouveau ou récurrent indiquant une immunodéficience sévère ou avancée après 6 mois de traitement efficace. Adultes et adolescents : Événement clinique nouveau ou récurrent indiquant une immunodéficience sévère après 6 mois de traitement efficace.

Échec immunologique	<p>Adultes et adolescents : Numération des CD4 égale ou inférieure à 250 cellules/mm³ suivant un échec clinique ou persistance d'une numération de CD4 inférieure à 100 cellules/mm³.</p> <p>Enfants âgés de moins de 5 ans : Persistance d'une numération de CD4 inférieure à 200 cellules/mm³.</p> <p>Âgés de plus de 5 ans : Persistance d'une numération de CD4 inférieure à 100 cellules/mm³</p>
Échec virologique	Charge virale ≥ 1000 copies/ml déterminée par 2 mesures consécutives à 3 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).

La figure ci-dessous présente l'algorithme d'interprétation de la charge virale

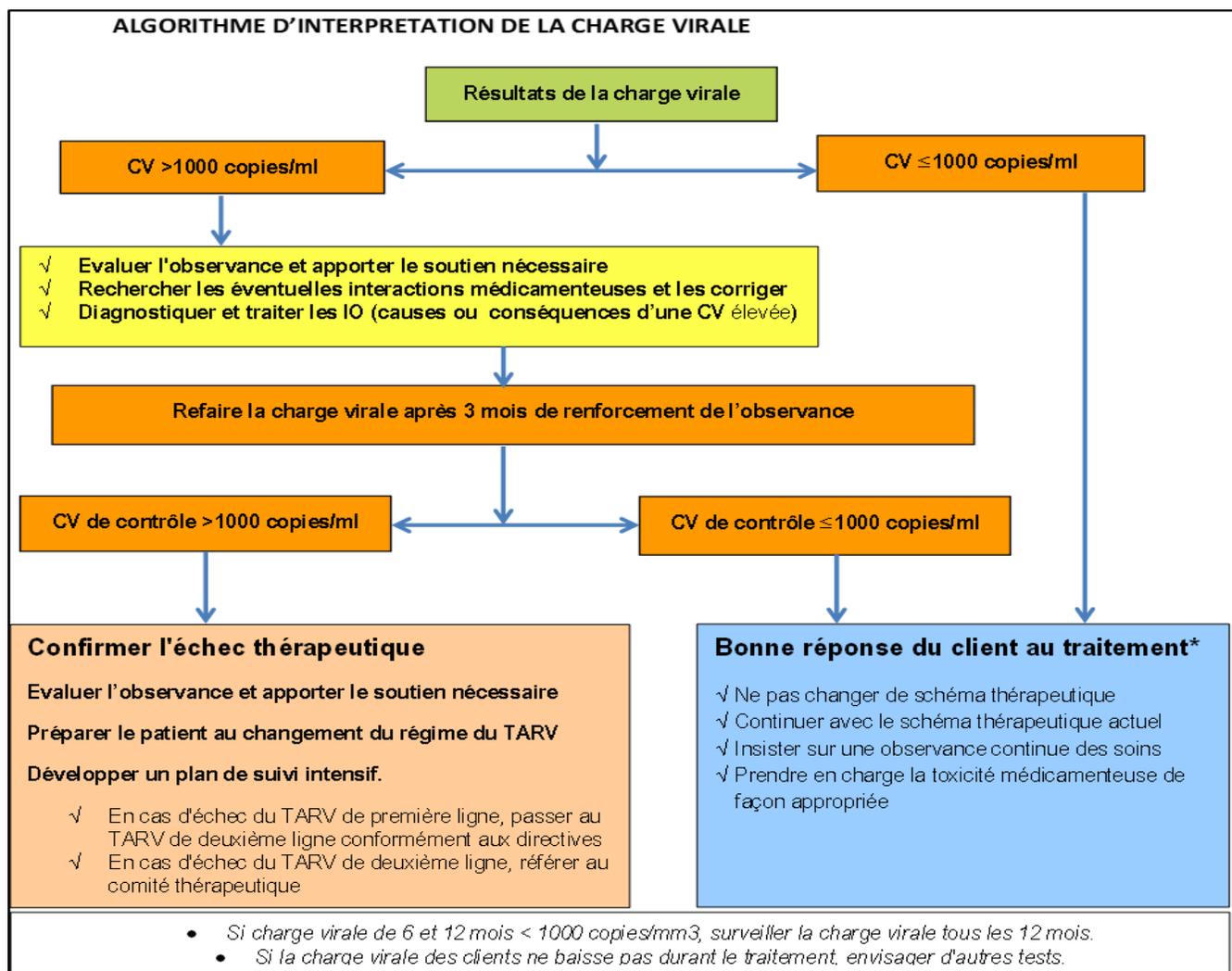


Figure 9 : Algorithme d'interprétation de la charge virale

c) Causes de l'échec thérapeutique

Facteurs viraux

- Résistance acquise aux médicaments : les patients peuvent développer des mutations résistantes aux ARV si l'observance maximale ($\geq 95\%$) n'est pas maintenue.
- Résistance transmise aux ARV : les patients peuvent être infectés par un virus résistant aux ARV lors de leur exposition initiale ou être réinfectés par un virus résistant aux médicaments pendant leur thérapie.

Facteurs non viraux

L'échec du traitement du VIH peut survenir lorsque les taux plasmatiques d'ARV n'atteignent pas le niveau thérapeutique qui peut être dû aux :

Facteurs liés à l'hôte :

- Mauvaise observance du TARV;
- Malnutrition.
- Malabsorption des médicaments;
- Choix du schéma thérapeutique initial du TAR, faible puissance ou dosage inapproprié ;
- Interactions médicamenteuses.

d) Substitution et switch des ARV

La **substitution** est le remplacement d'un ou deux médicaments ARV d'un régime par un autre médicament de la même classe généralement à cause de ce qui suit :

- Toxicité/réaction indésirable aux médicaments
- Co-morbidité
- Interaction médicamenteuse...

Le « **switch** » est considéré comme le passage d'un protocole de première ligne à un protocole de deuxième ligne ou d'un protocole de deuxième ligne à un protocole de troisième ligne.

e) Protocole de 2e ligne

Le protocole de seconde ligne consiste à associer deux INTI à un IP boosté (LPV/r ou ATV/r) par le ritonavir chez les enfants, adolescents et adultes.

Le choix de l'INTI pour le traitement de deuxième ligne est déterminé par l'INTI qui a été utilisé dans le traitement de première ligne. Si l'**ABC + 3 TC** ou le **TDF + 3 TC** ont été utilisés, l'**AZT + 3 TC** devrait être utilisé dans le cadre du traitement de deuxième intention et vice versa.

Chez l'enfant l'Atazanavir n'est utilisé qu'à partir de 6 ans.

Les protocoles de 2e chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte sont déclinés ci-dessous :

Tableau 55 : protocole de 2e ligne chez l'adulte y compris les FEC et FA

Populations	Échec d'un protocole de 1 ^{re} ligne	2 ^e ligne
Adultes	<ul style="list-style-type: none">• TDF/3 TC/DTG• TDF/3 TC/EFV	<ul style="list-style-type: none">• ABC/3 TC + LPV/r (ou ATV/r)

Populations	Échec d'un protocole de 1 ^{re} ligne	2 ^e ligne
		<ul style="list-style-type: none"> AZT/3 TC + LPV/r (ou ATV/r)
Co-infection TB/VIH	<ul style="list-style-type: none"> Si régime à base de LPV/r Il est préférable de passer à un régime à base de DTG (avec une dose supplémentaire de DTG 50 mg) et, si cela n'est pas possible, un ajustement de la dose de LPV/r à travers le super boosting (qui revient à augmenter la dose de ritonavir de façon à ce que le ratio LPV : RTV=1 Régime à base d'ATV/r il est préférable de remplacer l'ATV/r par le DTG (avec une dose supplémentaire de DTG 50 mg) 	

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.

Gestion des échecs de traitement de deuxième ligne :

Les patients en échec du traitement de 2e 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 mensuelle de l'observance et incitation à l'amélioration de cette observance par toutes les approches nécessaires y compris l'évaluation et prise en charge appropriée d'une éventuelle maladie mentale.

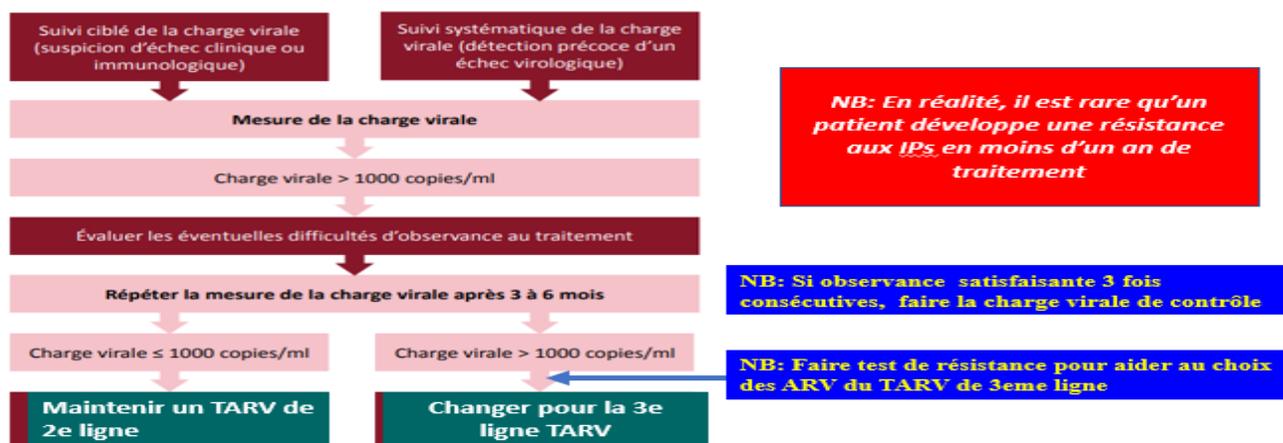


Figure 10 : Interprétation de la charge virale ciblée

- Si CV ≤ 1000 copies, maintenir le même régime de traitement ARV

- Si CV>1000 copies, **demandez 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^e ligne

f) Traitement de 3e ligne

Le traitement de troisième ligne désigne le traitement antirétroviral proposé aux PvVIH en cas d'échec thérapeutique de deuxième ligne.

La gestion des cas d'échec du traitement de 2^e ou 3^e ligne sera guidée par **le profil de résistance (génotypage)**. Cependant, les protocoles de 3^e ligne doivent comprendre de nouveau ARV avec : **IP de 2^e génération (DRV/r), INI (RAL ou DTG)**.

Le choix thérapeutique tiendra compte des molécules sensibles. Ces cas devront être pris en charge dans des CTA de référence par des comités d'expert.

NB : Il est bien de préciser que le génotype seul peut être trompeur en l'absence d'un historique complet du traitement antérieur, notamment le protocole (molécules) et la durée du traitement parce que les mutations de médicaments précédents sont archivées une fois la pression médicamenteuse supprimée, cela peut être trompeur du moment où nous ne faisons pas de test de résistance après chaque protocole.

VII. SITUATIONS SPECIALES

Les situations suivantes peuvent entraîner une modification du protocole thérapeutique

Situations spéciales	Adaptation (protocole et Dose)
Coinfection TB/VIH sous TLD	Prendre 1cp de TDF/3 TC/DTG plus 1cp supplémentaire de DTG (50 mg) 12 heures de temps après le TLD continuer la dose supplémentaire de DTG (50 mg) jusqu'à 2 semaines après la fin du traitement antituberculeux
Coinfection TB/VIH sous TLE 400	Maintenir le TLE 400 à la même dose (si toujours efficace)
Patients présentant une co-mobordite VIH/insuffisance rénale	Éviter le TDF dans le protocole et mettre préférentiellement ABC/3 TC,
Co-mobordité VIH/Hépatite B	Toujours garder le TDF dans leur protocole même en cas de passage en deuxième ligne
Co-mobordité VIH/Hépatite C	Éviter l'AZT dans leur protocole
Co-infection TB/VIH sous protocole de 2e ligne à base de ATV/r ou LPV/r	<ul style="list-style-type: none"> • Si protocole à base d'ATV/r n'ayant jamais reçu de DTG, changer l'ATV/r par le DTG à double dose jusqu'à 2 semaines après la fin du traitement anti-TB (et maintenir le patient sous ce protocole) • Si protocole à base d'ATV/r ayant déjà reçu de DTG, changer l'ATV/r par le LPV/r + RTV • Si protocole à base de LPV/r augmenter le RTV jusqu'à obtenir un rapport de 1/1

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

- **CAT après Arrêt ≤ 1 mois** : renforcer l'observance, poursuivre le même protocole ;
- **CAT après Arrêt > 1 mois** : renforcer l'observance 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(e) conseiller (ère) formé(e) à cet effet.

Le continuum des soins de l'infection à VIH va du lien au traitement, à l'engagement des patients en passant par la rétention. Cependant, ce processus n'est pas dynamique et est marqué par des périodes de désengagement des patients du système de soins. Le patient désengagé est donc vivant, mais n'est plus sous traitement ARV.

Le tableau ci-dessous contient quelques interventions pour pallier cette situation.

Tableau 56 : Stratégie de réengagement dans les soins

Action à entreprendre	Stratégies de réengagement
Identification des PVVIH désengagés à travers les outils (registres, fiches...)	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi (Tracking) à travers les visites à domicile, les appels téléphoniques ; • Encourager les patients à revenir à la Fosa • Identifier les raisons du désengagement, • Soutenir le retour des patients • Lever les barrières • Revoir les attitudes négatives des prestataires (discriminations, stigmatisation) • Renforcer l'observance • Initier le même protocole ARV avant l'interruption pour une durée d'un mois • Proposer le dépistage des cas index • Prélever la charge virale en fonction de l'algorithme national • Faire si possible les CD4 avant son réengagement
Amélioration du rapportage des transferts et des décédés	
Se rassurer que les patients transférés sont effectivement pris en charge dans les FOSA destinataires	
Classification des patients par catégorie afin d'améliorer le suivi	

Continuité de services

- Il est recommandé de fournir aux PvVIH un soutien communautaire afin d'améliorer la rétention dans les soins.
- Des interventions doivent être mises en œuvre pour retrouver les personnes qui se sont désengagées des soins et fournir un soutien pour le réengagement.

- Des prestataires de soins qui ne sont pas médecins, des sages-femmes et des infirmiers qui sont formés peuvent maintenir le TARV.
- Les agents de santé communautaires formés et supervisés peuvent dispenser le traitement ARV entre les visites cliniques régulières pour les patients établis dans les soins.

CHAPITRE 6 : PHARMACOVIGILANCE DU TRAITEMENT ARV

La pharmacovigilance (PV) est définie comme la science et les activités relatives à la détection, à l'évaluation, à la compréhension et à la prévention des effets indésirables ou de tout autre problème lié aux médicaments, y compris les erreurs de prescription, le mauvais usage et l'abus des médicaments

Une bonne pratique de pharmacovigilance permet d'identifier les risques et les facteurs de risque dans les plus brefs délais afin d'éviter ou de minimiser les dommages. En général, en cas de toxicité ou d'hypersensibilité grave et potentiellement mortelle, le TARV doit être arrêté jusqu'à ce que les symptômes aient disparu et qu'un protocole de substitution puisse être instauré en toute sécurité.

La pharmaco résistance aux ARV est la diminution progressive de l'efficacité d'un médicament dans le traitement de l'infection à VIH. Elle est la conséquence des mutations qui surviennent sur le génome viral à cause d'une faible pression médicamenteuse (manque d'observance).

I. CHAMP D'APPLICATION DE LA PHARMACOVIGILANCE

Le champ d'application de la pharmacovigilance a connu une croissance remarquable ces derniers temps et les domaines suivants sont à inclure :

- Effets ou événements indésirables ;
- Erreurs médicamenteuses ;
- Médicaments contrefaits ou de qualité inférieure ;
- Inefficacité des médicaments ;
- Mauvaise utilisation et/ou abus des médicaments ;
- Interaction médicamenteuse.

I.1. Effets indésirables et effets secondaires des médicaments

L'OMS définit l'**effet indésirable** d'un médicament (EIM) comme « une réaction nocive et non voulue et non intentionnelle à un médicament, qui se produit à des doses normalement utilisées chez l'homme pour la prophylaxie, le diagnostic ou la thérapie d'une maladie, ou la modification d'une fonction physiologique ». L'**effet secondaire** désigne l'effet non intentionnel d'un produit de santé survenant à des doses normalement utilisées chez l'homme et qui est lié aux propriétés pharmacologiques du médicament. En effet, lorsque l'effet secondaire est délétère (néfaste), il devient un effet indésirable, c'est-à-dire non souhaité. La possibilité de survenue des effets indésirables représente un risque, qu'il faudra mettre en balance avec l'efficacité thérapeutique, autrement dit le bénéfice attendu pour le patient.

La surveillance active (ou proactive) de la sécurité signifie que des mesures actives sont prises pour détecter les événements indésirables. Cette surveillance est assurée par le comité

national de pharmacovigilance. Un suivi actif après le traitement et les événements peut être fait en interrogeant directement les patients ou en examinant les dossiers des patients. La méthode la plus complète de pharmacovigilance active est la surveillance des événements de cohorte. Il s'agit d'une méthode adaptable et puissante permettant d'obtenir des données complètes et de qualité. D'autres méthodes de surveillance active comprennent l'utilisation de registres, le couplage d'enregistrements et l'analyse des résultats de laboratoire.

Tableau 57 : Classification des effets indésirables des médicaments

Intensité	Description
Minime	Aucun antidote ou traitement n'est nécessaire ; l'hospitalisation n'est pas prolongée.
Modérée	Une modification du traitement est nécessaire ; (p. ex., modification de la posologie, addition d'un médicament), mais pas nécessairement l'arrêt du médicament ; l'hospitalisation peut être prolongée ou un traitement spécifique peut être nécessaire.
Grave	L'effet médicamenteux indésirable met potentiellement la vie du patient en danger et nécessite l'arrêt du médicament ou de la drogue et un traitement spécifique de l'effet médicamenteux indésirable.
Létal	L'effet médicamenteux indésirable contribue directement ou indirectement au décès du patient.

Tableau 58 : Effets secondaires majeurs des ARV et conduite à tenir

ARV	Toxicité majeure	CAT
INTIs		
ABC	<ul style="list-style-type: none"> Réaction d'hypersensibilité 	<ul style="list-style-type: none"> Ne pas utiliser en présence de ce gène (HLA B5701) Surveillance des transaminases (ASAT, ALAT)
AZT	<ul style="list-style-type: none"> Anémie, neutropénie Acidose lactique ou hépatomégalie sévère avec stéatose ; Lipoatrophie ou lipodystrophie ; Myopathie 	<ul style="list-style-type: none"> Substituer par TDF ou ABC Contrôler NFS pour rechercher l'anémie et la neutropénie
TDF	<ul style="list-style-type: none"> Maladie rénale chronique ou aiguë (syndrome de Fanconi) Diminution de la densité minérale osseuse Acidose lactique ou sévère hépatomégalie stéatose hépatique 	<ul style="list-style-type: none"> Surveillance de la fonction rénale (créatinémie) Surveillance des transaminases (ASAT, ALAT) Remplacer par AZT ou ABC. Ne pas initier TDF si Cl créatinine <50 ml/min, hypertension non contrôlée, diabète non traité ou maladie rénale.
INNTIs		
EFV	<ul style="list-style-type: none"> Persistance des troubles du SNC (vertiges, insomnies et cauchemars) ou troubles mentaux (anxiété, dépression et confusion mentale), Convulsion Hépatotoxicité, gynécomastie Hypertriglycéridémie hypercholestérolémie est Réactions cutanées ou d'hypersensibilité sévère 	<ul style="list-style-type: none"> Utiliser DTG Surveillance des transaminases (ASAT, ALAT) Prise de préférence au coucher Faire un Bilan lipidique Pour une hépatotoxicité sévère, changer de classe IP/r ou inhibiteur de l'intégrase (DTG)
NVP	<ul style="list-style-type: none"> Hépatotoxicité Rash cutané, réaction d'hypersensibilité (Stevens Johnson) 	<ul style="list-style-type: none"> Surveillance des transaminases (ASAT, ALAT) En cas d'hépatotoxicité modérée, remplacer par EFV y compris enfant de 3 ans et plus

		<ul style="list-style-type: none"> En cas d'hépatotoxicité sévère, substituer par une classe ARV différente telle qu'IP/r ou inhibiteur de l'intégrase
ATV/r	<ul style="list-style-type: none"> Anomalies à ECG (allongement PR et QRS) Hyperbilirubinémie indirecte Lithiase rénale 	<ul style="list-style-type: none"> Faire attention en cas d'utilisation de médicaments qui peuvent allonger le QT Substituer avec LPV/r ou DRV/r. En cas de contre-indication aux IP/r et échec aux INNTI, passer aux inhibiteurs de l'intégrase.
IP		
LPV/r	<ul style="list-style-type: none"> Anomalies à ECG (allongement PR et QRS, torsade de pointe) Hépatotoxicité, Pancréatite ; diarrhée Dyslipidémie 	<ul style="list-style-type: none"> Faire attention en cas d'utilisation de médicaments qui peuvent allonger le QT Si LPV/r est utilisé en 1^{re} ligne chez les enfants utilisés RAL ou DTG si disponibles (enfant de plus de 6 ans) sinon EFV, NVP ou ATV/r. Si LPV/r est utilisé en 2^{de} ligne chez les adultes (échec aux INNTI), remplacé par un inhibiteur intégrase (DTG).
DRV/r	<ul style="list-style-type: none"> Hépatotoxicité Réactions cutanées ou d'hypersensibilités sévères 	<ul style="list-style-type: none"> Surveillance des transaminases Remplacer par ATV/r ou LPV/r. En cas d'utilisation en 3^e ligne, les options sont limitées. En cas d'hypersensibilité substituer par une classe différente telle qu'un inhibiteur de l'intégrase.
IN		
DTG	<ul style="list-style-type: none"> Hépatotoxicité ; réaction d'hypersensibilité Insomnie Dépression Non fermeture du tube neural Hypertension artérielle Troubles lipidiques (étude NAMSAL) Obésité, hyperglycémie → Facteurs de risque HTA*(Journal Dovepress Étude de KASOMA Mutebi en Ouganda) 	<ul style="list-style-type: none"> Substituer avec EFV ou IP/r Prendre le comprimé le matin ou substituer par IP/r ou RAL Surveillance de la pression artérielle systématique Prise de poids systématique
RAL	<ul style="list-style-type: none"> Rhabdomyolyse, myopathie, myalgie Hépatite Rash cutanée sévère ou réaction d'hypersensibilité 	<ul style="list-style-type: none"> Arrêter les ARV jusqu'à l'arrêt des symptômes puis remplacer par IP/r.

I.2. Principales interactions entre les ARV et les autres médicaments et gestion des effets indésirables

On parle d'interactions médicamenteuses lorsqu'un médicament modifie la concentration d'un autre médicament dans le sang, ou encore lorsque deux médicaments pris ensemble ont des effets additifs (1+1=2), synergiques (1+1=3) ou antagonistes (1+1=0).

I.2.1. Surveillance de la toxicité du DTG

Les éléments cliniques suivants sont utiles à prendre en considération :

- des conseils adéquats sur les changements de mode de vie et d'alimentation pour tous ceux qui prennent du poids ;
- utiliser la pression artérielle de routine pour évaluer l'hypertension, avec une attention particulière au risque d'hypertension pendant la grossesse ;
- surveillance et traitement des paramètres métaboliques – surveillance du glucose et des lipides si disponibles en routine ; et
- surveillance du poids et des complications associées dans le cadre de la surveillance active ou de routine.

1.2.2. Les interactions et médicaments associés

Certains ARV sont plus à risque que d'autres de présenter des interactions médicamenteuses. Les INNTI et plus particulièrement les IP sont à risque d'interagir avec d'autres médicaments.

Les interactions citées ci-après ne sont pas exhaustives. Elles ont été sélectionnées en fonction des risques encourus et de la fréquence de prescriptions.

1.2.3. Principales interactions entre ARV et médicaments associés

Pathologie associée à l'infection VIH	Interactions	Conduite à tenir
Tuberculose	Rifampicine et Dolutegravir Une mesure de la concentration plasmatique peut être réalisée pour valider la posologie.	Doubler la posologie du Dolutégravir (50 mg x2/j) (sous réserve de l'absence de mutation de résistance aux anti-intégrases).
Cancer	Zidovudine et anticancéreux (myelotoxicité) TDF et méthotrexate, pentrexed, cyclophosphamide, ou sels de platine	Surveillance de la fonction rénale
Diabète	Dolutégravir et metformine	Surveillance de la glycémie Adaptation de posologie de la metformine
Atteintes œsogastroduodénal	IPP et la majorité des ARV	Espacer les prises de 2 et 6h. entre les deux médicaments
Asthme	● Budésonide, fluticasone et Ritonavir.	Seule la béclométhasone est autorisée.
Dyslipidémies	Simvastatine, atorvastatine et ARV	● Privilégier la pravastatine ou la rosuvastatine

		<ul style="list-style-type: none"> ● Utiliser les statines avec précaution en cas antiviraux directs de l'hépatite C. ● Envisager d'interrompre le traitement avec les statines.
Pathologies cardiovasculaires	<ul style="list-style-type: none"> ● Anticoagulants oraux et ARV ● Ritonavir et amiodarone. ● Les dihydropyridines et ARV 	<ul style="list-style-type: none"> ● Contrôler l'INR est recommandé avec les anticoagulants oraux. ● Les dihydropyridines doivent être initiés à la plus faible dose

II. NOTIFICATION DES EFFETS INDÉSIRABLES

La notification spontanée des événements indésirables (EI) liés aux médicaments et d'autres produits de santé constitue la base de tout système de pharmacovigilance. Les notificateurs des événements indésirables (EI) sont : les professionnels de santé du secteur public, privé ou militaire, les industries pharmaceutiques, le public, les sociétés savantes, la société de protection du consommateur le Centre Anti Poison, les laboratoires de biologie médicale, et l'Institut Agronomique. La notification des effets indésirables liés aux médicaments, par le professionnel de santé ou l'industriel qui en a connaissance, est obligatoire.

II.1. Modalités de notification des événements indésirables

La notification intéresse toute présomption d'Événement indésirable relative à tout produit de santé, survenu dans les conditions normales d'utilisation. Elle comporte les éléments suivants relatifs au cas :

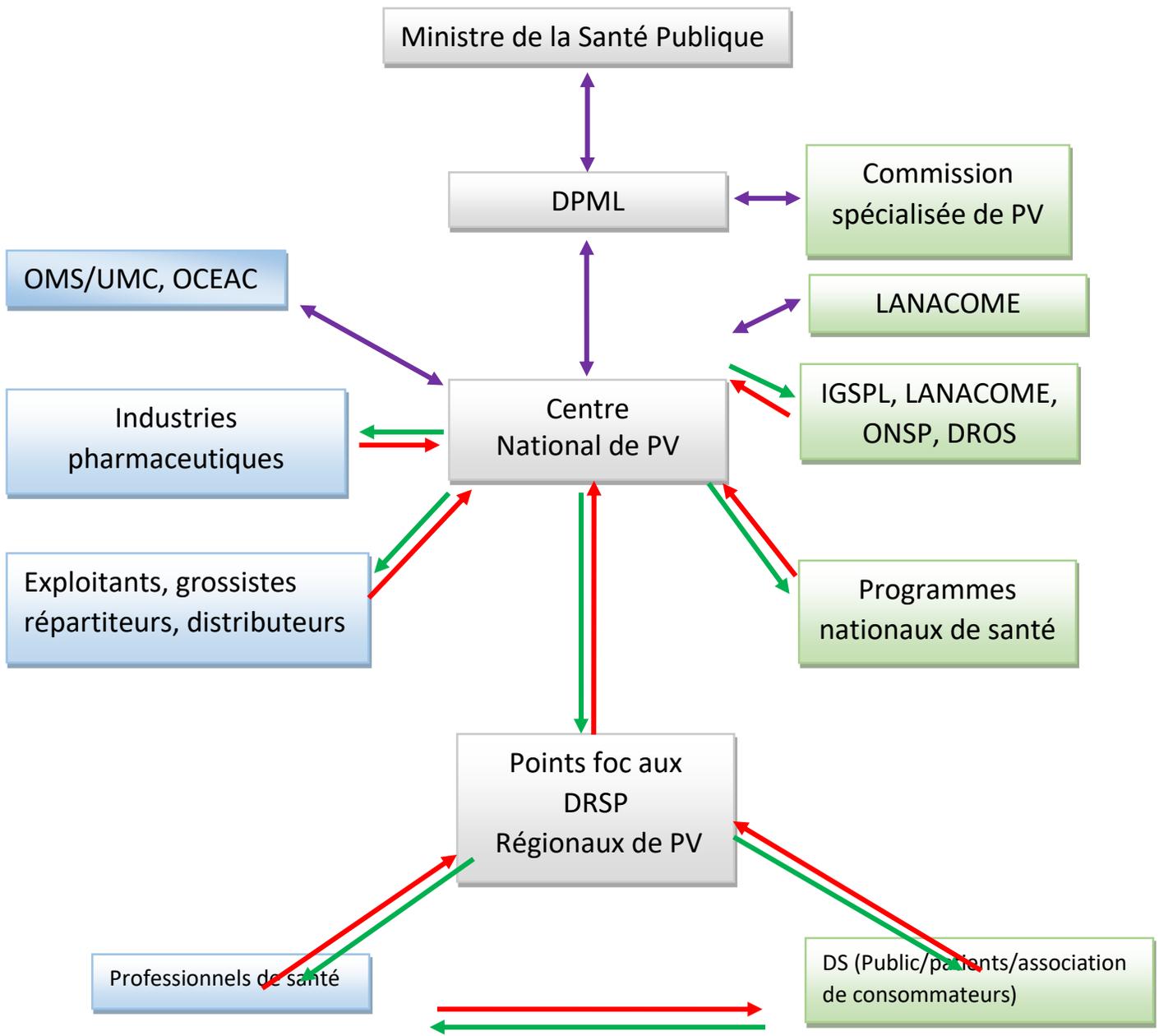
- Le patient : identification et caractéristiques socioéconomiques, antécédents cliniques ;
- L'événement indésirable (EI) lié aux médicaments et produits de Santé ;
- Le médicament ou produit de santé suspect date de début et d'arrêt du traitement ;
- Le notificateur.

Pour les médicaments mis sur le marché : La notification au comité nationale de pharmacovigilance, des effets indésirables médicamenteux graves, doit se faire dans les 7 jours calendaires en cas de décès et mise en jeu du pronostic vital et 15 jours suivant la date, de prise de connaissance pour les autres effets graves.

La transmission des notifications peut se faire par tous les moyens de communication : notamment le site web du **CNPV www.dpml.cm** – **Téléphone** ; - **Fax** ; - **Courrier postal** ; - **Consultation sur place**.

Les effets indésirables non graves doivent être transmis trimestriellement à la Direction du Médicament et de la Pharmacie ; les laboratoires pharmaceutiques peuvent également récupérer trimestriellement, auprès du CNPV, un rapport sur les effets indésirables des médicaments qu'ils commercialisent.

II.2. Schéma du circuit de notification des évènements indésirables



LÉGENDE :

- : Notification d'évènements indésirables
- : Feedbacks, décisions, recommandations
- ↔ : Avis techniques, échanges d'informations sur les notifications enregistrées

III. LA PHARMACORÉSISTANCE DU VIH AUX ARV

La résistance du VIH aux antirétroviraux se définit comme la capacité du virus à se répliquer malgré la présence 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 celui approuvé pour l'utilisation en clinique. Ils permettent d'identifier les mutations de résistance dans les gènes de la transcriptase Inverse (TI), de la protéase, de l'intégrase,

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, , des concentrations plasmatiques d'ARV insuffisantes,(malabsorption et interactions médicamenteuses) et l'utilisation de mauvaises combinaisons d'ARV.

III.1. Indications du test de résistance

- Échec virologique confirmé de 2^{de} ligne de traitement ARV chez les patients adultes,
- Echec de première ligne (si utilisation des inhibiteurs de protéase) chez les enfants ;
- Séroconversion dans le cadre de la PrEP avant initiation d'un TARV.

III.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 thérapeutique optimale, de limiter tout changement inapproprié du traitement, et de préserver les protocoles de deuxième et de troisièmes lignes. Pour une meilleure utilisation en clinique, le test doit être interprété par les cliniciens outillés pour les changements thérapeutiques.

III.3. Prélèvement et transfert des échantillons au laboratoire de référence

Le clinicien qui prescrit le test de résistance envoie le patient au laboratoire pour le prélèvement, après avoir complété le remplissage de la fiche de demande du test de résistance (obligatoire). Cette fiche peut être obtenue en contactant le laboratoire. Les structures sanitaires qui ont une convention avec les laboratoires de référence peuvent effectuer des prélèvements sur site, et envoyer les échantillons au laboratoire en respectant les conditions prévues par ladite convention.

Le délai de rendu des résultats est fixé à un mois entre la réception des échantillons au laboratoire et le rendu des résultats

III.4. Interprétation du test de résistance

L'interprétation des tests de résistance génotypiques prend en compte deux aspects : Une interprétation virologique, qui est effectuée au niveau du laboratoire de référence par l'expert virologue en matière de tests de résistance et une interprétation clinique, qui se fait par le clinicien prescripteur ou le comité thérapeutique en charge du malade.

L'interprétation virologique se fait par analyse du profil des mutations et du sous-type viral, en considération de certaines conditions cliniques, de l'historique thérapeutique et des paramètres immunologiques et virologiques du patient. Un rapport est envoyé au clinicien avec une ou plusieurs propositions des combinaisons thérapeutiques retenues comme les plus efficaces.

La prescription fera l'objet d'une discussion multi disciplinaire

CHAPITRE 7 : OBSERVANCE, RÉTENTION ET SOUTIEN PSYCHOSOCIAL

La prise en charge psychosociale, l'observance au TARV et la rétention aux soins demeurent capitales pour le succès thérapeutique des PVVIH et contribuent à l'atteinte des objectifs 95/95/95 de l'ONUSIDA d'ici 2025. Une faible observance, prise en charge psychosociale et rétention des patients pourrait entraîner des coûts plus élevés non seulement pour l'individu, mais aussi pour les programmes nationaux de traitement antirétroviral. En effet, lorsque les patients échouent dans leur traitement de première ligne, ils doivent passer à des médicaments de deuxième ligne et même de troisième ligne qui sont plus coûteux. IL est donc essentiel de mettre en œuvre des mesures efficaces pour faciliter leur l'adhésion et leur maintien dans le continuum de soins.

I. OBSERVANCE DU TARV

La définition standard de l'observance thérapeutique est de prendre 95 à 100 % du bon médicament, de la bonne manière au bon moment et à la bonne dose (les 4 B : Bon médicament, Bonne dose, Bon moment et Bonne manière selon Peterson et al., 2000). L'observance nécessite un choix éclairé, d'une relation de confiance entre patient/famille/prestataire de soins et la mise en place des procédures d'évaluation pour un meilleur suivi des patients sous TARV.

I.1. Procédures d'évaluation de l'observance

Plusieurs procédures d'évaluation fiables de l'observance au TARV existent pour un meilleur suivi des patients dans les sites de prise en charge. Il s'agit entre autres de :

- ✚ Procédures indirectes d'évaluation de l'observance
 - La séance d'auto-évaluation de l'observance face à face ;
 - Le comptage des pilules à l'aide de l'observance auto déclarée sans compter physiquement les comprimés des patients ;
 - L'échelle visuelle analogique.
- ✚ Procédures directes d'évaluation de l'observance
 - Le comptage physique des pilules
 - L'utilisation des résultats de charge virale

SOP 1 : Séance d'auto-évaluation de l'observance face à face (Adaptée aux adolescents de 15 à 19 ans et adultes)

Pour mener à bien cette séance d'auto-évaluation, le prestataire de soins doit :

- Toujours introduire la séance d'auto-évaluation de l'observance avec un langage qui normalise (Exemple : il est difficile...) la non-observance afin de gagner la confiance du patient et aider à résoudre les problèmes de désirabilité sociale.
- Ensuite, administrer le questionnaire d'auto-évaluation ci-dessous comprenant 04 questions fermées.

Observance auto déclarée (commencer toujours par un langage normalisant)		
01	Avez-vous parfois du mal à vous rappeler de prendre vos médicaments ?	0=Non, 1=Oui
02	Lorsque vous vous sentez mieux, arrêtez-vous parfois de prendre vos médicaments ?	0=Non, 1=Oui
03	En vous rappelant des 4 derniers jours, avez-vous oublié l'une de vos doses ?	0=Non, 1=Oui
04	Parfois, lorsque vous vous sentez mal après avoir pris le médicament, arrêtez-vous d'en prendre par la suite ?	0=Non, 1=Oui

Dans ce cas, l'observance fait référence à la semaine ou au mois précédant l'entretien.

- Après l'entretien, le prestataire conclut l'évaluation comme suit :
 - Si le patient a répondu « non » aux 04 questions, l'observance est bonne ; 03 points > **95 %**
 - Si le patient a répondu « oui » à 01 question, l'observance est modérée/passable ; 02 points = **75-95 %**
 - Si le patient a répondu « oui » à 02 questions ou plus, son observance est faible ; 01 point < **75 %**
- Faire l'ETP en fonction du résultat de l'évaluation ;
- Documenter l'activité ;
- Négocier le prochain rendez-vous.

SOP 2 : Comptage des pilules à l'aide de l'observance auto déclarée sans compter physiquement les comprimés des patients

Tout en maintenant l'introduction de l'entretien par un langage de normalisation comme au SOP1, il faut que le prestataire présente le questionnaire de comptage des pilules à l'aide de l'observance auto déclarée. Ensuite, administrer le questionnaire de comptage des pilules sans douter des réponses du patient.

Questions		Oui ou non	Nombre de comprimés oubliés
01	Avez-vous oublié l'une de vos doses ces 04 derniers jours ?		
02	Avez-vous oublié l'une de vos doses ces 07 derniers jours-semaine dernière ?		
03	Avez-vous oublié l'une de vos doses le mois dernier (30 jours) ?		
04	Dans l'ensemble, pouvez-vous estimer le nombre total de comprimés que vous avez peut-être oubliés au cours du mois dernier ?		

NB : Se rappeler que des événements varient d'un patient à un autre par conséquent l'évaluation dépendra de la capacité du patient à se rappeler.

- Si le client ne peut se rappeler que de ce qui s'est passé les 4 ou 7 jours avant, vous vous arrêtez à ce niveau et évaluez son observance au traitement au cours de ces quatre ou sept derniers jours.
- Dans ce cas, l'observance fait référence à la semaine (si le client ne peut se souvenir que d'une semaine) ou au mois précédant l'entretien.

Calculer le pourcentage d'observance selon la formule ci-dessous :

Nombre de comprimés pris / Nombre de comprimés qui était censé être pris

X 100 = % d'observance

L'observance est alors estimée comme suit :

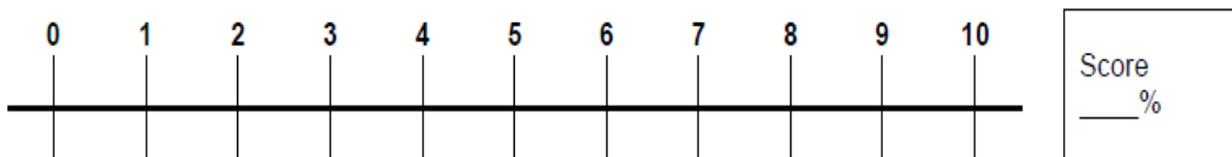
- Si le patient a obtenu un score de 95 % ou plus, son observance est bonne ;
- Si le patient a obtenu un score compris entre 70 et 95 %, son observance est modérée/passable ;
- Si le patient a obtenu un score inférieur à 75 %, son observance est médiocre.
- Faire l'ETP en fonction du résultat de l'évaluation ;
- Documenter l'activité ;
- Négocier le prochain rendez-vous.

SOP 3 : Échelle visuelle analogique (adapté aux adolescents et adultes)

C'est l'une des échelles d'évaluation de la douleur utilisée pour la première fois en 1921 par Hayes et Patterson. Il est souvent utilisé dans des contextes de recherche clinique pour mesurer l'intensité ou la fréquence de divers symptômes. Il a également été utilisé pour évaluer l'observance des patients au traitement de diverses maladies chroniques, dont le VIH.

Le prestataire de soins doit :

- Toujours introduire la séance d'auto-évaluation de l'observance avec un langage qui normalise la non-observance afin de gagner la confiance du patient et l'aider à résoudre les problèmes de désirabilité sociale.
- Ensuite, présenter l'échelle au patient et lui expliquer son interprétation. Mentionner et vérifier qu'il a bien compris comme le décrit la figure ci-dessous :



Lorsqu'on demande au patient d'estimer la quantité d'ARV qu'il a pris au cours du dernier mois. Ce dernier peut pointer :

- Une marque à l'extrémité droite où vous pouvez voir le chiffre dix (10) ce qui signifie que le patient a pris chaque dose de son médicament ;
- Une marque au milieu où vous voyez le chiffre cinq (5) signifie que le patient a pris environ la moitié de son médicament ;
- Une marque à l'extrémité gauche où il y a le chiffre zéro (0) signifie que le patient n'a pris aucun médicament.

Demander ensuite au patient de mettre une marque sur cette ligne entre 0 et 10 pour décrire la meilleure estimation de la quantité de médicaments pris au cours du mois dernier. L'observance est alors estimée comme suit :

- Si le patient a obtenu un score de 95 % ou plus, son observance est bonne ;
- Si le patient a obtenu un score compris entre 75 % et 95 %, son observance est modérée ;
- Si le patient a obtenu un score inférieur à 75 %, son observance est médiocre ;
 - Faire l'ETP en fonction du résultat de l'évaluation ;
 - Documenter l'activité ;
 - Négocier le prochain rendez-vous.

SOP 4 : Utilisation des résultats de charge virale

L'utilisation des résultats de la charge virale est considérée comme la méthode directe d'évaluation de l'observance. Ici, la charge virale est mesurée pour décrire si un patient est observant ou non.

Si CV inférieur à 1000copies /mm³, déclarer le patient observant

Si CV supérieur à 1000 copies/mm³, déclarer le patient non observant

1.2. Obstacles à l'observance

L'observance est un processus qui dure toute la vie. Les obstacles à l'observance doivent être discutés avec le patient/parent ou tuteur avant le début du traitement antirétroviral.

Tableau 59 : obstacles à l'observance selon les facteurs

Types de facteurs	Différents obstacles
Individuels	<ul style="list-style-type: none"> • Oubli des doses • Changements dans les routines quotidiennes • Santé mentale (dépression) • Manque d'intérêt ou le désir de prendre les médicaments • Consommation de substances ou d'alcool • Voyage • Violence domestique • Absence de partage du statut dans la famille et à l'enfant • Croyances culturelles, traditionnelles ou spirituelles • Manque de financement/transport pour retourner à la clinique • Vivre seul ; manque de soutien social de la part de la famille et/ou d'amis • Analphabétisme • Mauvaise compréhension du schéma thérapeutique ou de l'efficacité du TARV • Autostigmatisation
Cliniques	<ul style="list-style-type: none"> • Connaissance du statut sérologique • Durée de traitement ARV • Stade OMS • CV
Liés aux médicaments	<ul style="list-style-type: none"> • Effets indésirables • Complexité des schémas posologiques et restrictions alimentaires • Goût • Quantité de comprimés • Fréquence de dosage
Liés au système de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Charge de travail du prestataire de soins • Rupture des ARV • Personnels non formés en ETP/PEC Psychosociale • Longue distance domicile-FOSA ; • Incapacité à payer les coûts directs ou indirects des soins • Horaires non adaptés • Stigmatisation et discrimination

Des groupes de population spécifiques font face à des défis particuliers 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 des sous populationnels

Population	Obstacles
Femmes enceintes et post-partum	<ul style="list-style-type: none"> ◆ La grossesse et la période post-partum posent d'importants problèmes biologiques, sociaux et économiques susceptibles d'affecter l'observance du TARV. ◆ Nausées et vomissements ◆ Mauvaise utilisation des antirétroviraux, ◆ Absence de partage du statut aux partenaires ◆ Crainte de la stigmatisation et de la discrimination
Adolescents	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Problèmes psychosociaux tels que la pression des pairs, la nécessité perçue de se conformer et une routine quotidienne incohérente.

Population	Obstacles
	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Pour les adolescents en transition de services pédiatriques à adulte, 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 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. ◆ Stigmatisation, Auto stigmatisation
Nourrissons et jeunes enfants	<ul style="list-style-type: none"> • Traiter avec succès un enfant nécessite l’engagement et la participation d’un parent/tuteur responsable. • Les parents et les autres membres de la famille d’enfants vivant avec le VIH peuvent eux-mêmes vivre avec le VIH, et des soins et un traitement non optimal du VIH pour les membres de la famille pourraient entraîner des soins non optimaux pour l’enfant. • Manque de soutien nutritionnel, • Choix limité de préparations pédiatriques, • Charge volumineuse de comprimés ou la taille de la pilule, • Besoins de dosage fréquents et la difficulté à avaler les comprimés • Stigmatisation, Auto stigmatisation
Personnes atteintes de troubles mentaux et toxicomanes	<ul style="list-style-type: none"> • Faible respect du TARV • Oublis, une organisation médiocre et une compréhension insuffisante des plans de traitement • Consommation d’alcool • Stigmatisation • Auto stigmatisation

I.3. Stratégies pour éliminer les obstacles à l’observance

Une fois les obstacles potentiels identifiés, il faut aider les patients/parents ou tuteurs à les surmonter. Les interventions et stratégies comprennent :

- Orienter les patients vers des groupes de soutien et les groupes de parole en communauté ou dans la FOSA ;
- Identifier des membres de la famille/de la communauté pour un soutien ;
- Lier le patient avec les services de soutien social - transport, nourriture ;
- Utiliser de piluliers ou calendriers de rappel de prise des ARV ;
- Répéter les séances d’observance pour assurer une compréhension appropriée des problèmes clés ;
- Utiliser le matériel pédagogique illustré pour aider à la compréhension en fonction des problèmes identifiés ;
- Planifier les RDVS fréquents à la FOSA pour surveiller de près l’observance du traitement ;
- Garder les médicaments dans des endroits où ils sont facilement visibles ;
- Encourager les patients à se rendre dans des FOSA géographiquement proches d’eux ;
- Partager le statut VIH avec des membres de la famille/de la communauté qui apportent leur soutien,
- 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 rendez-vous

N.B : Des conseils individuels et en groupe devraient être proposés aux personnes responsables des enfants. Le cas échéant, les enfants devraient être inclus dans les groupes de soutien ou classe thérapeutiques. Les adolescents devraient être inclus dans les groupes de soutien ou clubs une fois que lorsque l'annonce complète de son statut VIH lui a été faite.

Counseling d'aide à l'observance

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

Pour optimiser le soutien à l'observance au TARV chez les adolescents, il faudra :

- Évaluer l'observance et apporter le soutien nécessaire à chaque visite de suivi ou à chaque occasion ;
- 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 ;
- Mettre en place des services conviviaux pour les adolescents
- Encourager les adolescents et 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.

I.4. 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.

✚ En cas d'absence d'un problème d'observance

Faire un counseling de groupe ou individuel, à chaque visite ;

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

En cas d'observance inadéquate ou médiocre

Faire le 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 sur l'administration du TARV (dosage, calendrier, fréquence) ;
- Suscitez toute inquiétude du patient/tuteur concernant les antirétroviraux, les autres médicaments, l'horaire des rendez-vous ;
- Explorer tout changement majeur ou récent dans la vie quotidienne du patient/tuteur qui pourrait perturber l'observance ;
- Mettre à jour le plan de localisation du patient et les informations du contact ;
- Examiner l'efficacité des systèmes de soutien déjà mis en place ;
- Encourager l'introduction des systèmes de soutien standard et améliorés supplémentaires, notamment en offrant des informations complémentaires au besoin, en désignant un responsable de cas et en envisageant les DOT (Traitement directement observé).
- Renforcer les conseils et soutien des patients présentant une charge virale supprimée car des obstacles peuvent survenir et entraver l'observance.

Suivi des patients avec charge virale élevée (≥ 1000 copies/mm³)

Les bénéficiaires de soins sous TARV avec une charge virale > 1000 copies/mm³ sont suspects d'échec du TARV. Ils doivent être enrôlés pour des sessions de renforcement de l'observance pour améliorer l'issue de leur TARV ou pour confirmer l'échec au traitement. Le bénéficiaire de soins devra suivre un minimum de trois séances pour le renforcement de l'observance soit une séance par mois suivi de l'évaluation du processus.

Si les résultats successifs de l'évaluation de l'observance sont bons à la fin des 3 mois, le patient sera considéré comme avoir complété ses séances de renforcement de l'observance et devra immédiatement faire la CV de contrôle.

Si le patient n'a pas complété les 3 séances de renforcement de l'observance, prévoir une quatrième séance et planifier le prélèvement de la charge virale de contrôle.

À l'obtention du résultat de la CV de contrôle, il sera conseillé aux patients avec CV de contrôle < 1000 copies/mm³ de continuer avec le protocole ARV en cours tout en maintenant une bonne observance à laquelle il est parvenu.

Pour les patients avec CV de contrôle > 1000 copies/mm³, l'échec du TARV sera confirmé et il leur sera expliqué que leur TARV n'est plus efficace parce que le virus a déjà développé la résistance au TARV en cours.

Pour les patients en 1^{re} ligne, le prestataire va prescrire un régime TARV de 2^e ligne dont la mise en route sera effectuée immédiatement après une séance d'ETP.

Pour les patients en 2^e ligne, si l'échec du traitement est confirmé, il leur sera demandé de faire le test de résistance dont le résultat viendra orienter la prescription du traitement de 3^e ligne. (Voir figure ci-dessous)

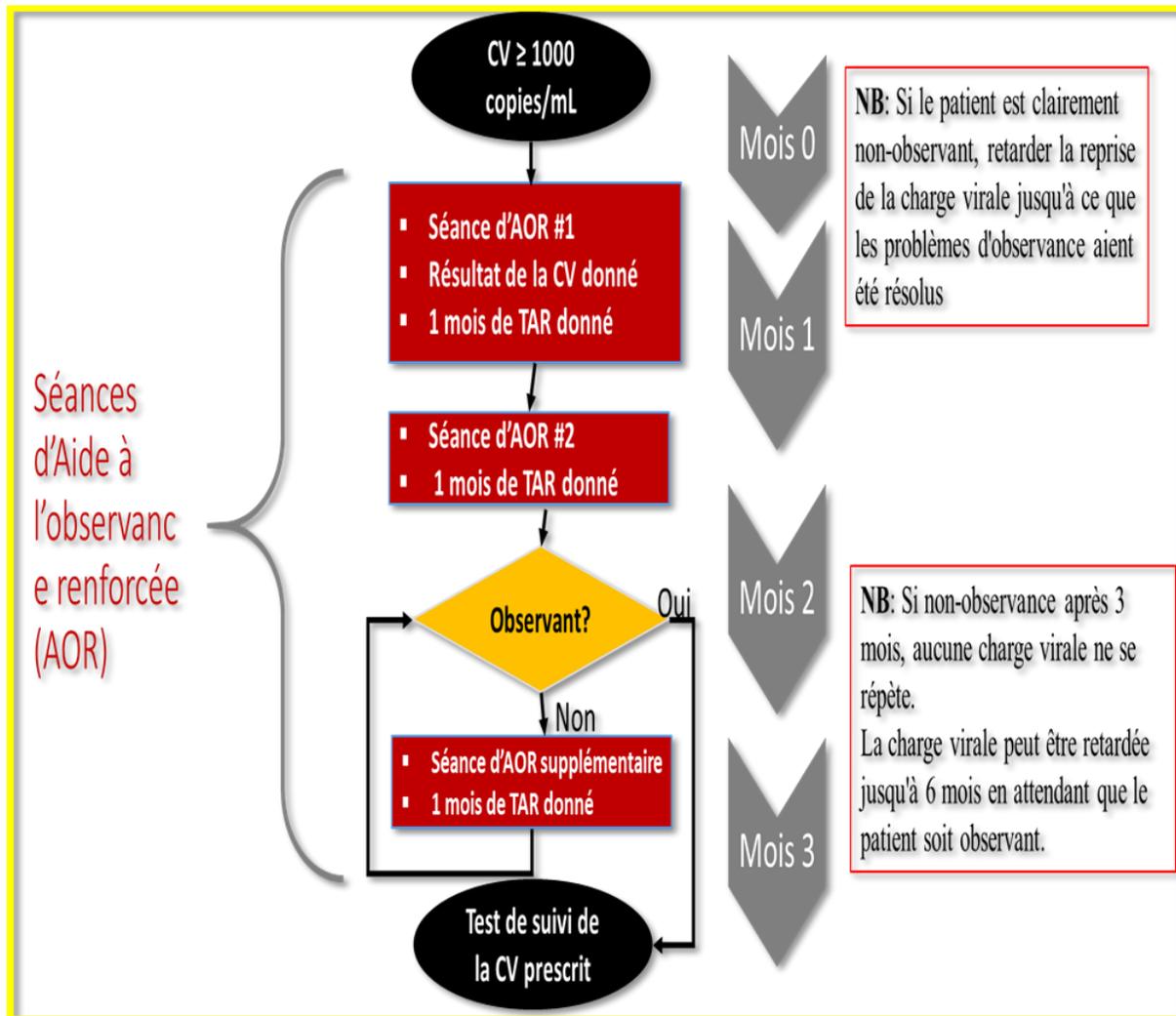


Tableau 61 : Description des étapes des séances de conseil sur le renforcement de l'observance

Séances	Activités à mener par le prestataire
<p>1^{re} séance de renforcement de l'observance</p>	<p>Communiquer le résultat de la CV élevée</p> <p>Expliquer au patient l'impact d'une CV élevée sur sa santé et le processus auquel il va être engagé pour la suite</p> <p>Discuter avec le patient des raisons possibles de cette CV élevée</p> <p>Discuter avec le patient des solutions possibles pour améliorer la situation</p> <p>S'accorder avec le patient sur ce qu'il doit faire pour améliorer son observance du TARV une fois de retour à son domicile</p> <p>S'accorder sur la date du rendez-vous pour la prochaine séance</p>
<p>2^e séance de renforcement de l'observance</p>	<p>Accueillir le patient</p> <p>Évaluer l'observance du patient depuis la dernière rencontre</p> <p>Documenter le résultat de cette évaluation de l'observance comme « bonne, moyenne ou mauvaise » suivant le cas</p> <p>Discuter avec le patient de la persistance ou de l'amendement des circonstances qui ont conduit à une CV élevée initiale</p> <p>Discuter avec le patient des éventuelles nouvelles circonstances qui pourraient engendrer ou entretenir une mauvaise observance et des solutions à y apporter</p> <p>S'accorder avec le patient sur ce qu'il doit maintenant faire pour améliorer son observance du TARV une fois de retour à son domicile</p> <p>S'accorder sur la date du rendez-vous pour la prochaine séance</p>
<p>3^e séance d'aide à l'observance</p>	<p>Accueillir le patient</p> <p>Évaluer l'observance du patient depuis la dernière rencontre</p> <p>Documenter le résultat de cette évaluation de l'observance comme « bonne, moyenne ou mauvaise » suivant le cas</p> <p>Discuter avec le patient de la persistance ou de l'amendement des circonstances qui ont conduit à une CV élevée initiale</p> <p>Discuter avec le patient des éventuelles nouvelles circonstances qui pourraient engendrer ou entretenir une mauvaise observance et des solutions à y apporter</p> <p>S'accorder avec le patient sur ce qu'il doit maintenant faire pour améliorer son observance du TARV une fois de retour à son domicile</p> <p>S'accorder sur la date du rendez-vous pour le contrôle de la CV</p>
<p>Séance de contrôle</p>	<p>Récapituler les résultats obtenus des évaluations successives de l'observance</p> <p>Si trois « bonnes observances » obtenues, expliquer au patient du fait de cette performance, il doit à présent faire la CV de contrôle</p> <p>Accompagner le patient pour le prélèvement de l'échantillon de sang pour la CV de contrôle</p> <p>Informar le patient de ce qu'il sera contacté dès que le résultat de la CV de contrôle sera disponible</p> <p>Encourager le patient à continuer les bonnes pratiques qui lui permettront de parvenir à la bonne observance</p> <p>Dire au revoir au patient</p>
<p>Rendu de résultat de contrôle Séance de présentation de la charge virale de contrôle</p>	<p>Inviter le patient à venir prendre connaissance du résultat de sa CV de contrôle</p> <p>Si le résultat de la CV de contrôle est < 1000 copies/mm³, dites-lui que sa CV de contrôle est supprimée et donnez-lui RDV pour une autre CV à faire dans 6 mois</p> <p>Si le résultat de la CV de contrôle est à nouveau > 1000 copies/mm³, dites-lui que l'échec de son TARV est confirmé et qu'il doit passer au régime de TARV de 2^e ligne pour parvenir à l'efficacité de son TARV</p> <p>Commencer la préparation du patient à l'initiation et suivi à long terme du TARV de 2^e ligne</p> <p>Dès que le patient est prêt, dispenser le TARV de 2^eme ligne et bien lui expliquer les modalités du traitement</p>

Séances	Activités à mener par le prestataire
Prescription et introduction du suivi à long terme du traitement ARV de 2^e ligne Cas particulier de l'échec confirmé du traitement ARV de 2^e ligne	Donner des rendez-vous mensuels de suivi du TARV de 2 ^e ligne Informer le patient sur la réalisation de la prochaine CV à 6 mois du début de ce TARV de 2 ^e ligne Si la CV de contrôle est > 1000 copies/mm ³ Inviter le patient pour lui présenter et expliquer son résultat et lui dire qu'il doit passer au régime du TARV de 3 ^e ligne Remplir les formulaires de demande du test de résistance et l'orienter au laboratoire indique pour le prélèvement de l'échantillon nécessaire pour faire ce test et acheminement de cet échantillon au laboratoire de référence À la réception du résultat du test de résistance, inviter le patient pour lui présenter son résultat et commencer son éducation thérapeutique Lorsque le patient est prêt, prescrire et lui dispenser le TARV de 3 ^e ligne Donner des rendez-vous mensuels de suivi du traitement et l'informer qu'il aura à faire la prochaine CV à 6 mois du début du traitement de 3 ^e ligne Préciser au patient qu'il est à sa disposition pour toute préoccupation relative à son TARV et lui dire au revoir

II. RÉTENTION

La cascade des soins du VIH comprend : le dépistage du VIH, la liaison, l'initiation du traitement antirétroviral et sa rétention sous traitement antirétroviral pour aboutir à la suppression virale.

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.

II.1. Identification, recherche et soutien des patients absents, PDV

Chaque service de PEC qui dispense les ARV aux patients doit avoir un système d'identification des patients qui ont manqué un rendez-vous.

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

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

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 et ré engagé dans les soins.

Les FOSA doivent collaborer avec les OBC opérant dans leur zone afin de faciliter la recherche des patients perdus de vue ainsi que les défaillants.

II.2. 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 intégrer tout le personnel (prestataires de soins et APS) et les parents/ tuteurs pour optimiser la qualité des services offerts. La rétention des enfants infectés doit faire aussi appel aux agents de rétention ou accompagnateurs psychosociaux (APS) à qui on confie la responsabilité du suivi journalier des enfants VIH positif. 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 chaque jour de consultation ;
- Appeler les parents/tuteurs pour rappeler le rendez-vous ;
- Identifier à la fin de chaque journée de consultation ceux des enfants qui sont venus et ceux qui ont manqué leur visite de suivi ;
- Utiliser 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 ;
- 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.

II.3. Rétention dans le système des soins des adolescents

- **Mettre en place les « services conviviaux 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 des autres exigences de vie ;
- La mise en place du mode d'utilisation des services de soins préventifs et curatifs ;
- La planification et la facilitation des activités de l'offre des soins.

- **Organiser le système de l'offre de 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

- Organiser et faciliter les 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.

III. SOUTIEN PSYCHOSOCIAL

III.1. Prise en charge psychologique

Le soutien psychologique est un processus continu qui commence au moment du diagnostic du VIH et se poursuit à travers les services de soutien ne relevant pas toujours du secteur médical. 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. À partir de l'observation et de l'écoute des processus psychiques ainsi que de leurs aléas, le psychologue/prestataire de soins formé repère la nature des mécanismes mise en jeu dans le fonctionnement psychique dit normal et/ou pathologique et propose une conduite à tenir.

III.2. Qualités requises pour l'accompagnement Psychologique et/ou Éducation thérapeutique du patient

- **Capacité de mise en confiance** : écoute active, manifesté de l'intérêt
 - Empathie : comprendre ce que ressent la personne sans pour autant ressentir les mêmes émotions ;
 - Maîtrise de soi : comprendre les réactions des clients 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 ;
 - Maîtrise des techniques de communication...

- **Évaluation des capacités psychologiques**
 - Reconnaissance des signes de détresse psychologique (tenue vestimentaire négligée, pleurs, regard fuyant...);
 - Identification des capacités de résistance psychologique de la personne, en l'interrogeant sur ses réactions lors d'événements de vie difficile déjà traversés, la sexualité...
 - Respect de l'intimité et la vie privée (éviter d'aborder des sujets intimes s'ils n'ont pas d'intérêt pour l'accompagnement ou si la personne ne le souhaite pas).

IV. ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT

IV.1. Définition

L'éducation thérapeutique est un processus d'apprentissage qui permet au patient **d'acquérir des compétences** qui vont l'aider à **maintenir** ou **améliorer** sa qualité de vie. En pédiatrie, il se fait avec l'enfant et/ou son parent/tuteur.

L'ETP se fait dès l'annonce du statut sérologique positif chez l'adulte et prépare **l'enfant/adolescent** à l'annonce de son statut pour le lien au traitement et à tout autre moment de la vie du PVVIH chez qui on appréhende un relâchement dans sa PEC. Il accompagne la transition chez l'adolescent.

Il 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.

Il est important de mettre en place une procédure d'éducation qui facilitera la tâche aux prestataires de soins au cours de la PEC.

Faire une éducation **pré thérapeutique** consiste à :

- **Expliquer** :
 - Le but du traitement ;
 - Les raisons pour lesquelles 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) ;
 - Le lien entre l'atteinte des résultats du traitement ARV qui 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 du client(e) à prendre le traitement ;

- Exprimer sa (le prestataire) disponibilité à soutenir le client(e) autant que possible.

IV.2. Procédures opérationnelles d'éducation thérapeutique

La procédure d'éducation thérapeutique des patients compte 04 étapes :

- Le diagnostic éducatif ;
- Le Contrat d'éducation ;
- La mise en œuvre ;
- L'évaluation.

SOP 1 : Le diagnostic éducatif

Le prestataire de soins doit :

- Organiser un temps de rencontre avec le patient dans un cadre qui assure la confidentialité ;
- Se présenter et expliquer les raisons de l'entretien ;
- Obtenir le consentement du patient ;
- S'entretenir avec le patient afin de poser le bon diagnostic ;
- Poser les questions en explorant les dimensions suivantes : biologique (qu'est-ce qu'il a ?) ; sociale et professionnelle (qu'est-ce qu'il fait ?) psychoaffective (qu'est-ce qu'il ressent ?) ; cognitive (qu'est-ce qu'il sait de sa maladie ?) ; motivationnelle (quel est son projet ?) ;
- Poser le diagnostic ou identifier les compétences dont ce dernier a besoin pour mieux vivre avec sa maladie ;
- Elaborer ou construire avec lui un programme d'éducation répondant au plus près à ses besoins ;
- Faire le récapitulatif de la séance ;
- Négocier un autre rendez-vous si nécessaire.

SOP 2 : Le Contrat d'éducation

Le prestataire de soins doit :

- Négocier l'engagement ou l'accord du patient à travailler ensemble sur les compétences et objectifs pédagogiques à acquérir par ce dernier au terme de l'éducation ainsi que sur les moyens mis en œuvre par l'éducateur pour permettre au patient d'atteindre les compétences déterminées (ce contrat peut se faire verbalement ou par écrit) ;
- Parcourir le plan d'éducation avec le patient et se convenir sur le démarrage de la mise en œuvre dudit plan.

SOP 3 : La mise en œuvre

Le prestataire de soins doit :

- Organiser un temps de rencontre avec le patient dans un cadre qui assure la confidentialité ;
- Se présenter et rappeler les raisons de la rencontre ;
- Présenter l'objectif de la séance et faire le lien avec la séance précédente ;
- Faire exprimer le patient sur ses connaissances et expériences sur le sujet ;
- Valider les connaissances du patient et compléter si besoin, apporter de nouvelles connaissances
- Vérifier la compréhension du patient ;
- Envisager avec le patient le transfert ou l'utilisation de ses connaissances dans son quotidien
- Faire une synthèse ;

- Faire le lien avec la séance suivante et prendre un rendez-vous avec le patient ;
- Documenter l'activité dans les outils appropriés.

NB :

- *L'implication et la négociation avec les parents/tuteurs si le patient est un enfant/adolescent ;*
- *L'utilisation d'un outil d'apprentissage est indispensable surtout chez les enfants ;*
- *L'acquisition des compétences peut être effective après 1 ou plusieurs séances.*

SOP 4 : L'évaluation

À la fin du cycle de l'éducation, le prestataire de soins doit :

- Évaluer les compétences du patient et sa satisfaction ;
- Prendre une décision pédagogique avec le patient en fonction des résultats de l'évaluation ;
- Encourager le patient à intégrer un groupe de soutien ;
- Féliciter le patient pour la confiance et la persévérance ;
- Faire le récapitulatif de la séance ;
- Documenter l'activité dans les outils appropriés ;
- Négocier un autre rendez-vous si nécessaire.

IV.3. Pratique du psychologue clinicien/prestataire de soins formé

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 client/tuteur et client seul : l'histoire de la maladie, le vécu, les antécédents, les aspects psychologiques, la socialisation, la connaissance de son statut et l'acceptation.

À 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 :
 - Les informations sur le statut ou la préparation à l'annonce du statut sérologique ;
 - L'observance du TARV ;
 - Les compétences de vie (l'estime de soi, affirmation de soi, pouvoir sur sa vie ;
 - La vie amoureuse et la sexualité chez les adolescents ;
 - L'existence des comportements à risque et asociaux ;
 - L'existence des troubles de comportements (anxiété, dépression...)

L'annonce du statut sérologique doit être individualisée en tenant compte de l'enfant/adolescent, du ou des parents, de la famille, du ménage et de la communauté.

IV.4. Soutien psychosocial en fonction de la population

❖ 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, des assistants sociaux, des socio anthropologues, des pairs-éducateurs, des éducateurs sociaux.

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

- Le counseling systématique et personnalisé de tout enfant ou de ses parents au moment du dépistage du VIH et à chaque visite de suivi dans la formation sanitaire ;
- 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) ;
- La création et l'enrôlement des enfants dans les groupes de soutien/classe thérapeutique par tranche d'âge (0 – 5 ans concerne les parents ; 6 – 9 ans ; 10 – 14 ans et 15 – 19 ans) ;
- 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 ;
- L'usage des **outils appropriés** et validés pour le renforcement de l'observance du TARV chez l'enfant/adolescent et/ou de leur parent/tuteur.

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, quand et comment dire aux enfants qu'ils sont infectés, souvent à la peine de trouver les mots justes.

Avantages de l'annonce

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

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 ;
- Possibilité que le fardeau d'apprendre de son statut VIH conduise à la dépression ou à d'autres problèmes de santé mentale ;
- Sentiments de culpabilité et de honte pouvant empêcher les aidants infectés par le VIH de révéler leur propre infection à leur enfant.

Évaluation de l'état de préparation à l'annonce

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

Le processus d'annonce commence dès l'âge de 3/4 ans, par les discussions avec les tuteurs/parents. L'objectif ultime étant de faire qu'à l'âge de 10/11 ans, l'enfant connaisse son statut VIH et qu'il soit informé de manière sûre et positive.

- L'annonce final du statut VIH à l'enfant constitue un processus essentiel et continue du suivi régulier, un plan de divulgation adapté à l'âge devrait être établis pour tous les enfants. La communication doit être effectuée par le tuteur avec l'aide de l'équipe soignante.
- L'annonce se fait par le tuteur en présence du personnel de santé. 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, toute la famille peut s'inquiéter des conséquences possibles de la stigmatisation dans la communauté si le secret de la famille est dévoilé.

Processus d'annonce du statut sérologique du VIH à l'enfant et à l'adolescent

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 62 : Le processus d'annonce du statut sérologique du VIH à l'enfant/adolescent

Dépend des facteurs suivants	Procédure d'annonce
<ul style="list-style-type: none"> • L'âge de l'enfant • La maturité de l'enfant • Le vécu de l'enfant, ce qu'il sait déjà • La personnalité de l'enfant • Les antécédents médicaux de l'enfant • La prise des ARV déjà ou non par l'enfant • La santé des autres membres de la famille 	Emplacement privé et rassurant la confidentialité <ul style="list-style-type: none"> • Planifiée • Progressive • Continue.

❖ Soutien psychosocial des adultes sous traitement ARV

C'est une démarche de soutien thérapeutique fondée sur une relation soignant-soigné centrée 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 diagnostiques et thérapeutiques, voire des entretiens familiaux et des activités de groupe.

Elle consiste à :

- Écouter 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

❖ Soutien psychosocial de la FEC VIH+

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 la grossesse et l'infection par le VIH seront suffisantes pour préserver l'enfant de l'infection à VIH. 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.

- **Partage de son statut sérologique avec son partenaire ou toute autre personne**

Un conseiller/prestataire de soin formé peut aider un ou une cliente à élaborer un plan pour le partage des informations sur son statut VIH. Cela implique d'explorer les options de qui et quand dire ? Ce partage peut aider à lutter contre la stigmatisation et à encourager les membres de la famille ou de la communauté à connaître leur propre statut VIH.

Informé des 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. Le processus principal permettant d'informer les partenaires de l'infection à VIH d'un individu est la notification du partenaire.

- **Comment discuter de la notification/partage de statut VIH chez les adultes ?**

- Demander au patient s'il a partagé 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 partage de statut VIH ;
 - Évaluez si vous êtes prêt à partager votre statut VIH et à qui ;
 - Évaluez le soutien social et les besoins (référez-vous aux groupes de soutien) ;
 - Fournir des compétences pour le partage de statut VIH (la répétition peut aider) ;
 - Aidez le patient à établir un plan de partage de statut VIH si ce n'est pas le moment ;
 - Encouragez la présence du partenaire à envisager de se faire 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 le partage de statut VIH est volontaire.
- **Si le patient ne veut pas partager son résultat :**
 - Assurez-vous que les résultats resteront confidentiels ;
 - Explorer les difficultés et les obstacles au partage du statut ;
 - 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 l'aide à la notification (par exemple, parler avec le conjoint) ;
 - Proposez un autre rendez-vous et plus d'aide au besoin (par exemple, des conseillers ou pairs formés)
 - Faire l'éducation thérapeutique.

NB : Pour les femmes, discutez des avantages et inconvénients potentiels du partage d'un résultat positif, de la participation et du test des partenaires masculins.

CHAPITRE 8 : MALADIE AVANCÉE À VIH ET INFECTIONS OPPORTUNISTES

I. MALADIE AVANCÉE À VIH

- La maladie avancée à VIH (MAV) est définie pour les adultes, les adolescents et les enfants de 5 ans et plus comme tout patient en stade clinique 3 ou 4 de l'OMS ou ayant un taux de CD4 inférieur à 200cell/mm³ ;
- Tout enfant infecté par le VIH de moins de 5 ans est considéré comme ayant une maladie avancée au VIH à l'**exception** des enfants de plus de 2 ans ayant été continuellement sous TARV pendant plus d'un an et qui sont cliniquement stables.

Cette définition inclut les patients nouvellement diagnostiqués porteurs du VIH, comme les patients en échec thérapeutique ou les perdus de vue ramenés sous TARV.

Proposer le dosage des CD4 pour tout patient nouvellement diagnostique VIH+ y compris les enfants, tout patient perdu de vue en reprise de traitement, et tout patient classe stade OMS 3 ou 4.

- Pour les personnes reprenant le traitement après une interruption ou après un échec thérapeutique développant une maladie avancée du VIH, pour ces patients, il faut :
 - Faire une évaluation clinique complète ;
 - Proposer le paquet complet de services ;
 - Faire un suivi biologique intensif ;
 - Faire le test de la charge virale (patient en échec).

I.1. Maladie avancée à VIH chez l'adulte

i. **Les causes de morbidité et de mortalité chez les adultes avec maladie avancée au VIH**

Les principales causes de morbidité et mortalité chez les adultes avec maladie avancée au VIH sont : la tuberculose, les infections bactériennes sévères, les infections fongiques invasives (la maladie à cryptocoque, l'histoplasmosse), la toxoplasmose et la pneumonie à *Pneumocystis jiroveci*.

ii. **Évaluation de la maladie avancée**

Le meilleur indicateur du stade de la maladie et du risque immédiat de décès est la numération des lymphocytes CD4 < 200cell/mm³ ; à défaut des CD4 considérer les stades cliniques OMS III et IV

iii. **Fourniture d'un paquet de soins**

Un paquet d'interventions comprenant le dépistage, le traitement et/ou la prophylaxie des infections opportunistes majeures, l'initiation rapide des ARV, le support pour renforcer l'adhérence, doit être offert à toute personne présentant une maladie avancée au VIH.

Remarques :

- Le paquet de soins pour femmes enceintes et allaitantes avec maladie avancée au VIH est le même que pour celles qui ne le sont pas ;
- Les patients déjà sous ARV et présentant une maladie avancée ne doivent pas arrêter leur traitement. (à l'exception de la cryptococcose).

Tableau 63 : paquet de soins pour personnes avec maladie avancée du VIH

Domaines	Intervention	Numération des CD4	Adultes et adolescents	Enfants
Dépistage et diagnostic	Xpert MTB/RIF sur les expectorations comme premier test de diagnostic de la tuberculose chez les patients symptomatiques	Quel que soit le résultat	Oui	Oui
	Test urinaire « LAM » pour le diagnostic de la tuberculose chez les patients présentant des signes et symptômes de cette maladie	≤100 cellules/mm ³ ou quel que soit le résultat si Stade III ou IV	Oui	Oui*
	Dépistage de l'antigène cryptococcique (CrAg)	≤ 100 cellules/mm ³	Oui	Non
Prophylaxie et traitement présomptif	Prophylaxie au cotrimoxazole	Stade clinique III où IV selon l'OMS. Quel que soit le résultat de la numération des CD4	oui	Oui**
	Traitement préventif de la tuberculose INH (FEC et enfants ≤ 15 ans) 3HP (PVVIH >15 ans)	Quel que soit le résultat	Oui	Oui#
	Traitement préventif au fluconazole	< 100 cellules/mm ³	Oui	Sans objet (Dépistage déconseillé)
Initiation au TARV	Différer la mise en route du TARV si les signes et symptômes cliniques sont évocateurs d'une tuberculose ou d'une méningite à cryptocoque	Quel que soit le résultat	Oui	Oui
Soutien adapté à l'observance	Des conseils sur mesure pour assurer une adhérence à l'élaboration d'un ensemble de soins pour la maladie, y compris des visites à domicile si possible	< 200 cellules/mm ³	Oui	Oui

I.1.1 Dépistage et prise en charge de la tuberculose chez le PVVIH

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 Stade IV (tuberculose extrapulmonaire) de l'OMS.

- Recherche active de la tuberculose chez le PVVIH et diagnostic de la tuberculose

Les signes cliniques et symptômes évocateurs d'une TB : Ce sont principalement les signes et symptômes cardinaux que sont : la Toux quelque soit la durée, la Fièvre, les Sueurs nocturnes, la Perte de poids

Il est courant d'observer la perte d'appétit, la fatigue, la dyspnée, les douleurs thoraciques, l'hémoptysie

Chez les PVVIH, la présence d'un seul des signes/symptômes mentionnés ci-dessus doit 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 de la tuberculose selon les protocoles susmentionnés pour les PVVIH chez qui on a éliminé une TB active.

I.1.2 Dépistage et Prise en charge de la Cryptococcose Méningée chez le PVVIH

- Pour toute PvVIH présentant un syndrome méningé ou céphalée chronique, une ponction lombaire avec mesure de la pression d'ouverture du LCR et un test rapide d'antigène de cryptocoque est recommandée comme approche préférentielle de diagnostic.

Le dépistage de la maladie à cryptocoque est recommandé avant l'initiation ou la réinitiation des ARV chez les adultes et les adolescents vivant avec le VIH avec un comptage de CD4 inférieur à 100 cellules/mm³

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 cryptococcose méningée doit être systématique si les CD4 < 200 cellules/mm³ et doivent faire l'objet d'un dépistage de l'antigène sérique du 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 SRI avec atteinte du système nerveux central, pouvant menacer le pronostic vital.

Tableau 64 : PEC d'une méningite à Cryptocoque

Diagnostic :
Screening :
Détection d'antigène de <i>Cryptococcus Neoformans</i>, (Ag Cr) dans le LCR OU culture du LCR OU Microscopie positive à l'encre de chine
La prophylaxie primaire : antifongique systématique pour l'infection à cryptocoque n'est pas recommandée chez les PVVIH avec CD4 < 200/mm ³ 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)
Traitement :
1. phase d'induction (2 semaines) : 5-Fluorocytosine 100 mg/kg/jour en 3 à 4 prises par jour par voie orale + fluconazole 1200 mg par jour en une prise par voie orale ou IV chez l'adulte ou 12 mg/kg/j chez l'enfant et l'adolescent
2. phase de consolidation (pendant 8 semaines) : Fluconazole 800 mg par jour par voie orale chez l'adulte ou 6 à 12 mg/kg/j chez l'enfant et l'adolescent
3. Phase d'entretien : Fluconazole 200 mg/j chez l'adulte ou 6mg/kg chez l'enfant et l'adolescent pendant au moins 12 mois. Envisager l'arrêt du traitement si taux de CD4>200 cellules/mm ³ sur 2 prélèvements successifs à 6 mois d'intervalle et CV supprimée/indétectable sur la même période.

Protocoles alternatifs pour la phase d'induction uniquement

- Amphotéricine B deoxycholate (1,0 mg/kg/j) + Fluconazole (1200 mg jour) chez l'adulte ou 12mg/kg/j chez l'enfante et l'adolescent.
- Ou amphotericine Deoxycholate 1 mg/kg/j en IV + 5-flourocytosine 100 mg/kg/j par voie orale pendant 7 jours puis fluconazole 1200 mg/jour chez l'adulte ou 12 mg/kg/j chez l'enfant et l'adolescent.pendant 07 jours

1.1.3 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 sévère.

Tableau 65 : PEC de la pneumocystose

Prise en charge de la Pneumocystose
Diagnostic
<ul style="list-style-type: none">• Présomptif : taux de CD4 < 200/mm³ avec syndrome de détresse respiratoire aiguë (dyspnée/désaturation) Toux quelque soit la durée. Radiologie (image de miliaire).• Définitif : SDR (Toux quelque soit la durée et dyspnée) et diagnostic basé sur l'examen cytologique des crachats (80 % de sensibilité), du lavage broncho-alvéolaire (sensibilité > 95 %) ou de la biopsie des tissus respiratoires prélevés par bronchoscopie (sensibilité > 95 %)
Prophylaxie Primaire
<ul style="list-style-type: none">• Tout PVVIH avec taux de CD4 ≤ 200 mm³ Cotrimoxazole : 1 CP de 800/160 par jr• Alternatif en cas d'allergie au Cotrimoxazole

o Atovaquone (1500 mg/j en une prise PO avec repas) +/- Pyriméthamine (75 mg 1x/semaine) + Acide folique (25-30 mg 1x/semaine)
 Dapsone (Disulone® 50 à 100 mg/j) (recherche déficit en G6PD) +/- Pyriméthamine (75 mg 1x/semaine) + Acide folique (25-30 mg 1x/semaine)
 • Arrêter si on a une restauration immunitaire ou CV supprimée/indétectable pendant plus de 3 mois

Traitement et durée

• Cotrimoxazole (TMP/SMX) :

3 x 5 mg/kg/jour sans dépasser 12 ampoules/j si par voie IV pour les formes sévères ;

O si pers OS 6 cps à 800/160 mg repartit en 3 doses journalières

Traitement adjuvant : prednisone dans les 72 h au plus tard après initiation CTX pour une durée de 05 jours, Si PaO₂ < 10 kPA ou < 70 mmHg (éliminer une TB avant toute corticothérapie)

• en cas d'allergie au Cotrimoxazole

o Atovaquone en suspension buvable 2 x 750 mg/jour po (avec un repas) ou

o Dapsone 1 x 100 mg/jour po rechercher un déficit en G6PD

Pendant 21 jours puis prophylaxie secondaire

1.1.4 Dépistage et prise en charge d'une toxoplasmose cérébrale chez le PVVIH

La toxoplasmose est une affection due à un parasite à *Toxoplasma gondii*. Chez le PVVIH, les manifestations cliniques surviennent dans le cadre d'une réactivation des kystes restés à l'état quiescent. La toxoplasmose survient en règle avec un taux de CD4 < 200/mm³ et en l'absence de prophylaxie spécifique. Les localisations les plus fréquentes sont cérébrales ou oculaires.

Tableau 66 : Conduite à tenir devant une Toxoplasmose cérébrale

Prise en Charge de Toxoplasmose cérébrale

Tableau clinique : aigu associant fièvre, céphalées, signes neurologiques de focalisations, parfois troubles de vigilance.

La sérologie n'a pas d'intérêt.

Diagnostic : l'imagerie cérébrale (scanner ou IRM) avec et sans injection de produit de contraste révèle des images en cocardes (image de prise de contraste annulaire avec hypodensité centrale correspondant à des abcès.)

La prévention primaire et secondaire est faite à base du CTX 800/160 mg. La prophylaxie secondaire peut être arrêtée si le taux de CD4 > 200/mm³ et/ou virémie indétectable pendant 6 mois.

Traitement curatif :

• Traitement d'attaque de 8 semaines.

• L'évolution de la toxoplasmose cérébrale est rapidement favorable sous traitement adapté.

En l'absence d'évolution favorable après au moins 2 semaines de traitement d'épreuve, le diagnostic doit être rediscuté.

• 1^{re} intention :

o Pyriméthamine (100 mg le 1^{er} et 2^e jour puis 1 mg/kg/j soit 50 à 75 mg/j) + Sulfadiazine (100 mg/kg/j, répartis en 4 prises avec un maximum de 6 g/j) + acide folinique 25 mg/j

Prise en Charge de Toxoplasmose cérébrale

o En cas d'intolérance aux sulfamides, remplacer Sulfadiazine par Clindamycine (DALACINE 40mg/kg/j soit 1,6 g-2,4 g/j en 3 à 4 prises IV ou PO).

- Alternative

o Cotrimoxazole 800/160 mg : 2cp x 3/j

Mesures adjuvantes :

Acide folinique (25 mg/jr)

- Traitement anticonvulsivant si antécédent ou présence de crise comitiale.
- Corticothérapie en cas d'œdème périlésionnel important.
- La kinésithérapie motrice doit être débutée précocement si déficit moteur.

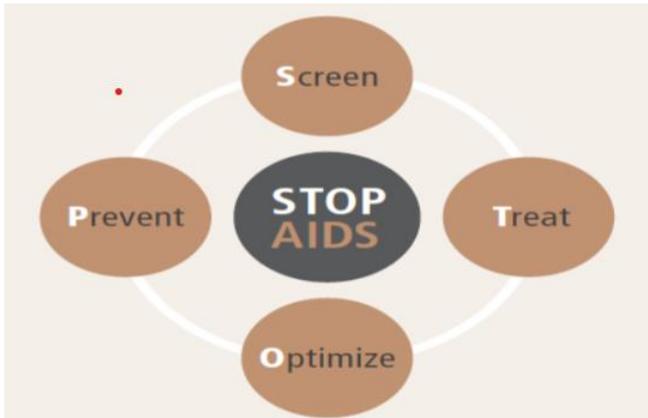
I.2. Maladie avancée à VIH chez l'enfant

*Les causes majeures de morbidité et mortalité chez les enfants de moins de 5 ans. Ces causes sont la pneumonie (y compris la pneumonie à *Pneumocystis jirovecci*), la tuberculose, les infections bactériennes sévères, les maladies diarrhéiques et la malnutrition aiguë sévère. Bien que n'étant pas une infection, la malnutrition aiguë sévère est une conséquence fréquente de l'infection à VIH avancée et un facteur de risque majeur de décès.*

I.2.1. Concept « STOP AIDS »

Ce concept a pour but de prévenir ou d'arrêter l'évolution de l'infection vers le stade SIDA. Il faut dépister les infections opportunistes (IO) les plus fréquentes ou les plus graves, initier le plus tôt possible le traitement de ces IO, initier rapidement le TARV optimisé et conduire les mesures pour prévenir l'évolution vers le stade SIDA.

La prévention pour la santé de l'enfant inclut les mesures spécifiques à l'infection au VIH et les mesures non spécifiques.



Screen = Dépister
Treat = Traiter
Optimize = Optimiser
Prevent = Prévenir

Dépister (Screen)	
TB	<ul style="list-style-type: none"> • Rechercher les signes et symptômes de la tuberculose à l'aide des outils de dépistage disponibles (algorithmes, SOP, guides TB et guides VIH) • Si le screening TB est positif, utilisez les tests de diagnostic suivants pour confirmer la tuberculose le cas échéant <ul style="list-style-type: none"> - Xpert sur les selles, les crachats ou autre liquide (LCR liquide d'ascite, liquide pleural), - Si CD4 < 200 LF-LAM (urine LAM ou TB LAM)
Infection cryptococcique chez les adolescents	<p>Recherche des antigènes cryptococciques dans le sérum ou le plasma ou le sang (CrAg sanguin)</p> <p>Si positif faire une ponction lombaire</p>
Malnutrition	<ul style="list-style-type: none"> • Poids pour taille • Taille pour l'âge • Périmètre brachiale chez les enfants de 2-5 ans
Traiter (Treat)	

<p>TB, infection, bactérienne sévère, pneumonie sévère, méningite à cryptocoque, malnutrition aiguë sévère</p>	<p>Conformément aux directives nationales</p>
<p>Optimiser (Optimize)</p>	
<p>Initiation rapide du TARV</p>	<p>De préférence le même jour ou au plus tard sept jours après le diagnostic avec des schémas thérapeutiques optimaux</p>
<p>Conseil à l'initiation du TARV</p>	<p>Conformément aux directives nationales</p>
<p>Prévenir (Prevent)</p>	
<p>Pneumonie a <i>Pneumocystis jirovecii</i></p>	<p>Prophylaxie au cotrimoxazole</p>
<p>TB</p>	<p>Traitement préventif de la TB (3HP pour les PVVIH > 15 ans et INH pour les FEC et les PVVIH ≤15 ans</p>
<p>Méningite à cryptocoque pour les adolescents</p>	<p>Traitement préventif au fluconazole si l'antigène cryptococcique est positif ou si taux de CD4 < à 100 C/mm³</p>
<p>Vaccinations</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vaccin contre le pneumocoque • Human papillomavirus • Rougeole

A. Dépistage et diagnostic

Pathologie	Dépistage/diagnostic		
	0-4 ans	5-9 ans	10-14 ans
TB	Dépistage		
	<ul style="list-style-type: none"> • Contact avec un cas de TPB+ • Toux quelque soit la durée • Fièvre • Retard de croissance • Adénopathies 	<ul style="list-style-type: none"> • Contact avec un cas de TPB+ • Toux quelque soit la durée • Fièvre • Retard de croissance • Adénopathies 	<ul style="list-style-type: none"> • Toux quelque soit la durée • Fièvre • Perte de poids • Sueurs nocturnes • Adénopathies
Méningite à Cryptocoque	Diagnostic		
	Dépistage		
	Non indiqué	Non indiqué	-Si CD4 disponible et <100/mm ³ : dosage antigène cryptocoque (CrAg) dans sang ou les urines

Pathologie	Dépistage/diagnostic		
	0-4 ans	5-9 ans	10-14 ans
			- si CD4 non disponible : présence de signe neurologique tels céphalées, trouble de la conscience
	Diagnostic		
			-Ponction lombaire avec recherche de CrAg ou microscopie avec coloration à l'encre de Chine si CrAg non disponible -Méningite probable si présence de signe neurologique + absence de PL + CrAg positif dans le sang
Malnutrition aiguë (MA)	Dépistage		
	P/ T < -2 Z Œdèmes bilatéraux nutritionnels PB <12,5 cm (dès 6 mois)	P/ T < -2 Z (si Taille ≤ 120 cm) P/ T < 80 % Œdèmes bilatéraux nutritionnels	P/ T < -2 Z (si Taille ≤ 120 cm) P/ T < 80 % Œdèmes bilatéraux nutritionnels
	Diagnostic		
	MA modérée si P/T ≥ -3 Z et < -2 Z ou PB ≥ 11,5 cm et < 12,5 cm et absence d'œdème	MAM si P/T ≥ -3 Z et < -2 Z ou PB ≥ 11,5 cm et < 12,5 cm et absence d'œdème	MAM si P/T ≥ -3 Z et < -2 Z ou PB ≥ 11,5 cm et < 12,5 cm et absence d'œdème
	MA Sévère si P/T < -3 Z ou PB < 11,5 cm ou présence des œdèmes bilatéraux nutritionnels	MAS si P/T < 70 % ou IMC/A < -3 Z ou présence des œdèmes bilatéraux nutritionnels	MAS si P/T < 70 % ou IMC/A < -3 Z ou présence des œdèmes bilatéraux nutritionnels

Traitement				
Pathologie	0-4 ans		5-9 ans	10-14 ans
TB	RHEZ pendant 2 mois puis RH pendant 4 mois			
		RHZ (75/50/ 150 mg)*	E (100 mg)*	RH (75/50 mg)*
		2 mois		4 mois
	4-6 kg	1	1	1

Depuis 2022, l'OMS recommande **l'utilisation des selles** pour le diagnostic de la **TB pulmonaire chez les enfants** présentant des signes et symptômes de tuberculose pulmonaire grâce au Xpert MTB/RIF Ultra

	7-10 kg	2	2	2	40-54 kg	3	3
	11-14 kg	3	2	3	55-70 kg	4	4
	15-19 kg	4	3	4	>70 kg	5	5
	20- 24 kg	5	4	5			
	*Cp dispersible						
	Si le patient est déjà sous ARV lors du diagnostic TB, modifier le TARV comme suit : <ul style="list-style-type: none"> - Protocole avec DTG →donner une dose supplémentaire du même dosage de DTG 12 h après - Protocole avec EFV : pas de changement 						
Méningite à cryptococcose	1- Fluconazole (12 mg/kg/jr, max 1200 mg) + Flucytosine (100 mg/kg/j) pendant 2 semaines, puis 800 mg de Fluconazole par jour de la 3 ^e à la 10 ^e semaine 2- Amphotericin B deoxycholate (1 mg/kg/jr) + Flucytosine (100 mg/kg/jr) pendant 7 jours puis Fluconazole (12 mg/kg/jr, max 1200 mg) jusqu'à 2 ^e semaine puis (6-12 mg/kg/jr, max 800 mg) de Fluconazole par jour de la 3 ^e à la 10 ^e semaine Prévoir prophylaxie secondaire à la fin du traitement						
PCP	Cotrimoxazole (TMP/SMX) 15-20 mg/kg/jr voie iv ou voie orale, pendant 21 jours						
Pneumonies Infectieuses bactériennes sévères	Amoxicilline –acide clavulanique (500 mg +62,5 mg) -Ampicilline 100 – 200 mg/kg/j IV en 3 injections + Gentamycine 3 – 5 mg/kg/j IM ou IV en 2 injections 5 à 7 jours OU -Ceftriaxone : 50 - 75 mg/kg IV en 1 ou 2 injections Où -Cefotaxime : 150-200 mg/kg IV en 3 ou 4 injections -Oxygénothérapie si détresse respiratoire sévère -Ceftriaxone : 50-75 mg/kg en 1 ou 2 prises OU -Cefotaxime : 100-200 mg/kg en 3 ou 4 prises OU -Cefuroxime : 100-150 mg/kg en 3 prises						
Malnutrition aiguë	CNF chapitre offre des services						

B. Initiation différée des ARV optimisé

- **Optimisation** = Bon traitement, à la bonne formulation, aux bonnes doses et au bon moment (voir « PEC clinique)

Quoique l'initiation rapide des ARV dans les 07 jours suivant le diagnostic soit une priorité, spécialement pour les enfants de plus de 5 ans, les enfants qui nécessitent une hospitalisation pour malnutrition aiguë sévère, méningite tuberculeuse et autres maladies ont besoin d'être d'abord stabilisés cliniquement.

Poids	1 ^{re} ligne	2 ^e ligne
3-20 kg	ABC + 3 TC+ DTG 10	AZT + 3 TC + LPV/r
20-30 kg	ABC + 3 TC+ DTG 50	AZT + 3 TC + LPV/r (ATV/r)
>30 kg	TDF+3 TC + DTG 50	AZT + 3 TC + LPV/r (ATV/r)

- Délai d'initiation des ARV

Maladie	Délai pour introduction ARV
Tuberculose	2 à 8 semaines (localisation neuromeningé)
Méningite à cryptocoque	-2 à 4 semaines si l'Amphotéricine + Fluconazole - 4 à 6 semaines si Fluconazole seule par voie orale à fortes doses
Malnutrition aiguë sévère	1 à 2 semaines

II. AUTRES INFECTIONS OPPORTUNISTES

II.1. Candidose œsophagienne

- Traitement de la TB est le même chez les enfants qu'ils soient infectés par le VIH ou non.
- Le traitement de la pneumonie grave chez les nourrissons est très différent s'ils vivent avec le VIH : PCP.
- La méningite à Cryptococcoque est peu fréquente chez l'enfant, fréquente chez l'adolescent.
- La malnutrition : principal facteur de mortalité. Traitement est le même chez les enfants qu'ils soient infectés par le VIH ou non.

Le fluconazole et l'itraconazole ont des interactions avec les ARV.

Tableau 67 : Traitement de 1^{re} intention d'une candidose œsophagienne

Prise en charge d'une candidose œsophagienne
Diagnostic présomptif : Début récent d'une dysphagie et vomissement
Diagnostic de certitude : FOGD endoscopie avec biopsie (histologie)
Fluconazole : 200 mg/jour po pendant 14-21 jours
Ou Itraconazole : 100-200 mg/j po (solution orale à jeun) pendant 10-14 jours.

II.2. Infection au virus de l'herpès simplex (HSV)

Diagnostic : PCR HSV/culture cellulaire/test antigénique/cytodiagnostic
Manifestations herpétiques graves au cours du SIDA* : aciclovir IV 10 mg/kg/8h pendant 14-21 jours.
En cas de résistance à l'aciclovir : foscarnet 90 mg x 2/j.
Méningo-encéphalite herpétique : aciclovir IV 15 mg/kg/8h pendant 21 jours.

III. PREVENTION DES INFECTIONS OPPORTUNISTES

La prévention des IO par la chimioprophylaxie 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.

Le tableau ci-dessous renseigne sur les médicaments utilisés en fonction des infections opportunistes à prévenir.

	Indication	Posologie	Durée traitement	Cibles	Conditions
Cotrimoxazole	Infections bactériennes et pneumonie à <i>Pneumocystis Jirovecci</i>	10 mg/kg/jr		Dès âge de 6 semaines	/
• INH	Tuberculose	10 mg/kg/jr (max 300 mg) pendant 6 mois		Pour le FEC et enfants 12 mois ≤ 15 ans	Absence de TB active
• HP		300/300 1cp/semaine pendant 12 semaines		Pour les PVVIH > 15 ans	
Fluconazole	Méningite à cryptocoque	6 mg/kg/jr (max 200 mg) pendant 12 mois		10-14 ans (adolescent)	-CrAg positif dans le sang et absence de méningite -après traitement de 10 semaines de méningite à cryptocoque
Vaccinations		Suivant le calendrier du PEV Sauf RR1 à 6 mois (au lieu de 9 mois)		0-23 mois 9 ans	Absence de maladie avancée pour les vaccins vivants : BCG, RR, Polio oral, Rotavirus, VAA
MILDA	Paludisme	/		Tous	/
Albendazole/ Mebendazole	Vers intestinaux			0-4 ans	/

III.1. Prophylaxie au Cotrimoxazole

- Étant donné la prévalence élevée d'infections bactériennes et de paludisme, la prophylaxie au Cotrimoxazole doit être initiée et poursuivie, quel que soit le taux de CD4 ou le stade clinique OMS.
- La prophylaxie au Cotrimoxazole doit être donnée à toute PVVIH qui fait une tuberculose active indépendamment du taux de CD4.

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 sp*, le paludisme et certaines infections bactériennes, y compris la pneumonie bactérienne et les infections urinaires.

A. 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.

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 68 : Les critères d'initiation et d'arrêt de la prophylaxie au CTX

	Critères d'initiation	Critères d'arrêt
Adolescents et adultes VIH+	Quel que soit le taux de CD4 dès la confirmation de l'infection VIH	CV supprimés 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 (manifestation cutanée) 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.

En cas d'allergie au CTX, si le taux de CD4 est <200 cellules/mm³ (ou CD4 % <14 %), donner la **dapsone 100 mg une fois par jour**. Cependant, la dapsone sera interrompue une fois que la charge virale sera indétectable sur deux prélèvements consécutifs, la dapsone peut entraîner une anémie.

B. Dosage du Cotrimoxazole pour la prophylaxie

Le dosage chez l'adulte est d'un comprimé de 800/160 soit 960 mg par jour (ou 2cp de 400/80 mg par jour).

Poids	Posologie mg/j (basé sur 4 mg de TMP/kg)	Suspension buvable 240 mg/5 ml	Cp adulte 480 mg
< 5 kg	16 à 20 mg par jour	2.5 ml	¼ cp
5 – 15 kg	40 mg	5 ml	½ cp

Poids	Posologie mg/j (basé sur 4 mg de TMP/kg)	Suspension buvable 240 mg/5 ml	Cp adulte 480 mg
16 – 20 kg	60 mg	10 ml	1 cp
21 – 30 kg	80 mg	10 ml	1 cp
>30 kg	160 mg	-	2 cp

III.2. Traitement préventif de la tuberculose (TPT)

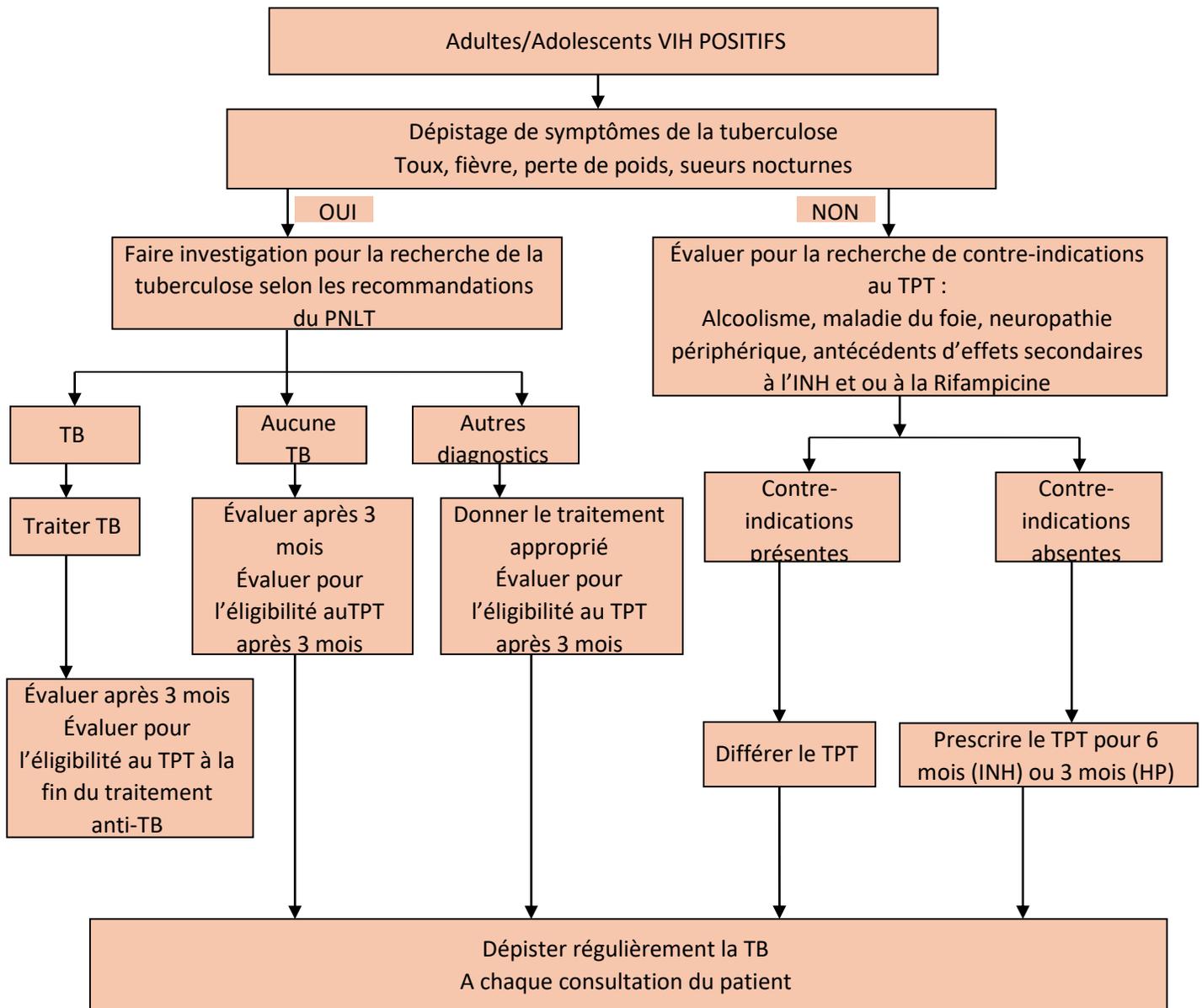
Les adultes et les adolescents vivant avec le VIH chez qui on a éliminé une tuberculose active doivent recevoir un traitement préventif de la tuberculose. Ce traitement doit aussi être donné à ceux qui sont sous traitement ARV, aux femmes enceintes et à ceux qui ont été précédemment traités de la tuberculose indépendamment du degré d'immunosuppression et même si le test de tuberculose infection n'est pas disponible.

Bien que le TARV diminue la probabilité de développer la tuberculose maladie, l'incidence de la TB 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 TPT réduit le risque de tuberculose chez les PVVIH d'au moins 60 %. Associé au TARV, la réduction du risque est supérieure à 80 %. Cette prophylaxie consiste en l'administration de Rifapentine et Isoniazide (HP) une dose par semaine pendant 3 mois. Pour les femmes enceintes et les enfants de 12 mois à 15 ans le protocole est l'INH une dose journalière pendant 6 mois. Le régime court à base de Rifapentine et Isoniazide d'une durée de 3 mois (3 HP) pas encore recommandé chez les enfants < 15 ans, les femmes enceintes ou en âge de procréer.

Tout PVVIH doit faire l'objet d'un dépistage de la TB par la recherche des signes/symptômes évocateurs et d'une notion de contagé à chaque visite dans une FOSA.

Le TPT 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 et l'allaitement.

Algorithme de dépistage de la tuberculose et de prise en charge d'adultes et d'adolescents VIH positifs par le TPT



A. Critères d'éligibilité au TPT

Les adultes infectés par le VIH éligibles pour le TPT sont ceux qui :

- Ne sont pas sous traitement antituberculeux ;
- Sont asymptomatiques pour la tuberculose ;
- Ne consomment pas abusivement l'alcool ;
- N'ont pas d'antécédents de psychose, convulsions et de neuropathie ;
- N'ont pas de contre-indication dus à l'isoniazide ou à la Rifapentine

B. Modalités de prise en charge des adultes au TPT

Le TPT chez les PVVIH est donné après avoir éliminé une TB évolutive. Un seul screening négatif suffit pour démarrer la prophylaxie.

La durée recommandée de la prise du TPT dépend du protocole. L'association Rifapentine-Isoniazide (HP) est utilisée pour les PVVIH > à 15 ans par une dose par semaine pendant 3 mois. Les FEC et les enfants de moins de 15 ans sont mis sous INH en prise quotidienne 6 mois consécutifs. La couverture de la prophylaxie est de 2 ans. Il n'y a pas d'évidence à renouveler le TPT.

Précautions : les personnes qui commencent le TPT à l'INH doivent être prévenues des éventuels effets indésirables de l'isoniazide : (i) l'hépatite (ii) la neuropathie périphérique et (iii) l'éruption cutanée.

C. Dosage du TPT à prescrire

1) TPT à l'INH

Le dosage de l'INH est de 5 mg/kg/jour, la dose maximale ne doit pas dépasser 300 mg. La pyridoxine (vitamine B6) doit être associée systématiquement à l'INH soit une dose de 25 mg/jour.

Tranche de poids (kg)	Dosage quotidien d'INH (cp de 100 mg)
2 – 3,4	1/4 cp
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

PS : associer la Pyridoxine (Vitamine B6) à 25 mg/jour (ou 12,5 mg/j si < 3 kg).

2) TPT au HP

Trois mois de Rifapentine plus Isoniazide hebdomadaire (12 doses) de (3HP) sont indiqués uniquement chez l'adulte homme et les femmes ménopausées.

- > 14 ans

Tranche de poids (kg)	30-35 kg	36-45 kg	46-55 kg	56-70 kg	>70 kg
Isoniazide 300mg	3	3	3	3	3
Rifampentine 150 mg	6	6	6	6	6

* La formulation de 300 mg peut être utilisée pour réduire le nombre de comprimés.

D. Suivi de la prophylaxie au TPT

Le patient s'approvisionne en TPT au cours de ses visites mensuelles. Les patients sous TPT doivent faire l'objet d'une évaluation clinique mensuelle comprenant :
Le tableau ci-dessous résume les différentes conditions pour évaluer l'arrêt ou la reprise du TPT.

Tableau 69 : Suivi de la mise sous TPT (6INH ou 3HP) compléter les infos pour ce qui est du HP

Scénario	Actions
Suspicion de TB évolutive	Arrêter du TPT immédiatement et référer le PVVIH à une formation sanitaire prenant en charge globalement les cas de TB
Mauvaise observance à la prophylaxie	<ul style="list-style-type: none"> • Interruption temporaire de TPT, le prestataire doit : <ul style="list-style-type: none"> ○ Chercher les raisons d'interruption du traitement ; ○ Conseiller le patient sur l'importance du TPT ; ○ Faire la recherche des signes/symptômes évocateurs d'une tuberculose évolutive ○ Si patient asymptomatique et absence de signes de tuberculose, continuer le TPT et ajouter les doses manquées pour couvrir la durée totale soit de 6 mois • Interruption le TPT pour plus de 3 mois consécutifs : <ul style="list-style-type: none"> ○ Arrêt du TPT ○ Chercher les raisons d'interruption du traitement ○ Conseiller le patient sur l'importance du TPI ○ Faire la recherche des signes/symptômes évocateurs d'une tuberculose évolutive ○ Si patient asymptomatique et absence de signes de tuberculose, recommencer le TPT pour la durée recommandée ○ Toute interruption de traitement pour la deuxième fois : Arrêt du TPT quelle que soit la durée de l'interruption.
Hépatotoxicité	<ul style="list-style-type: none"> • Investiguer et arrêter du TPT si confirmation d'une TB évolutive.
Éruption cutanée	<ul style="list-style-type: none"> • Légère, arrêter le TPT jusqu'à disparition de l'éruption et recommencer sous surveillance. • Grave ou sévère, arrêter immédiatement le TPT et référer le malade à l'hôpital en urgence
Neuropathie périphérique	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer la gravité et la rapidité de progression. • Informer le patient que la neuropathie peut être due au VIH et/ou au TPT. • Informer le patient que la neuropathie cesse à la fin du traitement par le TPT.

Scénario	Actions
	<p>Si les symptômes de la neuropathie sont légers, continuer le TPT, faire le counseling et traiter :</p> <p style="padding-left: 40px;">Augmenter la dose de pyridoxine de 25 à 100 mg par jour et</p> <p style="padding-left: 40px;">Pour les adultes, prescrire l'amitryptiline 25 mg à prendre la nuit si neuropathie insupportable.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si difficultés à marcher ou douleurs excessives : arrêter le TPT et traiter
<p>Convulsions psychose</p>	<p>ou</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arrêter le TPT et référer

CHAPITRE 9 : LES CO-INFECTIONS ET LES COMORBIDITÉS

I. COÏNFECTIONS

I.1. Prévention, Dépistage et Prise en charge de la Coïnfection 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 stade IV (tuberculose extra pulmonaire) de l'OMS.

- Recherche active de la tuberculose chez le PVVIH et diagnostic de la tuberculose
Les signes cliniques et symptômes évocateurs d'une TB : Ce sont principalement les signes et symptômes cardinaux que sont la : Toux quelque soit la durée, la Fièvre, les Sueurs nocturnes, la Perte de poids

Il est courant d'observer la perte d'appétit, la fatigue, la dyspnée, les douleurs thoraciques, l'hémoptysie

Chez les PVVIH, la présence d'un seul des signes/symptômes mentionnés ci-dessus doit 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 de la tuberculose (3HP) pour les PVVIH chez qui on a éliminé une TB active.

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

Tous les adultes et les adolescents vivant avec le VIH doivent être dépistés systématiquement sur la base d'un des symptômes suivants : Toux quelque soit la durée actuelle, fièvre, perte de poids ou sueur nocturne.

Le diagnostic de la tuberculose chez les PVVIH peut être posé grâce aux tests moléculaires tels que le le Gene-Xpert, le TrueNat, le TB - LAM

Chez les enfants de moins de dix ans infectés par le VIH, un dépistage systématique de la tuberculose devrait être offert en utilisant un des signes d'appel suivants : Toux quelque soit la durée, fièvre, faible gain de poids, adénopathie, ou contact de proximité avec une personne souffrant de la tuberculose

Toutes les PVVIH ayant une tuberculose active (TB sensible ou TB-MR) doivent commencer immédiatement le traitement antituberculeux, et le traitement ARV dans les deux à huit semaines après le début du traitement antituberculeux si ce dernier est bien toléré, quel que soit le nombre des CD4 et le stade clinique.

1.1.1. Recherche active de la Tuberculose chez le PVVIH

La recherche active de la TB se fait au moyen d'une fiche de screening et est basée sur :
Tableau 70 : moyens diagnostics de la tuberculose

Moyens	Descriptions/Résultats
La clinique	Signes et symptômes
La bacilloscopie (diagnostic bactériologique)	<ul style="list-style-type: none"> • Examen essentiel. • 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.
Le GeneXpert MTB Ultra	<ul style="list-style-type: none"> • Technique moléculaire qui permet le diagnostic rapide de la TB et de tester la sensibilité à la rifampicine
TB LAMP (en l'absence de xpert et les échantillons positifs acheminés pour le test de la sensibilité à la rifampicine)	Test qualitatif de PCR qui détecte le BK dans les liquides biologiques
Le TB LAM (urine LAM ou LF-LAM)	<ul style="list-style-type: none"> • Examen à réaliser sur l'urine • Permet d'effectuer le dépistage de la tuberculose en cas de maladie avancée ($CD4 \leq 200/mm^3$)
Le Truenat MTB RIF	<ul style="list-style-type: none"> • Technique moléculaire qui permet le diagnostic rapide de la TB et de tester la sensibilité à la rifampicine
La radiographie pulmonaire	<ul style="list-style-type: none"> • Examen d'orientation, mais n'apporte pas de certitude, car la TB pulmonaire peut prendre de nombreuses formes d'anomalies radiologiques.
La culture	Réservée aux patients avec des tests GeneXpert RR+ et au suivi des patients MDR.

I.1.2 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**.

I.1.3 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 71 : Schémas thérapeutiques des antituberculeux

Catégorie	Schémas de traitement TB sensible
Nouveau cas de TB	<ul style="list-style-type: none"> • PVVIH n'ayant jamais été traités auparavant par des médicaments antituberculeux ou traités pendant moins d'un mois • Durée de 6 mois de traitement en deux phases : <ul style="list-style-type: none"> ❖ Phase intensive d'une durée de 2 mois comportant 4 molécules (RHEZ); ❖ Phase de continuation d'une durée de 4 mois avec 2 molécules (RH).
Retraitement*	<ul style="list-style-type: none"> • PVVIH ayant déjà pris antérieurement les médicaments antituberculeux pendant un mois ou plus et aussi les PVVIH présentant soit une rechute, un échec thérapeutique ou ayant été perdus de vue • Durée totale de 6 mois : 6 {RHEZ} en deux phases séparée par le bilan de suivi : <ul style="list-style-type: none"> ❖ 3 mois de prise quotidienne de RHEZ ❖ Bilan de suivi (décision de continuation suivant le résultat de GeneXpert) ❖ 3 mois de prise quotidienne de RHEZ
TBMR	<p>Le protocole thérapeutique actuel de la tuberculose multirésistante est le régime court complètement oral d'une durée de 9 à 11 mois subdivisée en 2 phases :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une phase intensive de 4 à 6 mois comportant : Bedaquiline (Bdq), Moxifloxacine (Mfx), Pyrazinamide(Z), Isoniazide(H), Ethambutol(E), Clofazimine (Cfz), Prothionamide (Pto) - Une phase de continuation de 5 mois comportant : Levofloxacine (Lfx), Pyrazinamide(Z), Ethambutol (E), Clofazimine (Cfz), La durée de la phase de continuation restera fixée à 5 mois, quelle que soit la durée de la phase intensive. - Le régime de traitement se présente comme suit : 4-6 Bdq Mfx Pto H> Cfz E Z/5Mfx Cfz E Z
Les autres cas	<p>Les malades</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sans antécédents clairs de traitement antituberculeux antérieur - Ayant déjà été traités, mais ont un frottis/culture négatif pour la tuberculose pulmonaire ou (TPB -) présentent une tuberculose extrapulmonaire (TEP) <ul style="list-style-type: none"> • Même schéma thérapeutique que les nouveaux cas

	TB neuromeningées et osteoarticulaires, la durée de traitement sera de 12 mois (2 mois de RHEZ et 10 mois de RH)
--	---

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

I.1.4 Traitement antirétroviral chez les patients co-infectés TB/VIH

Tous les patients VIH positifs présentant une tuberculose active sont éligibles pour le TARV à vie, quel que soit le stade de l'infection à VIH ou du taux de leurs 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 72 : Délai pour initier le TARV

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

Prendre en compte le risque de SRI lorsque le TARV est introduit tôt et à un taux de CD4 bas. Une corticothérapie par voie générale peut être envisagée pour traiter un SRI 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.
-
- Protocoles ARV

En cas d'échec thérapeutique confirmé par 2 CV > 1000 copies/ml (selon l'algorithme), le protocole de 2e ligne est requis.

I.1.5 Interactions médicamenteuses avec la rifampicine

La rifampicine diminue les niveaux des IPs et des NNRTIs.

Tableau 73 : Interactions de la rifampicine avec les antirétroviraux

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

I.1.6 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 :

- Dépister l'infection par le VIH ou l'exposition au VIH chez tout enfant tuberculeux par une sérologie VIH
- Evoquer 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.

I.1.6.1. Diagnostic de la TB chez l'enfant infecté par le VIH

La confirmation diagnostique est difficile, le plus souvent la bacilloscopie (maladie pauci bacillaire) et la radiographie de thorax non spécifique.

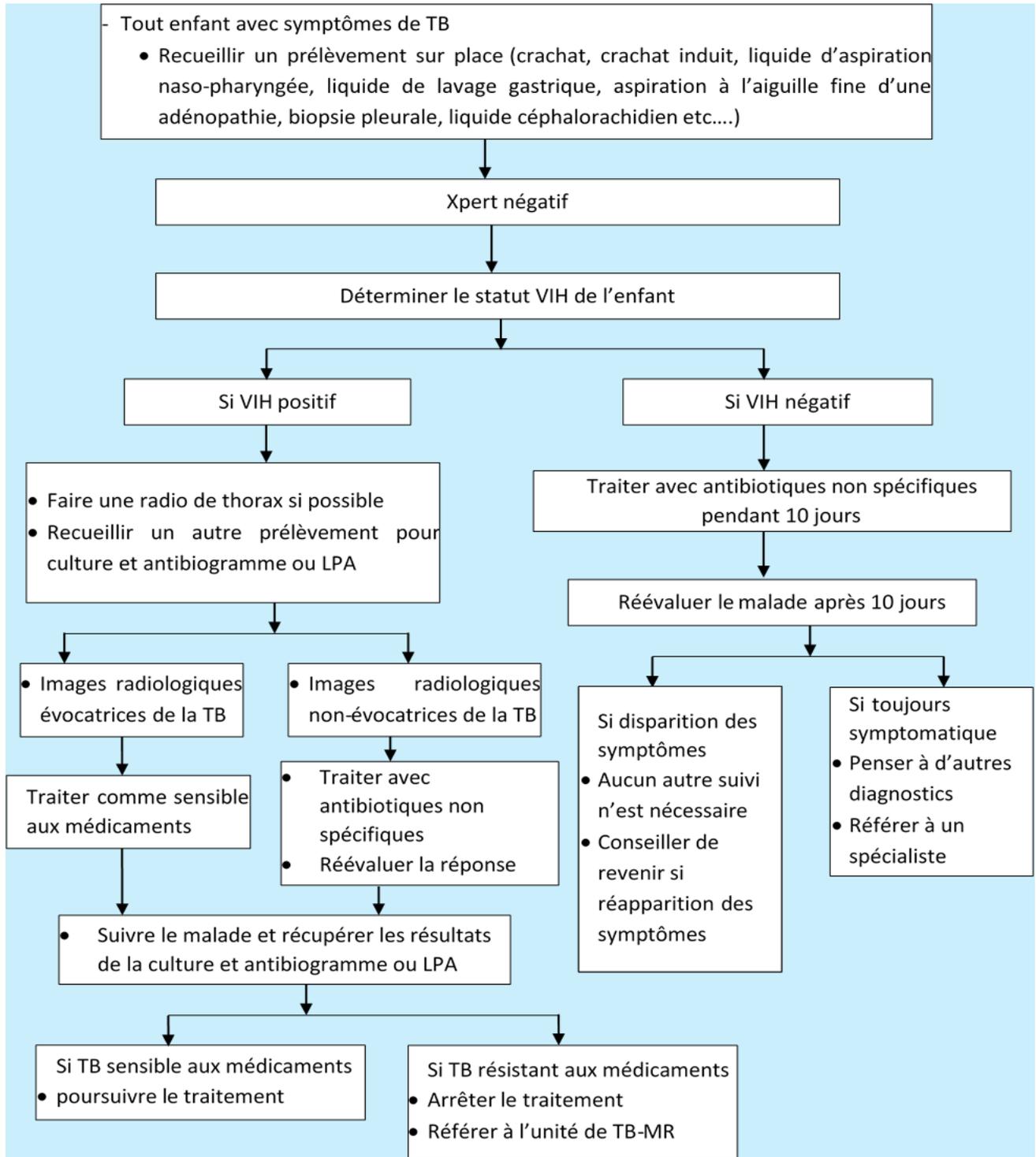
Le diagnostic présomptif chez un enfant infecté par le VIH repose sur :

- Un signe clinique évocateur (Toux quelque soit la durée, fièvre, amaigrissement) ;
- Un comptage tuberculeux avéré à rechercher activement pour toute suspicion ;
- Non-réponse à une antibiothérapie à spectre adapté résultat biologique évocateur ;
- Une image radiographique évocatrice et
- Un stade d'immunodépression OMS avancé ou sévère (ou stade clinique 3 ou 4 hors critère TB).

Signe clinique évocateur chez enfant :

- Toux quelque soit la durée persistante ou sifflement dans la peut importe la durée,
- Amaigrissement/malnutrition/AEG ou ralentissement de la croissance,
- Fièvre
- Contact d'un adulte TB

ALGORITHME DE DIAGNOSTIC ET DE PRISE EN CHARGE DE LA TB CHEZ L'ENFANT SI XPERT XPRT ULTRA NÉGATIF



I.1.6.2. Traitement ARV en cas de coinfection 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 + IP boosté/r
- Enfants âgés de plus de 3 ans : 2 INTI+EFV

Enfants infectés au VIH sous ARV présentant une tuberculose active :
Modifications à faire au niveau du régime ARV :

Tableau 74 : TARV chez l'enfant co-infecté TB/VIH

Régime initial	Régime adapter
2 INTI + DTG	<ul style="list-style-type: none"> • TDF/3 TC/DTG 1 cp le matin et 1cp de DTG 50 mg le soir • 2 semaines après arrêt anti TB, arrêt 2e cp de DTG • Ou TDF/3 TC/EFV (1cp par jour) 2 INTI +inibiteur integrase DTG
2 INTI + LPV/r	2 INTI + LPV/r 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.

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.

I.1.7. Cas particulier de la femme enceinte VIH+ / FA/ enfant exposée

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

Tableau 75 : Cas particulier de la FEC VIH+/FA/EE

FEC et FA présentant un risque de complication	Comment exclure TB chez le nouveau-né
<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic de la TB au troisième trimestre de la grossesse. • En l'absence d'une bonne réponse clinique au traitement et/ou • Examen de frottis de crachat est redevenu positif. 	<ul style="list-style-type: none"> • Faire un examen clinique • postnatal 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).

La mère atteinte de TB peut allaiter son bébé ?

Note pratique : Toute maman y compris celles sous traitement antituberculeux et/ou infectée par le VIH doit être encouragée à allaiter son enfant

I.2. Syndrome inflammatoire de reconstitution immunitaire (SRI)

Le SRI regroupe l'ensemble des manifestations inflammatoires survenant lors de la reconstitution d'une réponse immune excessive et insuffisamment régulée vis-à-vis d'antigènes infectieux ou non infectieux, chez un individu au décours d'une phase d'immunodépression.

L'SRI 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 de nouveaux signes d'une autre maladie opportuniste dans les premières semaines après l'introduction du TARV.

La manifestation de l'SRI

- Il s'agit de l'aggravation du statut clinique des patients VIH positifs survenant après le début de mise sous TARV.
- Après le début de la mise sous 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 : **SRI paradoxal** ;
 - Les patients chez qui l'infection opportuniste n'a pas été reconnue au moment de l'initiation du TARV : **SRI démasqué**.

I.3. Comment se présente le SRI dans la tuberculose ?

- Le tableau clinique 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 des tuberculomes cérébraux peuvent engager le pronostic vital.

Tableau 76 : Prise en charge du SRI

Comment diagnostiquer Le SRI au la prise en charge de le SRI ? cours de la tuberculose ?	
Diagnostic exclusion	
Il faut exclure les autres causes possibles d'aggravation clinique de la tuberculose à savoir <ul style="list-style-type: none">• La tuberculose multirésistante• Les diagnostics alternatifs par exemple la pneumonie bactérienne, la	<ul style="list-style-type: none">• La plupart des malades peuvent être pris en charge en ambulatoire• On peut prescrire les anti-inflammatoires non stéroïdiens• Le TARV doit être poursuivi sauf si risque d'engagement du pronostic vital

pneumocystose, le sarcome de Kaposi, etc :

- **Mauvaise adhérence au traitement**
- **La malabsorption**
- **La toxicité médicamenteuse**

- Si risque d'engagement du pronostic vital, le malade doit être hospitalisé d'urgence
- La corticothérapie peut être nécessaire dans le cas des réactions graves.

NB : Le SRI dû à la tuberculose est rarement fatal. L'initiation précoce du TARV chez les patients avec un taux de CD4 bas permet de prévenir le SRI dû à la tuberculose, car la mortalité est élevée si TARV retardé.

I.4. Prise en charge et prévention de la coïnfection 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 VHB afin d'obtenir une régression de la fibrose et la prévention des complications.

I.4.1. Coïnfection 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 2017). L'hépatite virale B peut être efficacement prévenue par la vaccination. Par conséquent, il est indispensable de réaliser de façon systématique un dépistage sérologique et virologique du 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 coïnfection 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 coïnfection VIH/VHB sont :

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

Ces facteurs doivent être identifiés et pris en compte dans le processus de décision de traitement.

I.4.1.1. Comment faire le diagnostic et le bilan de l'infection par le VHB en cas de co-infection VIH/VHB ?

Tableau 77 : Bilan de l'infection HVB en cas de coïnfection VIH/VHB

Comment faire le diagnostic et le bilan de l'infection par le VHB en cas de co-infection VIH/VHB	
Systématique	Ag HBs et Ac anti-HBc ainsi qu'Ac anti-HBs (vaccination)
Ag HBs positif	<ul style="list-style-type: none">• Recherche des anticorps anti-delta.• Évaluation de la sévérité de l'hépatite B et du profil virologique.
Ac anti-HBc positif et Ag HBs négatif	Recherche ADN du VHB (charge virale) afin d'éliminer la possibilité d'une hépatite B occulte, en particulier si les transaminases sont élevées.

I.4.1.2. Évaluer l'atteinte hépatique en cas de coïnfection VIH-VHB.

Tableau 78 : Atteinte hépatique en cas de coïnfection VIH/VHB

Évaluer l'atteinte hépatique en cas de co-infection VIH-VHB	
Quand	<ul style="list-style-type: none">• Devant une élévation des transaminases et charge virale du VHB (> 2 000 UI/ml)
Pourquoi	<ul style="list-style-type: none">• Déterminer le stade de la maladie, le risque de progression vers la cirrhose et ses complications• Évaluer l'activité nécrotique inflammatoire et la fibrose et• Aider à la décision thérapeutique
Comment	<ul style="list-style-type: none">• Fibrotest• Échographie abdominale et dosage de l'α-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.

I.4.1.3. Quand instituer un traitement en cas de coïnfection ?

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/3 TC) ou Ténofovir + Emtricitabine (TDF/FTC) chez les personnes co-infectées par le VHB. L'arrêt du TARV 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/3 TC et ajouter un IP/r. Par conséquent, chez le patient âgé de 10 ans ou plus :

- 1re ligne : TDF/3 TC/DTG ou TDF/3 TC/EFV ;
- 2e ligne TDF/3TC+ATV/r ou LPV/r.

I.4.1.4. Comment surveiller le traitement ?

Tableau 79 : suivi du traitement

Examens	Périodicité
Transaminases	J14 M1et M3 puis trimestrielle
CV	6 mois et une fois par an
Ag HBe	S'il était positif

I.4.1.5. Quand et qui vacciner parmi les PVVIH ?

Tableau 80 : Vaccination en cas de coïnfection VIH/VHB

Vaccin	Comment
Vaccin contre l'hépatite B	<ul style="list-style-type: none">• Si Ag HBs neg, anticorps anti-HBc neg et anticorps anti-HBs neg).• 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 < 10 UI/L).

I.4.2. Coïnfection VIH-VHC

La séroprévalence de l'infection par le VHC chez les patients infectés par le VIH a varié beaucoup en fonction des études réalisées au Cameroun.

I.4.2.1. Diagnostic et bilan de l'infection par le VHC

Tableau 81 : 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 ÉLISA de dernière génération.	
Ac anti-VHC 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.
Bilan initial	<ul style="list-style-type: none">• ASAT, ALAT, GGT, PAL, bilirubine totale et conjuguée, albuminémie ;• NFS, plaquettes ;• TP ;• ARN VHC (techniques de PCR) ;• Ag HBs (et Ac anti delta si Ag HBs positif) ;• α-foetoprotéine (en cas fibrose sévère F3 ou de cirrhose F4), Échographie abdominale

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 l'Efavirenz et référer à un centre spécialisé.

I.4.2.2. Traitement de la coinfection 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 semaines en cas de mono-infection) et 72 semaines en cas de génotype 1 et 4 (contre 48 semaines en cas de mono-infection).

Régimes pangénotypiques actuellement disponibles pour les adultes de 18 ans et plus

- **Sofosbuvir + Velpatasvir pendant 3 à 6 mois**
- **Sofosbuvir + Daclatasvir pendant 3 à 6 mois**
- **Sofosbuvir + Ledispavir pendant 3 à 6 mois**

II. COMORBIDITÉS

Le traitement ARV a réduit la morbidité et la mortalité associées au VIH et transformé le VIH en une maladie chronique requérant des soins à vie. Les comorbidités y compris les états de santé physique et mentale et les troubles liés à l'utilisation des stupéfiants fréquentes chez les PVVIH. Les soins complets du VIH comprennent la prévention combinée du VIH, la promotion de la santé et du bien-être en général, le maintien de la qualité de vie et le dépistage, le traitement antirétroviral, ainsi que la prévention et la gestion des coinfections et des comorbidités.

II.1. Soins généraux pour personnes vivant avec le VIH

1) Les PVVIH doivent pratiquer une activité physique régulière.

Le paquet complet de soins à fournir aux adolescents et adultes PVVIH comprend un ensemble d'interventions :

- le conseil et le soutien psychosocial ;
- la divulgation et la notification aux partenaires ;
- la prophylaxie au cotrimoxazole ;
- le conseil, le dépistage et la thérapie préventive de la tuberculose ;

- la prévention des infections fongiques courantes ;
- la prévention des infections sexuellement transmissibles et la prise en charge des besoins en matière de santé de reproduction, y compris la prévention et le dépistage du cancer du col de l'utérus ;
- la nutrition ;
- le planning familial ;
- la prévention de la transmission mère-enfant du VIH ;
- l'assainissement de l'eau et l'hygiène (WASH).

II.2. Vue d'ensemble des éléments clés des soins généraux du continuum de soins pour les PVVIH

Service	Au moment du diagnostic du VIH	Au moment de l'initiation aux soins et au TARV	Sous TARV	En cas d'échec du traitement et de changement de régime du TARV	Ré initiation au TARV à la suite d'une interruption de soins
Soins généraux					
Préparer à l'initiation au TARV	✓	✓			
Stadification clinique de l'OMS Affections passées et actuelles liées au VIH	✓	✓		✓	✓
Préparation, évaluation et l'aide à l'observance	✓	✓	✓	✓	✓
Médicaments actuels		✓	✓	✓	✓
Statut de grossesse Planning familial et contraception	✓	✓	✓	✓	✓
L'aide à la divulgation du statut et à la notification des partenaires	✓	✓			
Conseils sur la réduction des risques et combinaison Approches de prévention du VIH	✓	✓	✓	✓	✓
Dépistage, prévention et prise en charge des maladies non transmissibles		✓	✓	✓	✓
Dépistage et prise en charge des problèmes de santé mentale et de		✓	✓	✓	✓

Service	Au moment du diagnostic du VIH	Au moment de l'initiation aux soins et au TARV	Sous TARV	En cas d'échec du traitement et de changement de régime du TARV	Ré initiation au TARV à la suite d'une interruption de soins
la consommation de stupéfiants Conseil et soutien psychosocial					
Prise en charge de la douleur et les symptômes		✓	✓	✓	✓
Bilan et conseils nutritionnels		✓	✓	✓	✓
Alimentation du nourrisson et de l'enfant	✓	✓	✓	✓	✓
Évaluation de la nutrition, de la croissance et du développement des enfants et des adolescents		✓	✓	✓	✓
Prévenir et traiter les co-infections					
Traitement préventif au cotrimoxazole		✓	✓	✓	✓
Intensification du dépistage des cas de tuberculose		✓	✓	✓	✓
Traitement préventif à la Tuberculose		✓		✓	✓
Dépistage de l'infection cryptococcique et prophylaxie fongique, le cas échéant		✓			✓
Dépistage des hépatites B et C		✓		✓	✓
Prévention du paludisme (moustiquaires imprégnées et prophylaxie)		✓	✓	✓	✓
Dépistage des infections sexuellement transmissibles		✓	✓	✓	✓
Prévention et dépistage du cancer du col de l'utérus		✓	✓	✓	✓

Service	Au moment du diagnostic du VIH	Au moment de l'initiation aux soins et au TARV	Sous TARV	En cas d'échec du traitement et de changement de régime du TARV	Ré initiation au TARV à la suite d'une interruption de soins
Évaluation des maladies évitables par la vaccination autre que l'infection par le VHB et le VHC		✓	✓		✓

II.3. Paludisme et VIH

Pour les PVVIH qui font un paludisme simple à *plasmodium falciparum*, il faut éviter l'association Artésunate + Sulfadoxine-Pyriméthamine s'ils sont déjà sous cotrimoxazole et éviter l'association Artésunate + Amodiaquine s'ils sont traités avec Efavirenz ou Zidovudine

Les PVVIH sont plus susceptibles d'avoir une forte parasitémie et par conséquent de faire un paludisme grave. Les interventions clés dans la lutte contre cette maladie incluent le diagnostic précoce, le traitement à base d'ACT, l'utilisation des moustiquaires imprégnées, le TPI et autres mesures de lutte anti vectorielle (pulvérisation des gîtes).

II.4. Les infections sexuellement transmissibles (IST) et VIH

L'infection à VIH favorise la transmission des IST, leur fréquence est accrue, le tableau clinique aggravé et la réponse au traitement diminuée du fait de la baisse de l'immunité.

Étant donné la difficulté d'accès des populations aux soins, l'insuffisance du plateau technique dans les formations sanitaires périphériques, la faiblesse du système de collecte et de gestion des données, et à la lumière de l'analyse des différentes approches de prise en charge des IST, il a été développé une approche syndromique de prise en charge des IST au Cameroun.

- **Prévention primaire**

Concernant la prévention, il existe un paquet minimum d'activités en fonction du niveau de la pyramide sanitaire. Elle passe par plusieurs moyens qui sont : la causerie éducative, le counseling, la promotion de l'utilisation du préservatif, la communication pour le changement des comportements... (cf. *Guide national de prise en charge des infections sexuellement transmissibles au Cameroun*).

- **Prise en charge**

Il est important de souligner qu'un syndrome peut être dû à plusieurs germes. Cela signifie que lorsqu'un patient souffre d'un syndrome en particulier, il doit être soigné pour toutes les IST courantes qui causent le syndrome en question. La prescription du traitement doit s'accompagner de conseils de prévention, de recommandations sur la notification et le traitement du/ou des partenaires, l'encouragement à l'utilisation du préservatif et l'observance au traitement.

Syndrome	Pathologies/germes en cause	Traitement syndromique
Ulcération génitale	Syphilis (<i>Treponema pallidum</i>) Chancre mou (<i>Haemophilus ducreyi</i>) Herpès génital (<i>Herpès simplex virus</i>)	Benzathine Pénicilline : 2,4 millions en I.M en dose unique + Erythromycine 500 mg 2cp x2/j x10 j + Aciclovir 200 mg 1cp x 5/j x ou Valaciclovir 500 mg x 2/j x 10 j (1000mgx 2/j si immunodéprimé). + Soins locaux (à la polyvidone iodée ou l'éosine aqueuse x 7 jours
Écoulement urétral	Gonococcie (<i>Neisseria gonorrhoeae</i>) Chlamydiase (<i>Chlamydia trachomatis</i>)	Azithromycine 250 mg 2cp à J1, 1Cp/j J2-J5 + Ceftriazone 250 mg IM en dose unique
Écoulement urétral récidivant ou persistant après le traitement	Trichomonase (<i>Trichomonas vaginalis</i>) Infections à mycoplasme (<i>M. genitalium, hominis</i>)	+ Métronidazole 500 mg : 4 cp en prise unique
Écoulement vaginal	Candidose (<i>Candida albicans</i>) Trichomonase (<i>Trichomonas vaginalis</i>) Vaginose bactérienne Gonococcie (<i>Neisseria gonorrhoeae</i>) Chlamydiase (<i>Chlamydia trachomatis</i>) Infections à mycoplasmes	Métronidazole : 2 g en dose unique per os + Nystatine ovules 100 000 UI/j : 1 ovule le soir au coucher x 14 jours + Azythromycine 500 mg 2cp + Ceftriazone 250 mg IM en dose unique
Douleurs abdominales basses ou pelviaigies	<ul style="list-style-type: none"> Chlamydiase Gonococcie Infections à mycoplasmes Germes anaérobies 	Azythromycine 500 mg 2cp + Ceftriazone 250 mg IM en dose unique + Métronidazole 500 mg x 3 j x 14jrs +

Syndrome	Pathologies/germes en cause	Traitement syndromique
		Ibuprofène 400 mg 1cp x 2/J x 5 jours maximum ou Paracétamol 500 mg 2cp x 3/j + Repos au lit
Tuméfaction du scrotum	Chlamydiase Gonococcie	Azythromycine 500 mg 2cp + Ceftriazone 250 mg IM en dose unique
Syndrome oro-pharyngé*	Syphilis Gonococcie Herpès Chlamydiase	Azithromycine 500 mg 2cp en prise unique + Ceftriazone 250 mg IM en dose unique Aciclovir IV 5 mg/kg/8h ou 200 mg x 5/j per os pendant 10 j + Bain de bouche à la poly-vidone iodée buccale pendant 07 jours
	Condylomes	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Cryothérapie ◆ 5 fluoro-uracile ◆ Azote liquide ◆ Électrocoagulation ◆ Cimétidine
Syndrome ano-rectal	-Écoulement/suintement anal - Douleurs anales - Excroissance anale - Ulcération anale - Démangeaisons anales - Ténésmes (contractures douloureuses du sphincter anal) - Épreintes (fausse envie d'aller à la selle)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Soins locaux (à la polyvidone iodée ou l'éosine aqueuse x 7 jours ◆ Referer chez le medecin

*Notion de rapports oro-génitaux

- **Vaccination pour les personnes vivant avec le VIH**

Les vaccinations sont une composante importante du paquet de soins VIH et les PVVIH doivent être évaluées pour savoir si elles peuvent être vaccinées à tous les stades de leur parcours de soin.

Les vaccins sont habituellement plus sûrs et plus efficaces chez les PVVIH qui reçoivent un traitement antirétroviral, ainsi que les personnes ne souffrant pas d'une immunodépression importante, notamment lorsque le nombre de CD4 est supérieur à 200 cellules/mm³.

CHAPITRE 10 : MALADIES CHRONIQUES NON TRANSMISSIBLES

- L'évaluation et la prise en charge du risque cardiovasculaire doivent être faites à toute PVVIH conformément aux procédures standards recommandées pour la population générale.
- Les stratégies de prévention et de réduction de risque de maladies cardiovasculaires en adressant les facteurs modifiables tels que la pression artérielle, le tabac, l'obésité, les mauvaises habitudes alimentaires et l'activité physique doivent s'appliquer à toutes les PVVIH.

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 PVVIH.

I. PRÉVENTION DU RISQUE DE MALADIES CARDIOVASCULAIRES (MCV)

La prévention du risque des maladies cardiovasculaires consiste à :

- Privilégier les protocoles moins pourvoyeurs d'anomalies métaboliques,
- Faire un suivi longitudinal des PVVIH sous DTG afin d'évaluer le poids et l'indice de masse corporelle
- Dépister les facteurs de risque et évaluer l'impact sur les comorbidités métaboliques et les maladies cardiovasculaires.

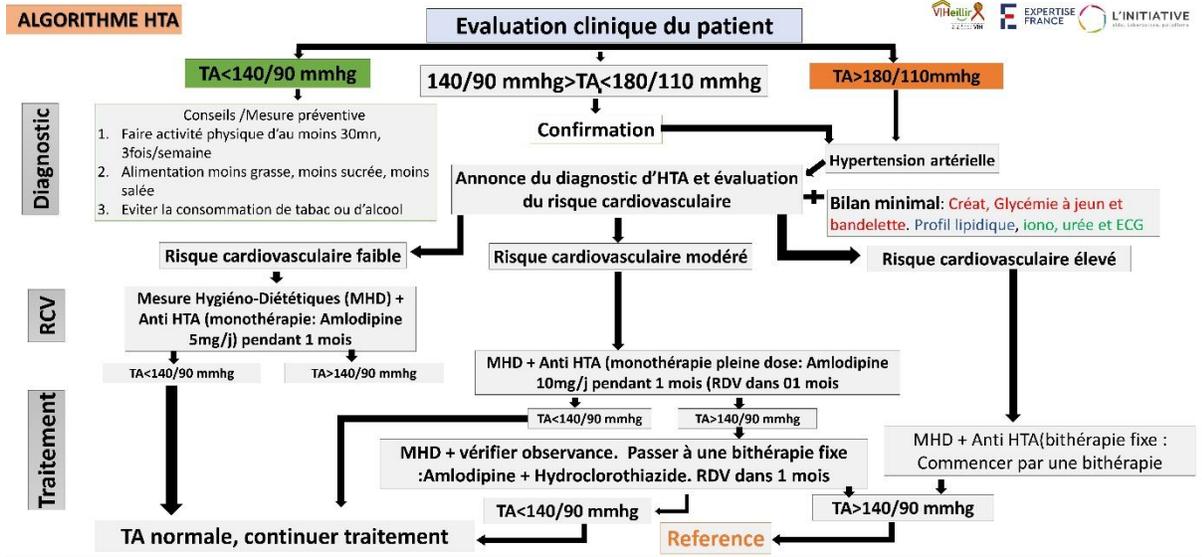
a) Tabagisme

Les PVVIH et tabagiques doivent être accompagnés en vue d'un sevrage progressif. L'arrêt du tabac réduit le risque de développer des maladies qui y sont liées, ralentit l'évolution des maladies liées au tabagisme déjà présentes et allonge l'espérance de vie d'une moyenne de dix ans.

b) Hypertension Artérielle

Des mesures répétées de la pression artérielle doivent être utilisées pour le diagnostic précoce. Pratiquer les activités sportives avec respect des mesures hygiéno-diététiques et envisager la prise d'antihypertenseurs en ciblant des chiffres tensionnels < 140/90 mmHg. L'algorithme de prise en charge est résumé dans le schéma ci-dessous :

ALGORITHME HTA



Mesures hygiéno-diététiques
Régime alimentaire (Dietary Approaches to Stop Hypertension, DASH)
Réduction apport en sel :
- Consommer moins de 5 g/jour
- Éviter bouillon de cuisson
- Supprimer sel de table
Réduction des matières grasses animales
- Réduire boissons sucrées
Favoriser consommation fruits, légumes & poissons
Réduire poids en cas d'obésité
Faire activité physique régulière
Arrêter tabac
Réduire consommation excessive d'alcool
Éviter pilules œstro-progestatives & corticoïdes

Définition - Classification de l'HTA de l'adulte

Catégorie	PAS (mm Hg)	et/ou	PAD (mm Hg)
PA optimale	< 120	et	< 80
PA normale	120-129	et/ou	80-84
PA normale haute	130-139	et/ou	85-89
HTA grade I	140-159	et/ou	90-99
HTA grade II	160-179	et/ou	100-109
HTA grade III	≥ 180	et/ou	≥ 110

Évaluation du risque cardio-vasculaire global

PA	Normale	N. haute	Grade 1	Grade 2	Grade 3
0 FDR	0 risque	R. faible	R. modéré	R. élevé	R. très élevé
1-2 FDR	R. faible	R. modéré	R. élevé	R. très élevé	R. très élevé
> 3 FDR ou diabète	R. modéré	R. élevé	R. très élevé	R. très élevé	R. très élevé

Facteurs de risque cardiovasculaire

- Facteurs de risque non modifiables
 - Âge ≥ 55ans chez l'homme
 - Âge ≥ 65ans chez la femme
 - Antécédents familiaux
- Facteurs de risque modifiables
 - HTA
 - Tabac
 - Dyslipémie (cholestérol total, HDL, LDL)
 - Hypertension artérielle
 - Obésité
 - Sédentarité
 - Excès d'alcool
 - Stress

b) Diabète

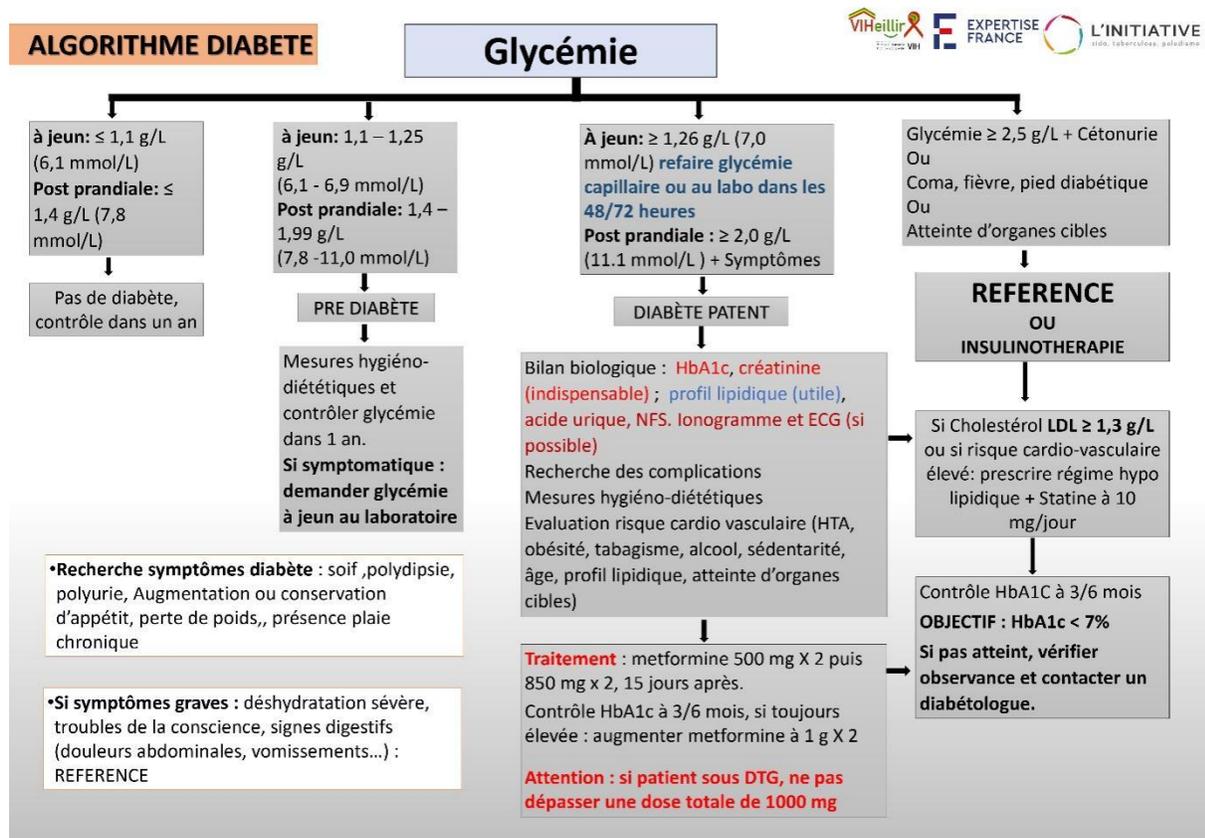
La surveillance de la glycémie est importante (VN glycémie à jeun ≤ 1,10 g/l). Un diabète de type 2 peut être sous-estimé par les valeurs d'HbA1c chez les personnes vivant avec le VIH et sous TARV, en particulier lorsque le traitement comporte l'ABC.

L'intolérance au glucose augmente la morbidité cardiovasculaire et multiplie de 4-6 fois le risque de développer un diabète. Les patients concernés devraient adopter des mesures hygiéno-diététiques, et leurs facteurs de risque cardiovasculaire doivent être évalués et traités.

Tableau 82 : Objectifs du traitement

Équilibre glycémique (HbA1c < 6,5-7 % sans hypoglycémies, glycémie à jeun comprise entre 4-6 mmol (73-110 mg/dl), prévention des complications à long terme.
Un traitement par acide acétylsalicylique (75-150 mg/j) devrait être envisagé chez tout patient diabétique ayant un risque MCV élevé et si la pression artérielle est contrôlée.
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

L'algorithmique de dépistage et prise en charge est résumé dans le schéma ci-dessous :



NB : La metformine peut aggraver la lipoatrophie. De même, il faudrait envisager une diminution de la dose chez les personnes ayant une IRC modérée , ou celles qui reçoivent du DTG.

d) 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 diabétique de type 2 ou ayant un risque élevé de maladie cardiovasculaire doit bénéficier d'un traitement par statines, quels que soient ses taux sériques de lipides.

Tableau 83 : Statines

	Avec IP	Avec INNTI
Atorvastatine : 10-80 mg/j	Démarrer à faible dose (v) (max : 40 mg)	Envisager des doses plus élevées
Pravastatine : 20-80 mg/j	Envisager des doses plus élevées	Envisager des doses plus élevées
Effets secondaires des statines : Troubles gastro-intestinaux, céphalées, insomnies, rhabdomyolyse (rare) et hépatite toxique		

II. CANCERS DU COL DE L'UTÉRUS

- Tests usuels+ADN HPV, si lésion L-SIL, traitement conservateur ou watch and wait, lésion H-SIL : traitement ablatif ou HRT selon le cas.
- Il est recommandé d'effectuer un dépistage régulier du cancer du col dès l'âge de 25 ans chez les femmes PVVIH et d'accentuer ce dépistage entre 25 et 49 ans. Cependant, lorsque les outils sont disponibles pour la prise en charge des femmes ménopausées, les femmes PVVIH âgées entre 50-65 ans qui n'ont jamais été dépistées doivent aussi être une priorité.
- Il est recommandé un dépistage régulier tous les 3 à 5 ans lorsque la détection du DNA HPV est utilisée pour le dépistage primaire du cancer du col chez les PVVIH.

Le cancer du col de l'utérus est dû dans la grande majorité des cas à une infection au *papillomavirus*. Les femmes vivant avec le VIH ont un risque plus élevé de développer 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 *papillomavirus* (chez tout enfant âgé de 9 ans) 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 84 : : Prise en charge des cancers

Pathologies	Cibles	Examen a réalisé	Fréquence de dépistage	Commentaires
Cancer anal	HSH Personnes ayant une dysplasie associée au HPV Condylomes	Toucher rectal +/- biopsie avec examen cytologique du tissu anal	1-3 ans	Anuscopie si analyse cytologie anale normale
Cancer du sein	Femmes de 50-70 ans	Mammographie	1-3 ans	
Cancer du col de l'utérus	Femmes séropositives > 21 ans et/ou sexuellement active	FCV	1-3 ans	
Cancer colorectal	Personnes entre 50 et 80 ans	Hémocult coloscopie	1-3 ans	
CHC	Personnes porteuses HVB ou HVC	Échographie dosage alpha foetoprotéine)	Tous les 6 mois	

III. SANTE MENTALE CHEZ LES PVVIH

L'évaluation et la prise en charge de la dépression devrait être inclus dans le paquet de services VIH offert aux patients vivant avec le VIH

La santé mentale comprend notre bien-être émotionnel, psychologique et social. Elle affecte notre façon de penser, de ressentir et d'agir.

Les personnes vivant avec le VIH présentent un risque élevé de troubles mentaux, de troubles du système nerveux et de troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives.

La dépression est l'une des comorbidités les plus répandues dans le domaine de la santé mentale chez les PVVIH. Les personnes vivant avec le VIH qui souffrent de dépression ont une faible probabilité d'être adhérent et d'être retenue dans les soins. La prise en charge de la dépression améliore la santé mentale et le bien-être général de ces patients.

III.1. Évaluation de l'état mental

Devant tout patient VIH+ sous traitement ARV et/ou son entourage (famille), le prestataire de soins doit faire l'évaluation de l'état mental en posant les questions citées dans l'outil de dépistage ci-dessous afin de détecter et de résoudre les troubles mentaux courants.

Le patient se rend en FOSA pour consultation et prise en charge

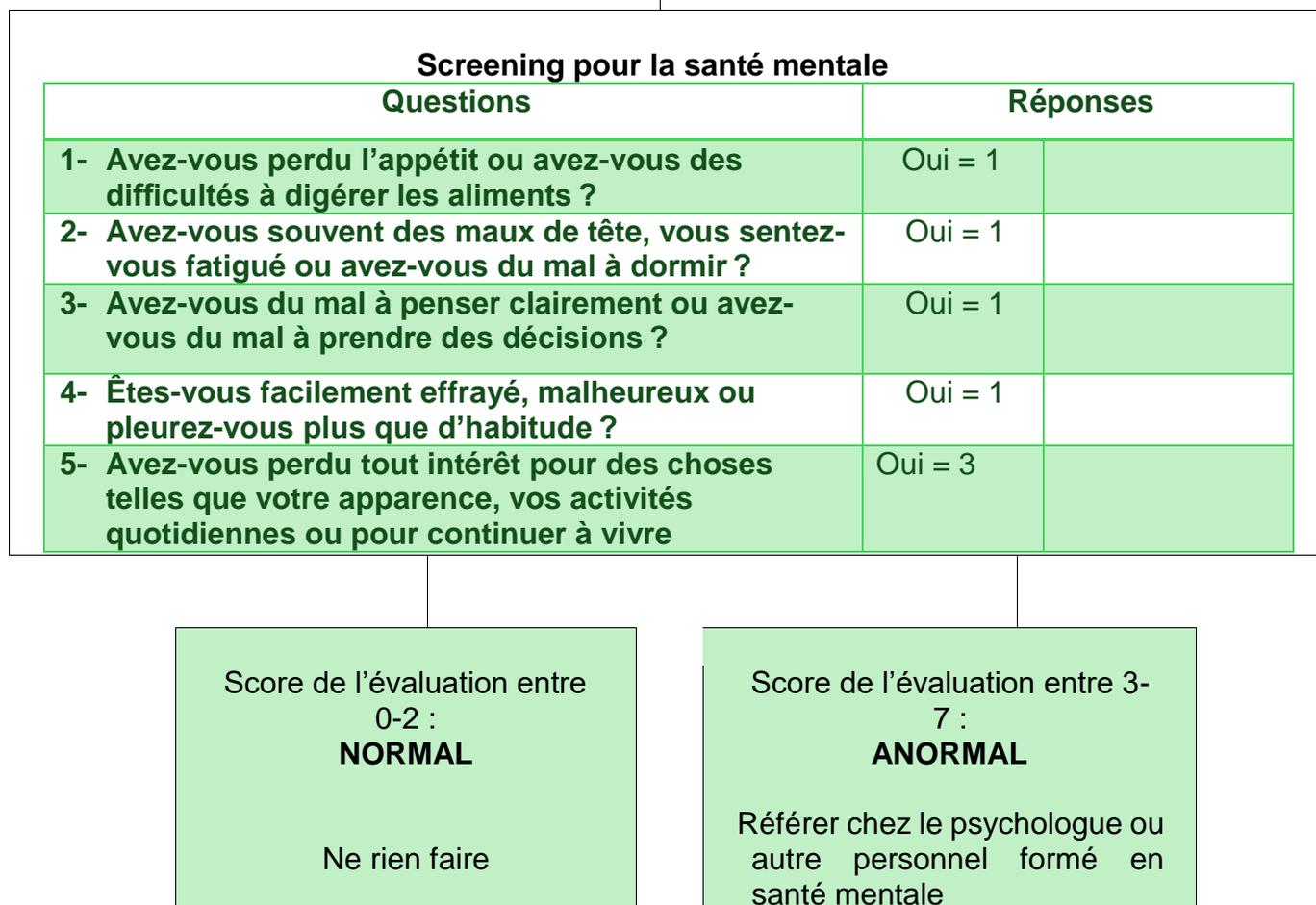


Figure 11 : Algorithme d'évaluation de l'état mental

NB : Chaque question nécessite une réponse OUI/NON.

Chaque réponse **OUI** vaut **un point** et chaque réponse **NON** vaut **zéro point**, sauf la **question 5** qui vaut **3 points**. Le nombre total de points possible est donc de sept (7) points.,

- **Score de 0 à 2 points** = cas normal = aucune action requise ;
- **Score de 3 à 7 points** = cas anormal = référer chez le psychologue ou tout autre personnel formé en santé mentale pour une évaluation plus approfondie et soins complémentaires.

III.2. Problème de Santé mentale en relation avec VIH

a- Dépression

Les symptômes de la dépression majeure sont chroniques (au moins 2 semaines) et ont un impact sur la vie du patient.

Tableau 85: Prise en charge de la dépression

Dépression
<ul style="list-style-type: none">• 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)• Une inaptitude significative et une moins bonne réponse au traitement du VIH
Dépistage et diagnostic : <ul style="list-style-type: none">• Tristesse omniprésente et un manque d'intérêt pour les activités quotidiennes• Perte d'appétit, perte de poids• Insomnie avec réveil précoce, fatigue importante, difficulté à se concentrer ou à prendre des décisions• Idées suicidaires : l'EFV est associé à un risque plus élevé•
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'une famille, etc.
Prise en charge : <ul style="list-style-type: none">• 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.

b- Drogues y compris la 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 chez ces patients sont (i) la dépendance (ii) la dépression et (iii) la psychose aiguë

c- Confusion.

La confusion, la désorientation dans le temps et l'espace, les troubles de la conscience, les problèmes de concentration peuvent survenir chez le PVVIH. Les causes sont multiples tels que : 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 TARV.

d- Démence liée au VIH/SIDA

La démence est un syndrome chronique et progressif . Bien qu'il puisse survenir à tout âge, il est plus fréquent chez les personnes âgées.

Symptômes : Déficit de mémoire dû à la pensée abstraite et au jugement ; perte d'attention et de concentration ; confusion épisodique ; méfiance ; déséquilibre moteur, agitation, manque de coordination ou incontinence urinaire.

Diagnostic différentiel : Examen médical/examen neurologique biologiques (urée et électrolytes, fonctions thyroïdiennes, etc.) et/ou radiologique afin d'exclure les autres étiologies

Prise en charge : Traitement des états pathologiques avec soutien psychosocial 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.

e- Troubles mentaux et comportementaux de l'enfant et de l'adolescent

Les troubles fréquemment rencontrés sont: les troubles de développement et les troubles émotionnels.

Symptômes : Suractivité excessive, inattention excessive, désobéissance, comportement provocant et/ou perturbé, tristesse, peur, anxiété et/ou irritabilité excessive

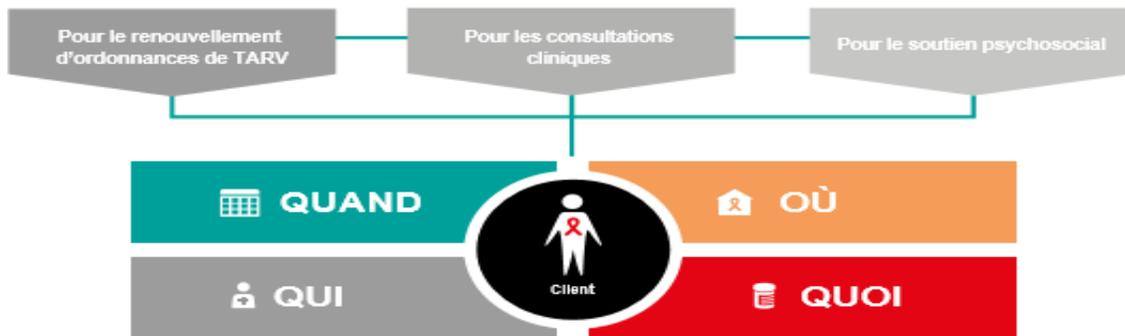
Prise en charge :

- Organiser un temps de rencontre avec le patient et parent-tuteur dans un cadre qui assure la confidentialité
- Ne pas blâmer l'enfant/adolescent pour leur trouble et/ou leur comportement
- Encourager la bonne relation de l'enfant avec sa famille, enseignants et pairs, car ceci permettra d'atteindre les résultats escomptés

Aider les parents et les enseignants à mieux comprendre le comportement de l'enfant/adolescent

CHAPITRE 11: OFFRE DE SERVICES

I. PRESTATION DES SERVICES DIFFÉRENCIÉS



La prestation de services différenciés (PSD), précédemment appelée soins différenciés », est une approche centrée sur la personne. Elle simplifie et adapte les services de lutte contre le VIH et répond aux besoins des personnes vivant avec le VIH et vulnérables à la maladie. Elle vise à optimiser les ressources disponibles dans les systèmes de santé.

Les principes de la prestation de services différenciés s'appliquent à la prévention, au dépistage, les soins, à l'initiation et au suivi d'un traitement antirétroviral. Aussi ils assurent l'intégration des soins liés au VIH, la prise en charge des coïnfections et des comorbidités.

Outre les besoins cliniques des PvVIH, la prestation de services différenciés tient compte des populations spécifiques et des contextes. Il s'agit ici entre autres de répondre aux besoins des enfants et des adolescents, des femmes enceintes et allaitantes et des populations clés.

II. NORMES POUR UNE PRESTATION DE SERVICE DE QUALITÉ EN MATIÈRE DE VIH

La qualité des soins met l'accent sur l'efficacité des services pour atteindre les résultats escomptés en matière de santé.

Les services VIH de qualité doivent :

- Fournir des soins centrés sur le patient ;
- Offrir des services cliniques et non cliniques sûrs, acceptables et appropriés et ;
- Promouvoir une utilisation efficiente et efficace des ressources.

En outre, les services de lutte contre le VIH doivent focaliser leur attention sur :

- Les expériences positives des utilisateurs et prêter attention aux préoccupations du patient ;
- Mesurer et réduire la stigmatisation et la discrimination en particulier dans les services de santé ;
- Promouvoir et maintenir la culture de la qualité dans les programmes et les organisations fournissant des services.

Les détails sur la PSD sont contenus dans le Guide opérationnel PSD 2023.

II.1. Service de dépistage différencié du VIH

Dans son objectif d'améliorer l'accès aux services de santé, les soins différenciés dans sa rubrique de dépistage du VIH assure l'identification rapide des personnes positives au VIH et leur mise sous traitement. Les modèles de dépistage du VIH prennent en compte trois éléments : la mobilisation, le dépistage et le lien aux services de prévention et de traitement.

Tableau 86 : Les trois composantes d'un service de dépistage

Mobilisation	Dépistage	Liens
Masse/Groupe	FOSA	Orientation
En réseau	Communauté (OBC, DIC, Campagne)	Accompagnement
Notification des partenaires et dépistage autour des cas index	Autodépistage*	Mesure d'incitation
		Initiation du TAR
		Services conviviaux
		Traçabilité/Documentation

* L'autodépistage est une modalité de dépistage qui peut être utilisée dans les formations sanitaires ou dans la communauté. Il est ici listé comme un modèle de dépistage indépendant.

II.1.1. Modèles de service de dépistage différenciés du VIH recommandés

Il est important de disposer de différentes approches pour atteindre les personnes qui échappent au dépistage classique du VIH. Les différentes approches ou modèles de dépistage différenciés dans la FOSA et dans la communauté sont résumés le tableau ci-dessous :

Tableau 87: Modèles de prestation de services de dépistage différenciés du VIH

Formation sanitaire	Communauté
✓ Dépistage et conseils initié par le prestataire (CIDP) « ciblé »	✓ Dépistage par cas index
✓ Dépistage par cas index	✓ Dépistage communautaire ciblé du VIH
✓ Autodépistage du VIH (ADVIH)	✓ Dépistage familial
✓ Dépistage familial	✓ Autodépistage du VIH (ADVIH)
	✓ Dépistage du VIH par le biais d'un réseau

Tous les modèles de dépistage du VIH doivent être fournis conformément aux 5 C essentiels de l'OMS : Consentement, Confidentialité, Conseil, résultats corrects des tests et connexion ou lien avec les services de prévention, les soins et le traitement.

II.1.2. Définition des modèles de services de dépistage différenciés du VIH

a) Conseils et Dépistage ciblé initié par le Prestataire (CDIP) «

Pour minimiser les occasions manquées de dépistage, le prestataire de soins initie systématiquement un test de diagnostic rapide du VIH aux patients à risque : ceux ayant eu un comportement sexuel à risque, une infection sexuellement transmissible (IST), la tuberculose, la malnutrition. les femmes enceintes et allaitantes et les donneurs de sang. Le prestataire oriente les patients vers des services de prévention ou de traitement selon les résultats du test.

b) Dépistage par cas index

Le dépistage par cas index est une approche de dépistage des contacts d'une personne séropositive (le cas index) : il s'agit des partenaires sexuels, des enfants biologiques et toute personne avec laquelle une aiguille a été partagée. Lesdits contacts se voient proposer des services de dépistage du VIH soit par le cas index, soit par le personnel de santé.

c) Autodépistage du VIH (ADVIH)

Il s'agit d'un processus au cours duquel une personne prélève son propre échantillon (liquide buccal ou sang), effectue un test de dépistage du VIH et interprète le résultat, souvent dans un cadre privé, seule ou en présence d'une personne de confiance (OMS 2015).

L'autodépistage, en cas de réactivité du test ne permet pas de confirmer un diagnostic positif pour le VIH. Il doit donc être confirmé à l'aide de l'algorithme national de dépistage du VIH dans une FOSA. Il est conseillé aux personnes présentant un risque constant d'exposition au VIH (partenaires cas index, comportements sexuels à risque,

populations Clés/vulnérables) et dont le résultat de l'autotest du VIH est non réactif de répéter le test tous les trois mois).

d) Dépistage familial

Approche qui offre le dépistage ciblé aux membres de la famille et autres personnes du ménage d'une personne vivant avec le VIH récemment diagnostiquée ou déjà prise en charge.

e) Dépistage communautaire ciblé du VIH

Ce modèle cible un individu ou un groupe de personnes appartenant à des populations prioritaires qui ont un accès limité aux services de santé. Dans ce modèle, les prestataires (FOSA, OBC) atteignent tous les groupes de population mal/peu desservis ou qui utilisent les services de santé.

Les bénéficiaires dans ce modèle sont entre autres les populations des zones de conflits, les victimes de stigmatisation et discrimination et les populations clés/vulnérables.

f) Dépistage du VIH par le biais d'un réseau social

Selon l'OMS (novembre 2019) * on appelle réseau social un groupe de personnes ayant des relations ou des comportements en commun ; cela inclut les partenaires sexuels, les partenaires utilisateurs de drogues injectables ainsi que les contacts sociaux. Les approches de dépistage du VIH qui s'appuient sur les réseaux sociaux sont une extension des services de dépistage du VIH destinés aux partenaires. : le principe est qu'un prestataire formé demande aux personnes vivant avec le VIH ou aux personnes séronégatives, mais qui sont soumises à un risque persistant d'infection au VIH d'encourager et d'inviter les personnes de leur réseau à participer à un dépistage volontaire du VIH.

II.1.3. Modèles de services de dépistage différenciés du VIH par groupes de population

Les services de dépistage différencié du VIH sont conçus et fournis pour répondre aux différents besoins des individus ou des groupes de personnes en matière de dépistage du VIH.

Ainsi, fournir des services différenciés de dépistage du VIH permet d'économiser des ressources, de promouvoir l'équité et de maximiser les liens avec les services post-test.

Tableau 88 : Modèles de prestation de services différenciés du dépistage VIH par groupes de population

Modèle de services de dépistage différencié du VIH	Types de population	Considérations clés
Dépistage et conseils initiés par le prestataire (DCIP)	<ul style="list-style-type: none"> • Toutes les personnes à toutes les portes d'entrée de la FOSA : service de tuberculose, IST, hépatite virale, CPN, maternité, malnutrition, banque de sang, pédiatrie, Urgences, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Obtenir le consentement du client • Respect de la confidentialité • Intégration du dépistage du VIH à d'autres services de santé
Dépistage par cas index	<ul style="list-style-type: none"> • Partenaire(s) sexuel(s) du PVVIH • Enfants de moins de 15 ans dont la mère est séropositive et qui n'ont jamais été testés pour le VIH • Personne partageant le matériel d'injection de drogue avec un PVVIH 	<ul style="list-style-type: none"> • Le type de notification pour les Services de Dépistage VIH (SDV) varie selon les populations • Évaluation des violences entre le cas index et son (ses) partenaire(s) intime(s) • Référence active des personnes vers une FOSA pour le test de confirmation et le lien vers les services de prévention ou de soins et traitement du VIH
Dépistage familial	Membres de la famille (partenaires sexuels et enfant biologique) et autre personne du ménage d'une personne vivant avec le VIH	<ul style="list-style-type: none"> • Obtenir le consentement d'un parent ou des deux • Évaluation des violences entre partenaires intimes • Référence active des personnes vers une FOSA pour le test de confirmation et le lien vers les services de prévention ou de soins et traitement du VIH
Autodépistage du VIH (ADVIH)	<ul style="list-style-type: none"> • Populations-clés : HSH, TS, transgenre, usager de drogue et drogue injectable ; • Partenaires et clients des populations clés ; 	<ul style="list-style-type: none"> • Offert à partir de 18 ans et plus • Évaluation de la vulnérabilité des bénéficiaires

Modèle de services de dépistage différencié du VIH	Types de population	Considérations clés
	<ul style="list-style-type: none"> • Partenaires des PvVIH ; • Partenaires des femmes enceintes ; • Jeunes (à partir de 18-24 ans) en situation de vulnérabilité ; • Hommes en situation de vulnérabilité 	<ul style="list-style-type: none"> • Nécessité de procédures pour les tests de confirmation et l'orientation des clients vers les soins
Dépistage communautaire ciblé du VIH	<ul style="list-style-type: none"> • Populations clés et clients des travailleurs de sexe • Adolescent(e)s et jeunes à risque • Réfugiés/populations déplacées/camionneurs • Hommes en uniforme • Personnes vivant dans des zones à forte prévalence du VIH et dans des zones difficiles d'accès 	<ul style="list-style-type: none"> • Obtention préalable de l'approbation des autorités locales • Évaluation du risque de contamination • Mobilisation de la cible par les pairs • Nécessité de procédures pour les tests de confirmation et l'orientation des clients vers les soins
Dépistage du VIH par le biais d'un réseau social	Population clé (TS, HSH et UDI) et jeunes âgés de 18 à 24 ans	Les graines (pairs/recruteurs) recrute des membres du réseau dont le statut sérologique est inconnu ou négatifs et les oriente pour un test de dépistage à l'aide d'un coupon.

II.1.4. Lien avec les services de prévention du VIH, de soins et traitement

Le lien avec les services de soins et de prévention contribue à limiter les nouvelles infections par le VIH par une mise sous traitement rapide. Le processus de liaison doit être actif et respecté par les prestataires de soins (Clinique et OBC). Ainsi, la liaison peut se faire : Par référence au sein de la FOSA (intra-FOSA) ou entre deux FOSA ; par orientation entre la communauté et la FOSA. Pour tout type de lien, un suivi rapproché doit être effectué pour s'assurer que les clients ont bien reçu les services.

II.1.5. Orientation vers les services de prévention du VIH pour les clients testés négatifs

Les personnes testées négatives au VIH doivent être orientées le même jour vers les services de prévention afin de prévenir toute contamination future. Les programmes de prévention combinée ont un impact durable sur la réduction des nouvelles infections. L'offre de service de prévention doit être centrée sur la personne. Il comporte les éléments suivants :

- Identification des personnes exposées au risque d'infection par le VIH
- Détermination du paquet de prévention combiné qui leur convient le mieux en prenant en compte les facteurs de risque que présentent ces personnes ainsi que leurs préférences en matière de services de prévention.

Tableau 89 : Paquet de services de prévention par intervention

Interventions	Paquet de services de prévention
Biomédicale	Préservatifs, lubrifiants, PrEP, PPE, PTME, dépistage et traitement des IST, de la tuberculose, planification familiale, dépistage et traitement du cancer du col de l'utérus
Comportementale	Conseil sur : <ul style="list-style-type: none">• La réduction du risque• L'éducation sexuelle• Le changement social et comportemental Évaluation et prise en charge de la santé mentale
Structurelle	<ul style="list-style-type: none">• Promotion d'un environnement favorable pour réduire la stigmatisation, la discrimination et les VBG, le respect des droits humains, l'autonomisation des communautés, y compris l'appropriation et le leadership• Disponibilité continue au niveau district de la complétude des produits et intrants de dépistage et traitement du VIH

N.B : Il n'y a pas de modèle de prévention unique, les besoins et les préférences d'un individu peuvent évoluer au fil du temps.

II.1.6. Orientation vers les services de soins et traitement du VIH pour les clients testés positifs

Le lien au traitement est la mise en contact d'une personne testée VIH+ avec le service de PEC, en vue l'initiation au traitement ARV. Il s'agit d'accompagner le plus tôt possible le patient nouvellement dépisté VIH+ pour intégrer les services de soins et traitement du VIH ainsi, le lien au traitement et l'initiation au traitement doivent avoir lieu dans un délai de sept jours maximums dans la même FOSA et dans les 30 jours pour les références entre 2 FOSA ou de la communauté vers la FOSA.

II.2. Service de traitement différencié

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 éléments constitutifs de la **délivrance différenciée de TARV** doivent être envisagés sous quatre angles (Qui, quoi, comment, où).

a) Quand le TARV est-il dispensé (fréquence des consultations) ?

- Recommander des visites à fréquence réduite pour venir chercher les médicaments (3-6 mois) pour les personnes stables sous TAR.
- Prolonger ou adapter les heures de service qui est un moyen simple de remédier aux problèmes d'accès de certains clients.

b) Où le TARV est-il dispensé (lieu) ?

- 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 financière des PvVIH. Elle devrait être considérée comme une façon d'augmenter l'accès et la rétention aux soins.

c) Qui assure la prestation différenciée du TARV (le prestataire de services) ?

La prestation de service est assurée par le personnel de la FOSA ou acteur communautaire formé

d) Quels services devraient être offerts (ensemble de services) ?

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

II.2.1 Les modèles de prestation de TAR

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

- **Caractéristiques cliniques des clients** (stable, non stable, comorbidité/co-infections) ;
- **Sous-population** (adultes, enfants, adolescents, femmes enceintes et allaitantes, populations clés etc.) ;

- **Contexte** (par ex. urbain/rural, profession).

II.2.2. Différenciation sur la base des caractéristiques cliniques

Sur la base des caractéristiques cliniques, les clients peuvent être définis comme **stable, non stable et souffrant de comorbidités ou de coinfections**. Les clients passeront d'une catégorie à l'autre.

Le patient stable sous TARV présente les caractéristiques suivantes :

- **Sous ARV depuis au moins six mois,**
- **Ne présente aucune maladie active (Ceci n'inclut pas les pathologies chroniques bien contrôlées) ;**
- **A une bonne compréhension de l'observance après un bon counseling sur l'observance.**
- **A une évidence de succès thérapeutique ; charge Virale supprimée datant de moins de 6 mois.** Si la CV est non disponible : CD4 > 200 /mm³ chez les adultes et >350/mm³ chez les enfants, ou prise de poids ou absence de symptôme d'infection en cours.

Après les 12 premiers mois sous TARV, le patient stable dans les soins 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

En revanche, si un client est non stable ou souffre de comorbidité ou de coinfection, il devrait bénéficier d'un suivi et d'un soutien accrus. Les clients non stables 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 « non stable ».

	Patients non stable	Patients stable sous les soins	
		Adultes	Cas particuliers
Définitions	<p>La présence <u>d'au moins un</u> de ces critères définit un patient non stable</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient au stade avancé (stade 3 et 4 de l'OMS) ; • Sous traitement depuis moins de 12 mois ; • Présence d'une IO active (y compris TB) les 6 derniers mois ; 	<p>Les patients stables sous TARV ont les caractéristiques suivantes ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sont sous ARV depuis au moins 12 mois, • Ne présentent aucune maladie active. Ceci n'inclut pas les pathologies chroniques bien contrôlées, 	<p>Femmes enceintes : si elle était déjà sous TARV et stable avant la grossesse actuelle</p> <p>Femmes allaitantes : en cas de CV récente < 1000</p>

	Patients non stable	Patients stable sous les soins	
		Adultes	Cas particuliers
	<ul style="list-style-type: none"> • Preuve de mauvaise observance au cours des 6 derniers mois ; • CV récente \geq 1000 copies/ml ; • IMC < 18,5 	<ul style="list-style-type: none"> • ont une bonne compréhension de l'observance après un bon counseling sur l'observance. • ont une évidence de succès thérapeutiques ; charge Virale supprimée datant de moins de 6 mois. Si la CV est non disponible : CD4 > 200 chez les adultes et >350 chez les enfants, ou prise de poids ou absence de symptôme d'infections en cours 	<p>copies/ml et PCR 1 de l'enfant négatif entre 6 et 8 semaines</p> <p>Adolescent : si stable et ayant un suivi psychosocial</p>
Où	FOSA	<ul style="list-style-type: none"> • FOSA • OBC (Dispensation communautaire des ARV) 	
Suivi	<ul style="list-style-type: none"> • Tous les mois • Dispensation mensuelle des ARV 	<ul style="list-style-type: none"> • Clinique tous les 6 mois • Dispensation des ARV tous les 3 mois, voire 6 mois selon les cas (long voyage justifié, militaires, patients en zone de conflit, personnes âgées , zone eclairé) 	
Paquet de soins	<p>Suivi mensuel, toutefois, des visites additionnelles sont nécessaires en cas de pathologies médicales et/ou psychologiques.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Évaluation et suivi clinique et paraclinique (biologique) suivant les directives ○ Prophylaxie à l'INH ou au Cotrimoxazole ○ Screening systématique et PEC des IO éventuelles ○ PEC psychosociale ○ Intensification de l'éducation thérapeutique 	<p>Suivi trimestriel</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Évaluation et suivi clinique/réévaluation des critères de stabilité à chaque visite ○ Prophylaxie à TPT et Cotrimoxazole ○ Recherche systématique de la tuberculose ○ Évaluation de l'adhérence ○ Éducation thérapeutique ○ Évaluation de la charge virale (1 fois par an) ou CD4 si CV non disponible tous les 6 mois ○ Renouvellement de l'ordonnance et Approvisionnement des ARV tous les 3 mois ou 6 mois 	

	Patients non stable	Patients stable sous les soins	
		Adultes	Cas particuliers
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Évaluation de la tolérance et de l'efficacité du traitement avec génotypage au besoin ○ Renforcement de l'aide à l'observance ○ Référer patient pour PEC adéquate si nécessaire 		
Conduite à tenir	Si le patient devient « stable » après 6 mois de TARV, il est suivi à la FOSA selon le modèle de suivi correspondant aux patients « stable »	Si le patient redevient « Non stable i », il est retourné à la FOSA pour le modèle de suivi correspondant à celui des patients « Non stable	

NB :L'infection à VIH étant une maladie chronique, certains clients « **stables** » pourront devenir « **instable** » Par conséquent, ils devront bénéficier d'une consultation psychologique et d'un contrôle régulier de la charge virale pendant une période courte et intense.

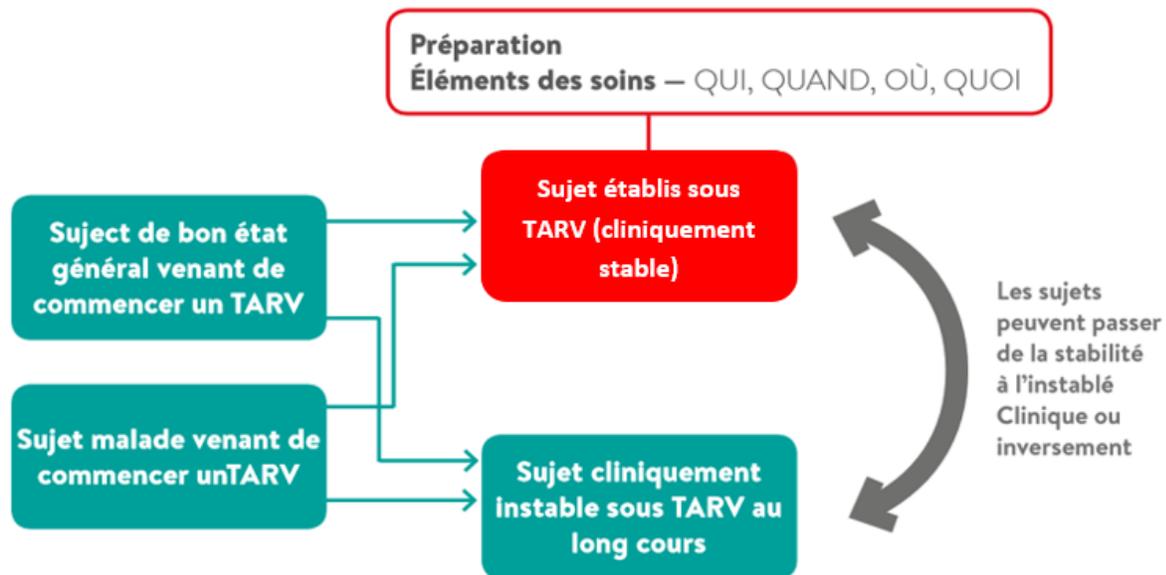


Figure 12 : Transitions entre les catégories de sujets en cas de délivrance différenciée de TARV

II.2.3. Différenciation sur la base de la sous-population

La prestation de TARV devrait être différenciée non seulement sur la base des caractéristiques cliniques, mais aussi en tenant compte des défis des sous-populations, notamment :

- Les femmes, y compris les femmes enceintes et allaitantes ;
- Les hommes ;
- Les adolescents et les enfants ;
- Les populations clés telles que les HSH, les TS, les TG et les UDI.

Chaque sous-population nécessite un programme adapté et complet de services de soins de santé afin de surmonter les défis qui leur sont propres.

L'une de ces innovations peut par exemple consister à définir des jours ou des heures spécifiques réservés au renouvellement de traitement pour certaines sous-populations, ce qui permettrait aux prestataires de santé et aux conseillers de se concentrer sur les besoins médicaux et psychologiques spécifiques de cette population. Par exemple, cela permettrait d'utiliser plus efficacement les outils disponibles adaptés aux enfants et aux adolescents contrairement aux visites de routine à la formation sanitaire.

Tableau 90: Résumé des composantes de PSD par sous population

Piliers	Populations spécifiques			
	Enfants et adolescents	Femmes enceintes et allaitantes	Population clé	Hommes
Quant	Aux heures d'ouverture et extra horaires	Aux heures d'ouverture et extra horaires	Aux heures d'ouverture et extra horaires	Aux heures d'ouverture et extra horaires
Où	FOSA Communauté, dans un local convivial	FOSA	FOSA Communauté	FOSA Communauté
Qui	Prestataires de santé Acteurs communautaires Pairs formés	Prestataires de santé Acteurs communautaires (mère mentor)	Prestataires de santé Acteurs communautaires Pairs formés	Prestataires de santé Acteurs communautaires
Quoi	-Renouvellement des ARV/CTX/TPT -Screening de la TB -soutien psychosocial -consultation clinique	-Renouvellement des ARV/CTX/TPT mensuel ou tous les 3 mois si établie sous traitement -Conseils sur la PF -Bilan prénatal -CV -Bilan Initial (BI) -Bilan de Suivi (BS) -Soutien à l'observance - Soutien Psychologique	-Renouvellement des ARV/CTX/TPT -soutien psychosocial -Screening de la TB -consultation clinique -Services de prévention	-Renouvellement des ARV/CTX/TPT -soutien psychosocial -Screening de la TB -consultation clinique

a) PSD de TARV chez les femmes enceintes et allaitantes ;

Dans la perspective de l'élimination de la transmission du VIH/sida de la mère à l'enfant, il s'avère indispensable de s'assurer que toutes les FEC/FA séropositifs sont sous traitement, et que leur charge virale est supprimée. La PSD recommandée pour les FE séropositives prévoit que les bénéficiaires des soins reçoivent tous les services requis selon le cas, tout en favorisant les soins synchronisés du couple mère enfant.

b) PSD de TARV chez les enfants

Il est important de rappeler que tout enfant infecté âgé de 0 à 5 ans quel que soit son état clinique est classé comme étant à un stade avancé de la maladie à VIH. Cependant, les services différenciés ne sont offerts qu'au enfants établis de plus de deux ans d'âge.

Tableau 91 : Résumé des composantes de PSD pour les enfants

	Dispensation ARV	Consultation clinique	Soutien Psycho social
QUAND	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ≥ 2 et < 5 ans - Tous les mois (pendant les 6 premiers mois suivant l'initiation du TARV), puis - tous les trois mois (si charge virale supprimée) <ul style="list-style-type: none"> ➤ De 5 à 9 ans - Tous les mois pendant les 6 premiers mois suivant l'initiation du TARV), puis - tous les trois mois (si charge virale supprimée) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ≥ 2 et < 5 ans - Tous les mois (pendant les 6 premiers mois suivant l'initiation du TARV), puis - tous les trois mois (si charge virale supprimée) <ul style="list-style-type: none"> ➤ De 5 à 9 ans - Tous les mois pendant les 6 premiers mois suivant l'initiation du TARV), puis - tous les trois mois (si charge virale supprimée) 	- Tous les mois
OÙ	Formation sanitaire	Formation sanitaire	- Formation sanitaire - Communauté
QUI	- Pharmacien - Commis de Pharmacie	- Médecin - Infirmier - Sage-femme	- Prestataires de santé - Psychologue - APS - Conseillers et Pairs - Mère mentor
QUOI	- Renouvellement d'ARV, CTX, TPT - Vaccination selon LE PEV	- Examen physique - Traitement des IOs - Bilan de Suivi	- Soutien à l'observance - Soutien Psychologique - Soutien alimentaire/conseil nutritionnel

c) Prestation de services aux adolescents vivant avec le VIH

Le VIH affecte les adolescents de diverses manières, en plus des particularités liées à l'adolescence. L'une des lacunes des services de soins et de traitement du VIH pour les adolescents est la fourniture de conseils psychosociaux aux adolescents infectés/affectés par le VIH et à ceux qui s'en occupent.

Il est important que les personnels/prestataires de santé acquièrent les connaissances et les compétences nécessaires pour pouvoir fournir de façon continue des conseils psychosociaux aux enfants/adolescents séropositifs et aux personnes qui en ont la charge et d'aborder les questions liées aux soins et à l'observance du traitement.

Service de santé adapté aux adolescents

- Des services adaptés aux besoins des adolescents devraient être mis en œuvre dans les services de lutte contre le VIH pour assurer l'engagement des jeunes et de meilleurs résultats.
- Les approches communautaires peuvent améliorer l'observance et la rétention dans les soins des adolescents vivant avec le VIH.
- Les adolescents doivent être informés des potentiels avantages et risques de la divulgation de leur statut VIH à d'autres personnes. Par ailleurs, ils doivent être capacités, soutenus pour déterminer si, quand, comment et à qui divulguer.
- Des interventions psychosociales doivent être fournies à tous les adolescents et jeunes vivant avec le VIH

II.3. Ensemble de services pour les adolescents vivant avec le VIH

Les soins de santé des adolescents et jeunes portent sur trois aspects : la promotion, ii) la prévention et iii) la prise en charge/soins clinique. Les interventions et prestations de services de santé pour les adolescents dont la plupart sont inclus dans le Paquet d'interventions à haut impact (PIHI) sont présentées dans le tableau ci-après :

VIH	Prévention de la violence et des traumatismes	Santé sexuelle et génésique/soins maternels
<ul style="list-style-type: none">• Dépistage du VIH et conseils• PTME• Traitement antirétroviral• Information sur la contraception	<ul style="list-style-type: none">• Prise en charge des adolescents victimes de violence• Soins cliniques aux survivants d'agression sexuelle• Éducation pour prévention des accidents de la voie publique	<ul style="list-style-type: none">• Hygiène menstruelle• Soins périnataux à la jeune mère adolescente• Contraception• Prévention et PEC des IST• Soins après avortement
Santé mentale	Usage de substances psychoactives	Nutrition
<ul style="list-style-type: none">• Prise en charge des troubles émotionnels et du comportement	<ul style="list-style-type: none">• Évaluation et prise en charge de la consommation d'alcool ou de drogues (y compris pendant	<ul style="list-style-type: none">• Complément en fer et acide folique

<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge de l'autodestruction/du suicide 	la grossesse) et des troubles liés à leur usage	<ul style="list-style-type: none"> • Éducation sanitaire des Ados et les parents sur un régime alimentaire sain • Évaluation de l'IMC par rapport à l'âge
Activités physiques	Lutte antitabac	Prise en charge des affections courantes
<ul style="list-style-type: none"> • Éducation sanitaire des adolescents et des parents concernant l'exercice physique 	<ul style="list-style-type: none"> • Éducation sanitaire • Aide au sevrage et traitement 	<ul style="list-style-type: none"> • Traitements des maladies courantes selon les protocoles existants

Concernant la dispensation des ARV aux clients établis adhérents à des groupes de soutien /clubs d'observance se réunissant chaque trimestre.

Les personnels de la FOSA ou de l'OBC peuvent utiliser les groupes de soutien existants ou en créer de nouveaux pour la PSD liée au TARV. Les clubs réduisent le temps d'attente à la clinique, fournissent un soutien par les pairs et offrent plus de flexibilité (par exemple, ils peuvent se réunir le samedi matin pour les adultes qui travaillent, les étudiants dans les écoles).

Le groupe doit être constitué de 05 à 25 membres, les cibles sont :

- **En communauté** : les adolescents établis âgés de 15 à 19 ans et les adultes ;
- **En FOSA** : les adolescents établis âgés de 10 à 19 ans, les adultes et les femmes enceintes.

II.4. Groupe de soutien pour les adolescents (10-19 ans)

▪ Considérations spéciales :

Le groupe de soutien pour adolescent a pour objectifs suivants :

- Réussir à contrôler et maintenir la suppression de la charge virale chez les adolescents vivant avec le VIH ;
- Aider les adolescents infectés par le VIH à comprendre que vivre avec le VIH n'est pas une fatalité, mais qu'ils peuvent toujours vivre pleinement leur vie et se sentir bien avec leur état de séropositivité ;
- Donner à l'adolescent infecté par le VIH des informations qui renforcent les messages d'acceptation de soi au lieu de blâmer autrui pour son statut sérologique de VIH. Les informations visent aussi à les encourager à éliminer la colère tout en prenant la responsabilité de leur vie, d'être motivé, engagé pour le contrôle de leur prise en charge (observance et soutien à la rétention) ;
- Évaluer, prévenir et traiter les problèmes d'observance tels que les barrières sociales, économiques, comportementales, cognitives et émotionnelles ;
- Donner de l'espoir, réduire la stigmatisation et autonomiser les adolescents et r à se concentrer sur l'avenir.

▪ **Considérations spéciales pour la mise en œuvre**

La FOSA comprend différents groupes d'adolescents vivant avec le VIH sous TARV qui connaissent leur statut sérologique au VIH (avec divulgation complète de leur statut sérologique). Un groupe de soutien pour adolescents est subdivisé en sous-groupes ou **classes d'adolescents** en utilisant les tranches d'âge **10-14 ans** et **15-19 ans**.

Tous les membres des groupes de soutien pour adolescent viennent le même jour et se rendent ensuite à leur lieu de réunion spécifique selon leur âge pour les classes d'adolescents.

L'objectif des regroupements de clubs est de partager les connaissances qu'ils ont acquises dans le passé. Les adolescents champions gèrent des classes d'adolescents réparties entre eux de manière rotative ; chaque classe d'adolescents aura deux animateurs adolescents à la fois. Chaque groupe est constitué d'au minimum 5 personnes et au maximum de 15.

• **Personne focale du groupe de soutien pour adolescents :**

La formation sanitaire dispose d'un point focal du groupe de soutien pour adolescents qui veille à ce que les rencontres soient organisées conformément aux normes standards des clubs pour adolescents.

• **Adolescent Champion**

Adolescent vivant avec le VIH et ayant une charge virale supprimée, capable de partager ouvertement son statut avec les autres, désireux d'être formés et de fournir un soutien à ses pairs. Les adolescents champions reçoivent une formation en mentorat par les pairs et en leadership, ce qui leur donne confiance dans l'exercice de leurs fonctions et renforce leur statut de modèle pour les autres adolescents.

• **Pourquoi les classes d'adolescents ?**

Pour faire face à la diversité des besoins liés à l'âge.

Les classes d'adolescents sont également utilisées pour sélectionner des sujets d'éducation à la santé appropriés lors des réunions des classes d'adolescents.

Les adolescents qui ont commencé le traitement ARV à un jeune âge et qui le suivent depuis un certain temps peuvent avoir besoin de se concentrer davantage sur l'observance, la nutrition, une vie positive tandis que certains sujets peuvent être pertinents pour les nouveaux membres ou peuvent être moins intéressants pour les personnes plus âgées. De plus, le groupe des plus âgés est dans une période d'engagement dans des relations intimes, certains sont déjà sexuellement actifs, mais pourraient être incapables de discuter de questions telles que la planification familiale,

relations sexuelles protégées, les relations plus intimes, divulgation au partenaire, en raison de la présence de membres plus jeunes.

Les classes d'adolescents donnent aux membres la possibilité de discuter librement de ce qu'ils vivent dans leur vie quotidienne sans craindre d'être moqués par le groupe plus âgé.

NB : Le groupe de soutien pour adolescents, pour le moment, ne concerne que les patients établis sous TARV.

Les quatre éléments de base des services pour le groupe de soutien pour adolescents

- **Classe d'adolescents : 10-14 ans**

Tableau 92 : Résumé des composantes de PSD pour les adolescents 10 -14 ans

	Dispensation ARV	Consultation clinique	Soutien Psycho/Social
QUAND	Tous les 3 mois	Tous les 6 mois	Tous les 1 - 3 mois
OU	Réunion de groupe	FOSA	Réunion de groupe Communauté
QUI	<ul style="list-style-type: none"> - Pharmacien - Commis de pharmacie - APS sous la supervision du pharmacien 	Prestataire de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Prestataire de santé - Psychologue - Adolescent champion - animateur de club ado
QUOI	<ul style="list-style-type: none"> - TARV - CTX - TPT - Préservatifs/planning familial 	<ul style="list-style-type: none"> - Examen physique - Charge virale - PEC des IOs - Éducation à la santé - Prise des paramètres cliniques, - Screening y compris le dépistage de la tuberculose et des IST 	<ul style="list-style-type: none"> - Stratégies d'observance individuelles - Éducation à la santé animée par les pairs - Tissage des relations avec les pairs - Jeux et jeux sociaux

- **Classe d'adolescents : 15-19 ans**

Tableau 93 : Résumé des composantes de PSD pour les adolescents 15 -19 ans

	Dispensation ARV 3	Consultation clinique 1	Soutien Psycho/Social 2
QUAND	- Tous les 3 mois	- Tous les 6 mois	- Tous les 1 - 3 mois
OU	Réunion de groupe	FOSA	Réunion de groupe Communauté
QUI	Pharmacien Commis de pharmacie APS Assistants sociaux	Prestataire de santé	Prestataire de santé Psychologue Adolescent champion Animateur de club ado
QUOI	TARV CTX TPT Préservatifs/planning familiale	Examen physique Prélèvement pour Charge virale (tous les ans) Prise des paramètres cliniques, Screening y compris le dépistage de la tuberculose et des IST PEC des IOs Éducation à la santé	Stratégies d'observance individuelles Éducation à la santé animée par les pairs Tissage des relations avec les pairs Jeux et jeux sociaux

- Les interventions de soutien pour l'adhérence au traitement telle que la paire éducation, les messages téléphoniques, des dispositifs de rappel doivent être fournis aux patients sous TARV.

II.5. Transition des adolescents vers les soins adultes

La transition est la période de passage de l'adolescent du service de pédiatrie (dédié aux enfants et adolescents) au service de prise en charge des adultes pour la poursuite du TARV et pour tout autre soin de santé

Tous les ADVIH ne seront pas prêts à la transition au même âge. Commencer le processus plutôt (18 ans), poursuivre cette préparation jusqu'à la fin de l'adolescence et mettre en œuvre cette transition dès le début de la vingtième année.

Il est important de mettre en place une procédure de transition qui permette de sécuriser ce passage

Procédures opérationnelles standards de transition des adolescents vers le service adulte

La procédure de transition des adolescents du service de TARV pédiatrique au service de TARV pour adulte comprendra les étapes suivantes :

- La préparation à la transition ;
- La transition proprement dite.

II.5.1 La préparation à la transition

Le personnel de santé du service de TARV pédiatrique doit

- Revoir l'historique médical du patient avec lui et l'encourager à poser des questions ;
- S'assurer que l'adolescent comprend bien son diagnostic, son traitement, la nécessité d'une bonne observance et celle de vivre positivement sa situation ;
- Promouvoir l'enrôlement dans les groupes de soutien des pairs adolescents ;
- Organiser les causeries éducatives pour les patients adolescents en cours de préparation à la transition au cours desquelles la transition et ses implications sont sans cesse rappelées ;
- Encourager les adolescents âgés de prendre leur responsabilité en respectant leur rendez-vous et en étant observant aux médicaments ;
- Inviter les personnels du service de TARV adulte à participer de temps en temps aux séances de causeries éducatives dans le service de TARV pédiatrique pour qu'ils soient plus informés des caractéristiques des patients adolescents et leurs besoins spécifiques ;
- Accompagner les adolescents au service des patients adultes pour une orientation ;
- Apporter le soutien nécessaire au service de soins des adultes à mettre en place un groupe de soutien des jeunes adultes qui sera chargé de l'accueil et de l'accompagnement initial des adolescents qui ont gradué dans le service de soins des adultes ;
- Impliquer les pairs éducateurs ou jeunes champions dans la planification et la facilitation des activités de soins et soutien des adolescents ;
- Apporter le soutien aux parents/tuteurs afin qu'ils comprennent le caractère changeant de leur rôle dans les soins de leurs adolescents ainsi que l'intérêt de l'adolescent qui évolue vers une relation de confidentialité entre lui et son prestataire de soins.

II.5.2 La transition proprement dite

Accompagner l'adolescent bien préparé qui a éligible 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 est éligible 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 sa prise en charge dans le service de pédiatrie ;
- Dire au revoir à l'adolescent qui est éligible et à sa nouvelle équipe de prise en charge ;
- Promouvoir son enrôlement dans le groupe de soutien des jeunes adultes ;
- Et faire le suivi.

II.6. Prestation de services aux personnes âgées vivant avec le VIH

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.

Personne âgée ou senior : selon l'OMS, personne de plus de 65 ans. 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 considérées comme personnes âgées. Cependant, la personne âgée reste sexuellement active, Il est important de le souligner et d'en tenir compte dans la prise en charge.

II.6.1 Communication pour le changement de comportement

- Adresser à ces personnes les messages de prévention et de promotion de dépistage du VIH ;
- Faire la cartographie des lieux où on peut trouver les personnes âgées pour des séances de sensibilisation et d'éducation massives ;
- Organiser des séances de sensibilisation qui ciblent uniquement les personnes âgées sans les mélanger avec les jeunes et les adultes ;
- Faire la promotion de la sexualité saine par genre (focus sur les troubles chez les personnes âgées comme la faiblesse sexuelle chez les hommes et sécheresse vaginale chez les femmes).

II.6.2. Les facteurs de risque des maladies chroniques chez les PAVVIH : alcool, tabac, alimentation, sédentarité

Alcool : Recommander de réduire la consommation excessive d'alcool.

Tabagisme : Informer les fumeurs de tabac des Effets bénéfiques du sevrage tabagique pour leur santé.

Alimentation : Recommander de,

- Réduire l'apport en sel de cuisine ;
- Réduire les matières grasses animales ;
- Réduire les boissons sucrées ;
- Favoriser la consommation fruits, légumes & poissons.

Sédentarité : recommander des activités physiques pour les PVVIH

II.6.3. Dépistage des troubles fonctionnels et perte d'autonomie chez les plus de 65 ans (ICOPE de l'OMS)

Les personnes âgées font face à plusieurs troubles fonctionnels qui nécessitent un soutien des membres de la famille ou de leurs proches.

Les problèmes gériatriques tendent à apparaître après les 65 ans, même chez les personnes vivant avec le VIH, d'où la nécessité de faire une recherche active à chaque visite d'approvisionnement sur :

- L'autonomie ;
- La mobilité (chutes) ;
- Le cognitif ;
- La Nutrition : la maigreur (IMC inférieure à 18) ou la perte de poids involontaire de 5 % ou plus de son poids courant doit aussi déclencher une investigation plus approfondie ;
- Les troubles de l'humeur (sentiment de dépression, de désespoir ; perte d'intérêt ou de plaisir à faire des choses) ;
- La polymédication : faire la révision de tous les médicaments pris par le patient et rechercher d'éventuelles interactions. Dans certains cas, on sera obligé soit de réduire les doses, ou réduire voire arrêter certains médicaments pris, en particulier ceux qui sont inutiles, non bénéfiques ou nuisibles pour le patient (la déprescription) ;
- L'Observance : la capacité à prendre correctement la thérapie doit être vérifiée et en cas de doute, un membre de la famille ou autre proche, selon le souhait du patient, pourra être convoqué ;
- Les Cancers : le dépistage des autres cancers fréquents chez la personne âgée (prostate, le cancer du col) doit être discuté régulièrement.

Le suivi et la prise en charge des problèmes des personnes âgées nécessitent une équipe multidisciplinaire (médecin, assistante sociale, diététicienne, physiothérapeutes, psychologue, infirmières...) et une coordination étroite avec l'entourage du patient. Les personnels de santé des FOSA de proximité (médecins et infirmiers) sont responsables du dépistage et de l'offre du paquet minimum des services aux patients âgés avec comorbidités selon les protocoles nationaux ; les cas complexes seront référés vers les structures sanitaires avec plateau technique adéquat.

II.7. Différenciation selon le contexte socio-economique

La différenciation des services de prise en charge du VIH tient compte du contexte dans lequel le client cherche à accéder aux soins (par ex. un environnement urbain ou rural, une zone faiblement/durement touchée, une zone en proie à la crise sécuritaire).

Bien que la majorité des modèles documentés de prestation différenciée de TAR proviennent d'environnements à haute prévalence, les principes des composantes de base peuvent aussi être appliqués dans d'autres contextes et les modèles existants peuvent être adaptés à l'épidémie locale et à l'environnement social et politique local.

La prévalence du VIH chez une population spécifique dans un environnement géographique donné (par ex. rural ou urbain) détermine la concentration de clients et devrait influencer le choix du modèle de prestation différenciée des TAR. Par exemple, un grand nombre d'adolescents peut justifier la formation d'un groupe près de chez eux ou une journée réservée à la pédiatrie dans la formation sanitaire.

II.8. Nutrition et VIH

Tableau 94 : Conseils nutritionnels en cas de symptômes liés au VIH ou au traitement

Complications	Conseils nutritionnels
Diarrhée (selles liquides > 3 fois/jour)	<ul style="list-style-type: none">• 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.• 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.• Éliminer l'alcool et le tabac.
Perte d'appétit	<ul style="list-style-type: none">• 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.• Boire beaucoup, surtout entre les repas.• Éliminer l'alcool et le tabac.• Faire de l'exercice léger, en respirant bien (exemple : la marche).
Nausées et vomissements	<ul style="list-style-type: none">• Manger assis et attendre 1 heure avant de s'allonger après le repas. Éliminer les aliments très gras, préférer les aliments secs et salés qui sont souvent bien tolérés en cas de nausées.• Boire beaucoup, plutôt entre les repas, même en cas de vomissements.• Éliminer l'alcool et le tabac.

Complications	Conseils nutritionnels
Douleurs de la bouche/gorge, entraînant des difficultés à manger	<ul style="list-style-type: none"> • Privilégier les aliments mous et faciles à avaler : crèmes, yaourts, soupes, avocat, courge, banane, papaye, aliments hachés. • Pour avaler les boissons, utiliser une paille. • Éliminer les boissons gazeuses et l'alcool. • Éviter les aliments épicés, irritants (secs) ou acides. • En cas de candidose, limiter les aliments sucrés (sucre, miel, boisson sucrée) qui peuvent aggraver l'état du malade.

Certains ARV sont pris en dehors des repas. Le tableau ci-dessous résume la prise des ARV en fonction de l'alimentation.

Tableau 95 : Alimentation et traitements de l'infection à VIH

Médicaments fréquemment utilisés	Recommandations relatives aux habitudes alimentaires
ABC, FTC, 3 TC, NVP, AZT, EFV	Avec ou sans repas
LPV, RTV, TDF	Avec un repas
Cotrimoxazole	Boire de l'eau abondamment pendant toute la durée du traitement.

Prise en charge et soutien nutritionnel des enfants vivant avec le VIH, symptomatiques et asymptomatiques

Age	Les enfants asymptomatiques		Les enfants symptomatiques	
			Sous traitement ARV	Pas de traitement ARV
0-6 mois	<ul style="list-style-type: none"> - Allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois - Prendre le poids de l'enfant 1 fois par semaine jusqu'à 1 mois puis 1 fois par mois - Tracer et suivre la courbe de poids dans le carnet de santé, - Mentionner le mode d'alimentation de l'enfant dans le carnet de santé, 			
6-12 mois	<p style="text-align: center;">Poursuite de l'allaitement</p> <ul style="list-style-type: none"> - Donner un repas de céréales et/ou des légumes enrichis avec des fruits. - Donner la Vitamine A deux fois par an et, s'il est nécessaire, ajouter d'autres complexes multivitaminiques - Prendre le poids de l'enfant 1 fois par mois jusqu'à 12 mois puis 1 fois tous les 3 mois - Tracer et suivre la courbe de poids dans le carnet de santé, - Mentionner le mode d'alimentation de l'enfant dans le carnet de santé, 			
12-24 mois	<p>Poursuite de l'allaitement</p> <ul style="list-style-type: none"> - 4-6 repas par jour y compris des collations entre les principaux repas. - Vitamine A, deux fois par an et, s'il est nécessaire, ajouter d'autres complexes multivitaminiques - Prendre le poids de l'enfant 1 fois par mois jusqu'à 12 mois puis 1 fois tous les 3 mois - Tracer et suivre la courbe de poids dans le carnet de santé, - Mentionner le mode d'alimentation de l'enfant dans le carnet de santé, 	<p>Poursuite de l'allaitement</p> <ul style="list-style-type: none"> - 5-7 repas par jour y compris des collations entre les principaux repas. - Prendre le poids de l'enfant 1 fois par mois jusqu'à 12 mois puis 1 fois tous les 3 mois - Tracer et suivre la courbe de poids dans le carnet de santé, - Mentionner le mode d'alimentation de l'enfant dans le carnet de santé, - Donner les complexes multivitaminiques 	<p>Poursuite de l'allaitement</p> <ul style="list-style-type: none"> - 6-8 repas par jour y compris des collations entre les principaux repas. - Donner les complexes multivitaminiques prendre le poids de l'enfant 1 fois par mois jusqu'à 12 mois puis 1 fois tous les 3 mois - Tracer et suivre la courbe de poids dans le carnet de santé, - Mentionner le mode d'alimentation de l'enfant dans le carnet de santé, 	
2-5 ans	<ul style="list-style-type: none"> - 5-7 repas par jour y compris des collations entre les principaux repas - Vitamine A deux fois par an et, s'il est nécessaire, ajouter d'autres complexes multivitaminiques - Prendre le poids de l'enfant 1 fois par mois jusqu'à 12 mois puis 1 fois tous les 3 mois - Tracer et suivre la courbe de poids dans le carnet de santé, 			

Age	Les enfants asymptomatiques	Les enfants symptomatiques	
		Sous traitement ARV	Pas de traitement ARV
	- Mentionner le mode d'alimentation de l'enfant dans le carnet de santé,		
plus de 5 ans	6-8 repas par jour y compris des collations entre les principaux repas. Vitamine A deux fois par an et, s'il est nécessaire, ajouter d'autres complexes multivitaminiques - Prendre le poids de l'enfant 1 fois par mois jusqu'à 12 mois puis 1 fois tous les 3 mois - Tracer et suivre la courbe de poids dans le carnet de santé, - Mentionner le mode d'alimentation de l'enfant dans le carnet de santé		

CHAPITRE 12 : SUIVI ET EVALUATION

La coordination et Le suivi et l'évaluation a tous les niveaux suivant le plan strategique national 2024-2030 de lutte contre le VIH/Sida permettra d'atteindre les résultats escomptés :

- i) Une meilleure atteinte des objectifs nationaux ;
- ii) Contribution à l'atteinte des objectifs 95-95-95 de l'ONUSIDA ;
- iii) Harmonisation et standardisation des procédures et outils de suivi et d'évaluation ;
- iv) Collecte et analyse des données de qualité.

Les principaux mécanismes et moyens inscrits dans le tableau ci-dessous par niveau de la pyramide sanitaire seront utilisés pour assurer la pleine réussite de la coordination, du suivi et de l'évaluation :

SUIVI ET ÉVALUATION

NIVEAU	MOYENS	ACTEURS	MÉCANISMES DE COORDINATION ET DE SUIVI ÉVALUATION
FOSA	Effectuer l'évaluation des performances Utilisation des indicateurs de performance	DS PTF FOSA RTM SIDA-TB	La validation des données Évaluation de la qualité des soins
Communauté	Effectuer l'évaluation des performances Utilisation des indicateurs de performance	DS (communauté PF) Structures de dialogue CTD (Conseil régional et mairies) OSC OBC PTF	La validation des données Qualité des données évaluation

Le suivi-évaluation de la stratégie comprend l'ensemble des actions qui permettront, d'une part, de vérifier l'adhésion des prestataires aux orientations et, d'autre part, de mesurer l'impact des approches préconisées sur les objectifs du programme. Le suivi des activités s'appuiera sur le cadre institutionnel et logistique de la riposte sanitaire au système de suivi et d'évaluation du VIH.

I.1. Suivi de routine dans les FOSA et les OBC

Le suivi de la stratégie s'appuie sur le système de rapportage régulier.

- ✓ Les données sont recueillies quotidiennement à partir d'outils primaires physiques (registres de collecte de données) ou électroniques (EMR, Dama, Vindata etc.), elles sont collectées par les acteurs en charge de la tenue des outils de collecte de données sous la supervision du Coordonnateur.
- ✓ La synthèse des données est effectuée chaque fin de mois par l'ACRR ou toute autre personne ayant cette responsabilité
- ✓ Les données (cliniques et logistiques) sont validées au niveau de la formation sanitaire par une équipe constituée du Major, de l'ACRR et de toute personne intervenant dans le processus de production et gestion des données (CPN, Laboratoire etc) sous la supervision du Coordonnateur.
- ✓ Les données validées sont utilisées pour la prise de décision au niveau de la FOSA et saisie dans le logiciel DHIS2

Le plan de suivi et d'évaluation précisera plus en détail tous les outils, acteurs et indicateurs qui assureront l'atteinte des résultats tels que spécifiés dans la stratégie nationale.

I.2. Supervision formative (DQA, SQA, GSM)

Véritables outils de formation continue, ces encadrements de formation seront effectués d'une part par les coordonnateurs CTA et UPEC tuteurs et d'autre part par : les acteurs de mise en œuvre, le district de santé trimestriellement vers la FOSA et les partenaires de mise en œuvre, les GTR, la DRSP, les services techniques du MINSANTE semestriellement vers les structures de soins des Districts sanitaires. Les tutelles visent à assurer le suivi de la mise en œuvre des directives et l'accompagnement des prestataires.

CHAPITRE 13 : LES DROITS HUMAINS

La promotion des droits humains chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) est essentielle pour garantir leur dignité, leur accès équitable aux soins de santé et leur inclusion sociale. Elle nécessite une approche intégrée combinant plaidoyer juridique, éducation, soutien communautaire, services juridiques et recherche. Les efforts concertés à tous les niveaux, du local au global, sont essentiels pour créer un environnement inclusif et respectueux des droits pour les PVVIH.

Les exemples et références cités montrent l'efficacité de ces initiatives dans divers contextes à travers le monde. Ces activités et procédures visant à promouvoir les droits humains des PVVIH, avec des exemples concrets.

I. PLAIDOYER ET REFORME JURIDIQUE

I.1 Adoption de lois anti-discrimination

Nous devons promouvoir et soutenir l'adoption de lois nationales spécifiques interdisant la discrimination basée sur le statut sérologique.

I.2 Révision des législations existantes/Suivi et réforme des lois, des réglementations et des politiques relatives au VIH

Nous devons mener des campagnes pour réviser les lois existantes qui criminalisent les PVVIH, notamment les lois sur la transmission du VIH. La révision de la loi sur la criminalisation de la transmission du VIH dans certains pays influencés par des groupes de défense des droits humains et des recherches juridiques (Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2017).

Renforcer les programmes de suivi au niveau communautaire existants en soutenant leur mise à l'échelle ; en veillant à ce que les pairs assistants juridiques deviennent des observateurs qui signalent les cas ; et en les reliant aux comités d'atténuation des risques afin de garantir que des situations spécifiques soient traitées rapidement.

Dans la mesure du possible, intégrer le suivi au niveau communautaire aux programmes de prestation de services par l'intermédiaire des pairs éducateurs, des assistants juridiques et des volontaires communautaires travaillant dans les établissements de santé.

Élaborer un plan de plaidoyer pour commencer à lever les principaux obstacles politiques, réglementaires et juridiques aux services de lutte contre le VIH et la tuberculose destinés aux populations-clés et vulnérables. Ce plan doit identifier des objectifs de plaidoyer réalisables à court terme, et définir une stratégie à plus long terme pour lutter contre les effets préjudiciables de la criminalisation des populations-clés.

II. ÉDUCATION ET SENSIBILISATION

II.1 Programmes de formation pour les professionnels de la santé

Des sessions de formation sont indispensables pour les professionnels de la santé sur les droits humains, l'éthique médicale et la non-discrimination afin de les aider à mieux gérer les problèmes y relatifs.

Certains programmes d'éducation sur les droits humains pour les travailleurs de la santé améliorent les attitudes envers les PVVIH (Human Rights Watch, 2018).

- **Formation des agents de santé aux droits humains et aux questions éthiques**

Intégrer des modules sur la stigmatisation, la discrimination, les droits humains et l'éthique dans toutes les formations continues du personnel des services de lutte contre le VIH et la tuberculose.

Mobiliser les ministères de l'Enseignement supérieur et de la Santé pour faire en sorte que l'enseignement sur le VIH, la tuberculose, la stigmatisation, la discrimination, les droits humains et l'éthique fasse partie intégrante des programmes de formation initiale dans les écoles d'infirmiers et de médecine.

Mettre en place des mécanismes pour garantir un dialogue régulier entre les agents de santé et les populations vulnérables au niveau local sur les résultats du suivi au niveau communautaire, afin que des préoccupations spécifiques soient identifiées et traitées en temps utile.

- **Améliorer l'éducation juridique (« Connaître ses droits »)**

Intégrer l'éducation juridique dans la formation de routine des pairs éducateurs et leur fournir des supports d'éducation juridique afin qu'ils puissent sensibiliser les populations avec lesquelles ils travaillent.

Mettre en place un programme d'assistants juridiques avec des assistants issus de toutes les populations vulnérables afin de garantir que les personnes les plus exposées aux violations des droits humains reçoivent des informations juridiques et soient mises en relation avec des services d'assistance juridique et autres si nécessaire.

Veiller à ce que les supports d'éducation juridique soient facilement accessibles aux populations clés et vulnérables, notamment en les distribuant par l'intermédiaire des organisations communautaires, des établissements de santé, des sites web et des plateformes de réseaux sociaux.

II.2 Campagnes de sensibilisation publique/Sensibilisation des législateurs et des forces de l'ordre

Les campagnes de sensibilisation à grande échelle permettent d'éduquer le public sur les droits des PVVIH et lutter contre la stigmatisation. La campagne "Indetectable = Intransmittable" (I=I)

a contribué à réduire la stigmatisation en informant le public que les PVVIH sous traitement efficace ne transmettent pas le virus (Prevention Access Campaign, 2019).

Il faut continuer à renforcer les activités de sensibilisation afin d'atteindre l'essentiel des agents des forces de l'ordre, des avocats et des gardiens de prison, au moins dans les zones présentant une prévalence élevée.

Une stratégie doit être élaborée et mise en œuvre pour commencer à mobiliser les législateurs sur les questions relatives au VIH, aux PvVIH et aux droits humains, ainsi que pour les sensibiliser aux effets préjudiciables sur les principaux objectifs de santé publique.

Des efforts concertés doivent être entrepris pour inclure des représentants des populations-clés dans les activités de sensibilisation des agents des forces de l'ordre, des législateurs, des avocats et des gardiens de prison. En vue d'une efficacité optimale, il est impératif que ces programmes débouchent sur des contacts et des échanges directs avec les populations-clés.

Des modules sur le VIH, la tuberculose, les populations-clés et les droits humains, le genre (norme de genre et identité de genre, diversité sexuelle) doivent être élaborés et intégrés dans les programmes de l'école de police et des autres institutions de formation des agents des forces de l'ordre, des procureurs et des juges. (Plan quinquennal 2020- 2024 révisé de réponse globale aux obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH, la tuberculose, le paludisme et le cancer du col de l'utérus au Cameroun).

- **Réduction de la discrimination fondée sur le genre, des normes de genre néfastes et de la violence à l'égard des femmes et des filles dans toute leur diversité, en lien avec le VIH**

Intensifier les efforts visant à « rendre plus populaires » les lois et les politiques destinées à protéger les adolescentes et les jeunes femmes contre les pratiques sociales et culturelles néfastes. Des efforts plus importants, collaboratifs et bien coordonnés, notamment entre le gouvernement et les partenaires de la société civile, sont nécessaires pour combler cette lacune.

Soutenir les organisations communautaires qui travaillent avec les femmes et les jeunes filles pour surveiller la mise en œuvre des dispositions du code pénal interdisant des actes tels que le mariage forcé, les abus sexuels et les agressions sexuelles, les mutilations génitales féminines et le repassage des seins.

Les organisations communautaires, les partenaires techniques et le CNLS devraient étendre la couverture de l'approche intégrée de la prise en charge et de la prévention de la violence basée sur le genre parmi les populations-clés.

III. SERVICES DE SOUTIEN JURIDIQUE ET DEFENSE DES DROITS

III.1 Fourniture de services juridiques gratuits

La création des cliniques juridiques gratuites pour les PVVIH peut les aider à faire valoir leurs droits et à lutter contre la discrimination (Human Rights Watch, 2018).

Recruter, former et soutenir des assistants juridiques, para juristes issus des communautés de populations vulnérables afin d'améliorer les connaissances juridiques de ces communautés, de documenter les cas de violations et de les signaler à un système central de suivi au niveau communautaire, et de mettre les victimes en relation avec des services juridiques et autres.

Étendre les services juridiques destinés aux prisonniers, aux personnes qui consomment des drogues et aux hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes dans les régions qui ne sont pas actuellement couvertes, en particulier les plus touchées, notamment par des mécanismes de plainte pour le comité de suivi public.

Étudier la possibilité de recourir à des procédures judiciaires stratégiques pour contester les dispositions légales et réglementaires problématiques qui interfèrent avec les droits à la santé et les autres droits des populations-clés et vulnérables.

III.2 Formation des défenseurs des droits humains

La Formation des défenseurs des droits humains locaux sur les droits des PVVIH et les mécanismes de protection disponibles permet de lutter contre la criminalisation liée au VIH.

IV. ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE ET SOUTIEN PSYCHOSOCIAL

IV.1 Groupes de soutien communautaire

Créer et soutenir des groupes de soutien pour les PVVIH, permettant l'échange d'expériences et le renforcement des capacités ce qui permettra d'améliorer la qualité de vie des PVVIH.

IV.2 Sensibilisation des leaders communautaires et religieux

Nous devons impliquer les leaders communautaires et religieux dans la lutte contre la stigmatisation et la promotion des droits des PVVIH.

- **Élimination de la stigmatisation et la discrimination dans tous les contextes**

Étendre les programmes visant à réduire la stigmatisation et la discrimination à toutes les régions ;
Élaborer des programmes de réduction de la stigmatisation et de la discrimination dans les contextes humanitaires, dans les régions où les déplacements de population sont importants.

Mener des campagnes de communication nationales coordonnées pour réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH en s'appuyant sur les résultats de l'étude sur l'index de stigmatisation.

Garantir une offre de soins de santé non discriminatoires.

V. RECHERCHE ET DOCUMENTATION

V.1 Collecte de données sur les violations des droits humains

Mettre en place des mécanismes pour documenter et signaler les violations des droits humains contre les PVVIH ce qui va fournir une base de données pour le plaidoyer.

V.2 Recherche participative avec les PVVIH

Impliquer les PVVIH dans la recherche sur leurs propres besoins et droits, afin de développer des politiques et des programmes adaptés ce qui va permettre de collecter des données sur la stigmatisation et d'influencer les politiques locales (Stigma Index, 2020).

ANNEXES

Processus d'annonce du statut sérologique du VIH à l'enfant et à l'adolescent Je pense qu'on peut mettre ce tableau en annexe car il apparait dans le guide ETP de l'enfant		
Étapes	Les sujets	Tranche d'âge
Préparation du parent/tuteur pour l'annonce du statut à l'enfant/ado	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier les critères d'éligibilité à l'annonce du statut - Évaluation des barrières du Parent/tuteur pour l'annonce (le pourquoi, quand, et le comment d'une divulgation progressive) - Obtenir le consentement éclairé du parent/tuteur dans l'enrôlement de l'enfant/adolescent dans le processus - Évaluation des questions de l'enfant/communication avec le tuteur (notion de confidentialité et d'adhérence) 	
Préparation de l'enfant pour l'annonce du statut	<ul style="list-style-type: none"> -Visite à la FOSA et leur parler de -Existence d'un microbe, dans le corps, dans le sang -Traitement possible, mais de longue durée -Le microbe va rester, mais on peut le faire dormir 	3-6 ans
Annonce partielle	<ul style="list-style-type: none"> -Visite à la FOSA/Communauté (milieu convivial) -Système immunitaire (les soldats verts nous protègent contre les germes jaunes) -Action du VIH (le virus rouge attaque les soldats verts et les germes jaunes qui viennent) -Action des ARV (les médicaments affaiblissent le virus rouge, des soldats verts redeviennent forts de nouveau et font en sorte que nous sommes protégés contre les germes jaunes) --Possibilité de grandir, d'étudier 	7-9 ans
Étape avant l'annonce complète	<ul style="list-style-type: none"> - Nommer le VIH/Sida/ARV et la révisant le système immunitaire, l'action du VIH, l'action des ARV Les modes de transmission --Possibilité de se marier et d'avoir des enfants 	10-12 ans
Annonce complète	<ul style="list-style-type: none"> -Respect du triangle d'annonce (Parent/Tuteur +Enfant + Prestataire des soins pédiatriques) - L'enfant/adolescent connaît son statut sérologique 	10-12 (plus tôt si tuteur le veut bien)
SR	<ul style="list-style-type: none"> Reprises des explications sur l'annonce Grandir comme un adolescent Thématique sur la sexualité Démonstration de préservatifs masculins et féminins Système reproducteur féminin et masculin et la planification familiale 	13-19
Suivi post annonce	Prendre en charge des éventuelles manifestations de souffrance psychologique	13-19 ans
	Consultation de transition (Passage du service de pédiatrie au service d'adulte)	15-19 ans

Equipe de rédaction

➤ Coordination Generale :

Dr FOKAM Joseph, *SP CNLS*
 Dr ZEH MEKA Albert, *SPA CNLS*
 Pr BISSEK Anne Cécile, Chef de Division, DROS
 Pr Ida PENDA, Directeur Général Adjoint, HGD
 Pr NKENFOU Céline, Laboratoire de virologie *CIRCB*
 Pr. BILLONG Serge, Sous-directeur *VIH-SIDA- TB- HV, DLMEP*
 Pr. KOUANFACK Charles, Chef de service HDJ, *HCY*
 Pr. KAMGAING Nelly, Pédiatre, *CHU*
 Dr. AJEH Roger's, *Coordonateur, UCS*

➤ Equipe Technique :

Dr OMGBA BASSEGA Pierrette, Expert TARV, *GTC CNLS*
 Dr DJOMO Audrey, *USAID*
 Dr SIMNOUE Danièle, *OMS*

➤ Équipe de Rédaction, Relecture Et Validation

1- Pr BISSEK Anne Cécile ;	Chef de Division, DROS
2- Pr. Ida PENDA ;	Directeur Général Adjoint, HGD
3- Pr HALLE Marie Patrice ;	<i>HGD</i>
4- Pr NKENFOU Céline ;	Laboratoire de virologie <i>CIRCB</i>
5- Pr. BILLONG Serge,	Sous-directeur <i>VIH-SIDA- TB- HV, DLMEP</i>
6- Pr. KOUANFACK Charles,	Chef de service HDJ, <i>HCY</i>
7- Pr. KUATE MFEUKEU Liliane ;	Cardiologue, <i>HCY</i>
8- Pr. KAMGAING Nelly,	Pédiatre, <i>CHU</i>
9- Dr. AJEH Roger's,	<i>Coordonateur, UCS</i>
10- Dr. EBONGO Zachaeus,	<i>Directeur, DSF ;</i>
11- Dr. FOKAM Joseph,	<i>SP CNLS</i>
12- Dr. ZEH MEKA Albert,	<i>SPA CNLS</i>
13- Dr. OMGBA Pierrette,;	Expert TARV, <i>GTC CNLS</i>
14- Dr. MEDOUANE Caroline,	<i>PEPFAR, GTC CNLS</i>
15- Mr BENTI Yves,	Chef d'unité communication <i>CNLS;</i>
16- Mr. ANOUBISSI JD,	Unité Recherche <i>GTC/CNLS;</i>
17- Dr. KETCHAJI Alice,	<i>Chef service Prise en charge des cas, DLMEP</i>
18- Mme. MESSEH Arlette;	Expert SI <i>GTC/CNLS</i>
19- Dr. DJENABOU	Chef de service CTA <i>Hopital Jamot Yaounde;</i>
20- Dr BELINGA Edwige,	<i>SPA, PNLT;</i>
21- Dr MAKONDI Daniele,	Chef unite <i>TBMR, PNLT</i>
22- Dr. YACOUBA Liman,	Chef Section Appui au Secteur Santé, <i>GTC/CNLS</i>
23- Dr. SINI,	<i>Neurologue Chef de service CTA, HGY ;</i>
24- Dr TENE Gilbert	<i>CBCHB</i>
25- Dr TCHOKONTE Christian	<i>ICAP</i>
26- Dr. ABO'O,	<i>GTR Centre</i>
27- Dr Jude Berenyuy	<i>Coordonateur GTR Sida nord-ouest</i>
28- Dr BOUBA Yagai	<i>Cadre SASS, GTC CNLS</i>
29- Mme Bissai Laetitia	<i>Suivi évaluation GTC CNLS</i>
30- Dr. BABODO Carmen,	<i>GTC/CNLS</i>
31- Dr. ESSAMBA Suzanne,	<i>GTC/CNLS</i>

32- Mme DOMBOU NZUGEM DOLORES I.	<i>Cadre DLMEP</i>
33- Mr. WAWO Denis,	<i>GTR Centre</i>
34- Mr AUGUSTIN AWE Jean Louis,	<i>GTR Centre;</i>
35- Mme KOUANG Hermine,	<i>GTC/CNLS</i>
36- Dr. NOGHA Stephanie;	<i>DPML</i>
37- Dr MOSSIANG Leonella,	<i>Chef unité PEC globale GTC/CNLS</i>
38- Dr YASMINE MOUSSA	<i>CDC</i>
39- Dr MAYER Magdalena	<i>CDC</i>
40- Mme MEKU Rose,	<i>Traductrice</i>
41- Dr MINJIWA Florence	<i>Pédiatre, EGPAF</i>
42- Mr. TAKOU Desire,	<i>Service virologie CIRCB</i>
43- Dr TEMGOUA Edith,	<i>MSH</i>
44- Dr KEUGOUNG Basile,	<i>UNICEF</i>
45- Dr SIMNOUE Danièle,	<i>OMS</i>
46- Dr TCHATCHOUANG Gilbert,	<i>OMS</i>
47- Dr DJOMO Audrey,	<i>USAID</i>
48- Dr MBENGONO Barbara,	<i>, CNLS</i>
49- Dr MAZENGO Casimir,	<i>OMS</i>
50- Dr KEMBOU Etienne,	<i>OMS</i>
51- Mme ETAME Odette,	<i>NOLFOWOP</i>

Références

Références Bibliographiques

1. Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
2. Lignes directrices unifiées sur le suivi des patients infectés par le VIH et la surveillance des cas selon une approche centrée sur la personne. Genève (suisse) : Organisation Mondiale de la Santé ; 2017. Licence : cc by-nc-sa 3.0 igo.
3. UNAIDS. (2017). "UNAIDS Data 2017." Geneva: UNAIDS.
4. Gage, A.J., et al. (2018). "The Impact of HIV/AIDS Stigma on Health Care Access." *Journal of Public Health Policy*, 39(3), pp. 256-269.
5. UNAIDS. (2019). "Rights, Roles & Responsibilities: Guide to the Model Law on HIV." Geneva: UNAIDS.
6. Cloete, A., et al. (2011). "The Impact of a Community-based Intervention on HIV-related Stigma." *AIDS Care*, 23(7), pp. 882-889.
7. PEPFAR. (2020). "PEPFAR 2020 Annual Report to Congress."
8. Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2030 [Comprehensive mental health action plan 2013-2030]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO."
9. UNAIDS terminology guidelines. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2024. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
10. Prevention Access Campaign. (2019). "U=U: Undetectable = Untransmittable."
11. Stigma Index. (2020). "The People Living with HIV Stigma Index."
12. UNICEF. *HIV Statistics - Global and Regional UNICEF DATA, 2023* Site <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562734/>