

REPUBLIQUE DU CAMEROUN  
Paix – Travail – Patrie

-----  
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

-----  
SECRETARIAT GENERAL

-----  
DIRECTION DE LA LUTTE CONTRE LA  
MALADIE, LES EPIDEMIES ET LES  
PANDEMIES  
-----



REPUBLIC OF CAMEROON  
Peace – Work – Fatherland

-----  
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

-----  
SECRETARIAT GENERAL

-----  
DEPARTMENT OF DISEASE  
CONTROL, EPIDEMICS AND  
PANDEMICS  
-----

# DIRECTIVES NATIONALES DE PREVENTION ET DE PRISE EN CHARGE DU VIH AU CAMEROUN



Ministère de la  
Santé Publique



# PREFACE

De nouvelles recommandations de l'OMS sont disponibles depuis Juin 2013 sur la prévention et le traitement par les antirétroviraux, de l'infection à VIH chez les adultes, les adolescents et les enfants. Celles-ci font suite à celles publiées pour la première fois en 2002, simplifiées en 2003 et mises à jour en 2006 et en 2010. Les premières lignes directrices de l'OMS sur l'utilisation des antirétroviraux (ARV) pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) ont quant à elles été publiées en 2004.

Les lignes directrices 2013 suivent les principes d'une approche de santé publique. Elles résultent à la fois de l'expérience acquise en la matière et repose sur l'évidence scientifique. Ainsi, l'OMS a pour la première fois révisé et consolidé ces publications ainsi que d'autres documents d'orientation relatifs aux ARV en un ensemble de lignes directrices unifiées.

Le but visé est d'obtenir de meilleurs résultats par l'utilisation des ARV pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH pour toutes les tranches d'âge et toutes les populations, sur la base du large continuum de soins de l'infection à VIH.

Au lendemain de la diffusion des recommandations de l'OMS qui coïncident avec la révision des directives nationales, il est apparu important d'adapter celles-ci à l'environnement actuel de l'offre de service au Cameroun.

Les présentes directives révisées répondent aux messages clés de l'OMS, à savoir :

- Le démarrage précoce du traitement par les antirétroviraux quand le nombre de lymphocytes T CD4  $\leq$  500 cell/mm<sup>3</sup> ;
- Le recours à des schémas thérapeutiques plus simples d'emploi et moins toxiques ;
- L'amélioration de la gestion des co-infections (TB/VIH, VHB/VIH et VHC/VIH) et comorbidités ;
- L'appropriation par la communauté du continuum de soins de l'infection à VIH.

Ces directives constitueront, je l'espère, un outil de travail précieux pour les personnels de santé et autres membres de la communauté, impliqués dans la prise en charge globale du VIH/Sida en vue d'une pratique harmonisée et efficiente dans un contexte de ressources limitées.

**Le Ministre de la Santé Publique**

**André MAMA FOU DA**

## ABREVIATIONS

## REMERCIEMENTS

## GLOSSAIRE

## LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

## SOMMAIRE

## INTRODUCTION GENERALE

### PARTIE A : CLINIQUE

- **SECTION 1 : PTME**
- **SECTION 2 : PECP**
- **SECTION 3 : Prise en charge des adolescents et adolescentes**
- **SECTION 4 : Prise en charge adultes**
- **SECTION 5 : Prise en charge des coïnfections et des comorbidités**

### PARTIE B : OPERATIONNEL

- **SECTION 6 : Accompagnement** (social/psycho/ nutri/ETP/Conseil et dépistage)
- **SECTION 7 : Continuum des soins** (FOSA-Communauté, Services-Services)
- **SECTION 8 : Prise en charge communautaire**

### PARTIE C : ASPECTS PROGRAMMATIQUES

- **SECTION 9 : Cadre de Planification** (Tableau de bord du PSN/ Plan opérationnel option B+, Référence à tous les documents de planification nationaux)
- **SECTION 10 : Cadre de mise en œuvre** (renforcement des capacités à travers les comités thérapeutiques et la formation continue, gestion des intrants, **lettres circulaires par paragraphe**, accréditation des FOSA à exploiter dans le guide de délégation des tâches et guide OMS,
- **SECTION 11 : Supervision à tous les niveaux** (supervision intégrée, supervision formative) **Suivi-évaluation** (liste des outils standardisés disponibles et à voir les liens avec la SIS., circuit de l'information sanitaire, Logiciels assermentés, importance du remplissage des outils de collecte des données, feedback des informations, rapports de progrès. surveillance (résistance aux ARV, toxicité, IAP, résistance aux antibiotiques) et recherche opérationnelle
- **SECTION 12: Système de Coordination** (collaboration et planification conjointe entre différentes direction du MINSANTE, intégration des

services, circulation des informations, coordination des partenaires, Réunion de coordination avec les Représentations Régionales, faire fonctionner tous les groupes techniques (membres du groupe :

## **PARTIE D: REFERENCES**

# **PARTIE A : CLINIQUE**

# **SECTION1: PTME**

## SOMMAIRE

<b>ACRONYMES :</b> .....	<b>9</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>10</b>
<b>GENERALITES SUR LA TRANSMISSION MERE ENFANT (PTME)</b> .....	<b>11</b>
II.1. Définitions :.....	11
II.2. Fréquence de la transmission.....	11
II.3. Moments de la TME.....	11
II.4. Mécanismes de la TME du VIH .....	11
II.5. Facteurs influençant la TME .....	12
<b>STRATEGIES DE PREVENTION DE LA TME DU VIH AU CAMEROUN</b> .....	<b>14</b>
III.1. L'intégration de la PTME et de la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) : ..	14
III.2. L'approche familiale de la prise en charge de l'infection à VIH: .....	16
III.3. La délégation des tâches/décentralisation des services : .....	16
III.4. La mise en œuvre de l'option B+ pour la PTME : .....	16
<b>PRISE EN CHARGE DE LA FEMME ENCEINTE AU SEIN DU PROGRAMME DE PTME</b> .....	<b>16</b>
IV.1. La consultation prénatale : porte d'entrée dans le programme de PTME : .....	16
IV.2. Le conseil et dépistage de l'infection à VIH .....	20
IV.3. Prise en charge de la femme enceinte ou allaitante séropositive par les ARV.....	21
IV.4. Prise en charge du travail, de l'accouchement et du post-partum.....	25
<b>PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT NE DE MERE SEROPOSITIVE</b> .....	<b>29</b>
V.1. La prophylaxie ARV chez l'enfant né de mère séropositive:.....	29
V.2. Le suivi de l'enfant né de mère séropositive .....	29
V.3. L'alimentation de l'enfant né de mère séropositive .....	33
V.4. Le dépistage de l'infection à VIH chez l'enfant né de mère séropositive .....	35
V.5. Vaccination de l'enfant né de mère séropositive: .....	37
<b>INFECTION A VIH ET PLANNING FAMILIAL</b> .....	<b>40</b>
<b>RETENTION ET SOUTIEN A L'ADHERENCE AU SEIN DU PROGRAMME DE PTME:</b> .....	<b>41</b>

VII.1. Comment organiser le système de suivi de la rétention des clients au sein de la formation sanitaire:.....	41
VII.2. Comment organiser le système d'aide à l'observance du traitement au sein d'une formation sanitaire .....	42
<b>ORGANISATION DES SERVICES ET REFERENCE AU SEIN D'UNE FORMATION SANITAIRE ....</b>	<b>42</b>
VIII.1. Organisation des services.....	42
VIII.2. Le système de référence et de contre-référence.....	42
VIII.3. Mise en place d'un système de suivi de la rétention des clients et d'aide à l'observance du traitement .....	43
<b>LIENS ENTRE LA FORMATION SANITAIRE AVEC LA COMMUNAUTE: .....</b>	<b>43</b>
<b>GESTION DES INTRANTS DE LA PTME .....</b>	<b>44</b>
X.1. Quantification, réquisition, approvisionnement et distribution.....	44
X.2. Stockage et gestion des stocks .....	44
X.3. Système de régulation des intrants :.....	44
<b>LE SUIVI EVALUATION DU PROGRAMME INTEGRE PTME/SMNI .....</b>	<b>44</b>
XI.1. Les outils de suivi évaluation :.....	45
XI.2. Les indicateurs :.....	45
XI.3. Le circuit de remontée des données de la PTME .....	45
XI.4. Analyse et utilisation des données du programme.....	46
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>46</b>
<b>ANNEXES :.....</b>	<b>47</b>

## **ACRONYMES :**

<b>TME</b>	Transmission mère enfant du VIH
<b>PTME</b>	Prévention de la transmission mère enfant du VIH
<b>e-TME</b>	Élimination de la transmission mère enfant du VIH
<b>CPN</b>	Consultation prénatale
<b>SMNI</b>	Santé maternelle néonatale et infantile
<b>ARV</b>	Antirétroviral
<b>TAR</b>	Traitement antirétroviral
<b>TDF</b>	Tenofovir
<b>3TC</b>	Lamivudine
<b>EFV</b>	Efavirenz
<b>AZT :</b>	Zidovudine
<b>NVP</b>	Névirapine
<b>TELE</b>	TDF+3TC+EFV
<b>AFDAS</b>	Accessible, Faisable, Disponible, Acceptable et Sure
<b>VIH</b>	Virus de l'immunodéficience humaine

## INTRODUCTION

Le Cameroun fait partie des 22 pays prioritaires de la PTME dont 21 se trouvent en Afrique subsaharienne. Le poids de ces pays dans la transmission mère-enfant du VIH représente près de 80%.

La prévalence de l'infection à VIH chez les femmes enceintes est de 7,6% (Enquête sentinelle 2012) et on estime à 7600 de nouvelles infections pédiatriques chaque année (plan eTME, 2012) au Cameroun.

Sans intervention, près de 35% des enfants nés de mère VIH+ vont contracter le VIH pendant la grossesse, l'accouchement ou durant l'allaitement.

La PTME est un ensemble d'interventions mise en œuvre pour éviter que l'enfant ne soit contaminé par le VIH.

Le Cameroun a pris l'engagement prendre toutes les mesures nécessaires en vue de l'élimination de la transmission du VIH de la mère à enfant d'ici 2015.

L'analyse de la cascade de la PTME à la fin de l'année 2012 faisait encore ressortir des insuffisances tant au niveau de la demande des services de PTME qu'au niveau de la qualité des services qui sont offerts dans les formations sanitaires à travers tout le pays.

Dans cette section du document, sont développées :

- les directives nationales de prévention et de prise en charge du VIH,
- les stratégies et les mesures à prendre au niveau communautaire et dans les formations sanitaires

Ceci pour permettre au Cameroun de tendre vers son objectif d'élimination de la TME du VIH de 2015.

## I. GENERALITES SUR LA TRANSMISSION MERE ENFANT (PTME)

### I.1. Définitions :

**TME** : Transmission mère enfant du VIH

**PTME** : Prévention de la transmission mère enfant du VIH. C'est un ensemble d'interventions mise en œuvre pour éviter que l'enfant ne soit contaminé par le VIH par sa mère.

**e-TME** : Elimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

### I.2. Fréquence de la transmission

En l'absence de toute action de prévention, le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant est de 25% à 45% dans les pays en voie de développement.

### I.3. Moments de la TME

La transmission du VIH de la mère à l'enfant peut survenir au cours de la grossesse, au cours de l'accouchement et après l'accouchement par l'allaitement maternel.

Le risque de transmission au cours de la grossesse commence vers le deuxième trimestre et augmente progressivement du fait des contractions utérines qui deviennent d'autant plus fréquentes et intenses que la grossesse évolue vers son terme.

L'accouchement constitue la période de plus grand risque de la TME du VIH car l'enfant n'est plus protégé par les membranes et est en contact direct avec le sang et les sécrétions maternelles infectés par le VIH.

Le risque de la TME du VIH au cours de l'allaitement est d'autant plus élevé que celui-ci se prolonge dans le temps par effet cumulatif.

Le tableau ci-dessous récapitule les estimations du risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant par période.

**TableauXXX** : Fréquence estimée du risque de TME du VIH par période.

Pendant la grossesse	10-20%
Pendant le travail et l'expulsion	30-40%
Pendant l'allaitement	15-30%
Taux de transmission sans allaitement	15-25%
Taux de transmission avec allaitement jusqu'à 6mois	25-35%
Taux de transmission avec allaitement jusqu'à 6- 12 mois	30-45%

### I.4. Mécanismes de la TME du VIH

La TME peut se faire in utero, en per partum et dans le post partum.

#### I.4.1. Transmission in utero

Elle peut se faire par :

- Le placenta qui contient des cellules qui expriment les récepteurs CD4 et peuvent être infectées par le VIH à tous les stades de la grossesse.
- le liquide amniotique infecté où le VIH se trouve à l'état libre ou bien combiné aux cellules.

- des micros transfusions lors des échanges qui se font entre la femme enceinte et son fœtus au cours de la grossesse. Ce phénomène est d'autant plus accentué que la grossesse évolue vers son terme.

#### **I.4.2. Transmission per partum**

Elle s'explique par deux mécanismes :

- Le contact direct du fœtus qui n'est plus protégé avec les liquides biologiques infectés (le sang maternel, liquide amniotique et les sécrétions génitales) lors de son passage dans la filière génitale.
- Le traumatisme obstétrical pouvant être à l'origine des lésions cutanées et muqueuses diverses qui mettent le sang de l'enfant en contact direct avec celui de la mère ainsi que de ses sécrétions tous infectés par le VIH.

Les contractions utérines encore plus intenses et prolongées au cours de l'accouchement y jouent un rôle favorisant.

#### **I.4.3. Transmission post-natale**

Elle s'effectue essentiellement par l'allaitement maternel. Le VIH se trouve dans le lait maternel à l'état libre et sous forme inclus dans les cellules.

A la faveur de la perméabilité de la muqueuse digestive et de l'immaturation de son système immunitaire au début de la vie, le VIH contenu dans le lait maternel ingéré par l'enfant peut traverser cette muqueuse, pénétrer dans son torrent sanguin et entraîner une infection à VIH.

### **I.5. Facteurs influençant la TME**

De nombreux facteurs augmentent le risque de la TME du VIH:

#### **I.5.1. Facteurs viraux :**

Le VIH1, du fait de sa répllication plus rapide et de sa plus grande virulence par rapport au VIH2, présente un plus grand risque de transmission de la mère à l'enfant. Ce risque est estimé à 25% pour le VIH1 et seulement de 1% pour le VIH2.

#### **I.5.2. Facteurs maternels :**

- Stade avancé de l'infection à VIH (SIDA)
- Primo infection
- Taux de CD4 abaissé
- Charge virale élevée
- Mauvais état nutritionnel
- Anémie
- Carence en vitamine A

#### **I.5.3. Facteurs obstétricaux :**

- Accouchement vaginal plus que par césarienne
- Accouchement instrumental (par forceps ou ventouse)

- Rupture prolongée des membranes (>4 heures)
- Travail prolongé
- Manœuvre par version externe ou interne
  - Procédures obstétriques invasives : épisiotomie, rupture artificielle des membranes, amniocentèse, biopsie des villosités chorioniques, etc.

#### I.5.4. Facteurs foetaux :

- Prématurité
- Hypotrophie
- Premier né dans un accouchement multiple

#### I.5.5. Facteurs liés aux modalités de l'allaitement

- Allaitement maternel non protégé (par les ARV)
- Allaitement mixte
- Allaitement prolongé dans le temps
- Lésions mammaires : mastite, fissures de mamelon, abcès du sein
- Mauvais état nutritionnel de la mère
- Affections buccales chez le bébé: candidose, stomatite, ulcérations...

De tous ces facteurs, la charge virale élevée de la mère est celui qui augmente le plus le risque de TME du VIH.

Certains cofacteurs infectieux sont susceptibles de limiter le bénéfice du traitement antirétroviral ou d'augmenter le risque de TME du VIH. Il s'agit:

- De la chorioamniotite
- Des IST
- Du paludisme (augmente la TME du VIH par le biais d'une placentite)

**Tableau XX** : Principaux facteurs de risque de TME du VIH

Grossesse	Travail et accouchement	Allaitement maternel
Charge virale élevée (infection récente ou stade avancée du sida)	Charge virale élevée (infection récente ou stade avancée du sida)	Charge virale élevée (infection récente ou stade avancée du sida)
Infection virale, bactérienne ou parasitaire du placenta (paludisme)	Rupture des membranes de plus de 4 heures	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Durée et mauvaise pratiques de l'allaitement au sein</li> <li>– Maladies des seins : mastites, crevasses, infections...</li> </ul>
Infections sexuellement transmissibles (IST)	Procédures invasives de l'accouchement qui augmentent le contact avec le sang infecté des muqueuses génitales de la femme (épisiotomie, monitoring du scalp fœtale)	Introduction avant 6 mois de l'alimentation de complément (aliments, liquides et ou du lait artificiel)
Malnutrition maternelle (cause indirecte)	Premier né d'un accouchement multiple	Alimentation insuffisante ou déséquilibrée de la mère

	Chorioamniotite	Affections buccales chez l'enfant (muguet, stomatite, ulcérations, etc.)
--	-----------------	--

## II. STRATEGIES DE PREVENTION DE LA TME DU VIH AU CAMEROUN

Le Cameroun articule sa stratégie de prévention de la TME du VIH autour de trois axes principaux pour optimiser ses résultats:

### II.1. L'intégration de la PTME et de la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) :

L'objectif ici est de faire usage de tous les points d'entrée aux soins de la SMNI (CPN, maternité, service de vaccination, service de suivi post natal, service de planning familial, etc.) pour identifier tous ceux qui ont des besoins à satisfaire afin de les leur offrir. Les services à offrir peuvent être en rapport :

- Soit avec la prévention de l'infection à VIH (pilier 1 de la PTME) et de toute autre maladie ou alors des grossesses non désirées (pilier 2 de la PTME)
- Soit en rapport avec la prise en charge appropriée des cas de grossesse et/ou d'infection à VIH (pilier 3 et 4 de la PTME)

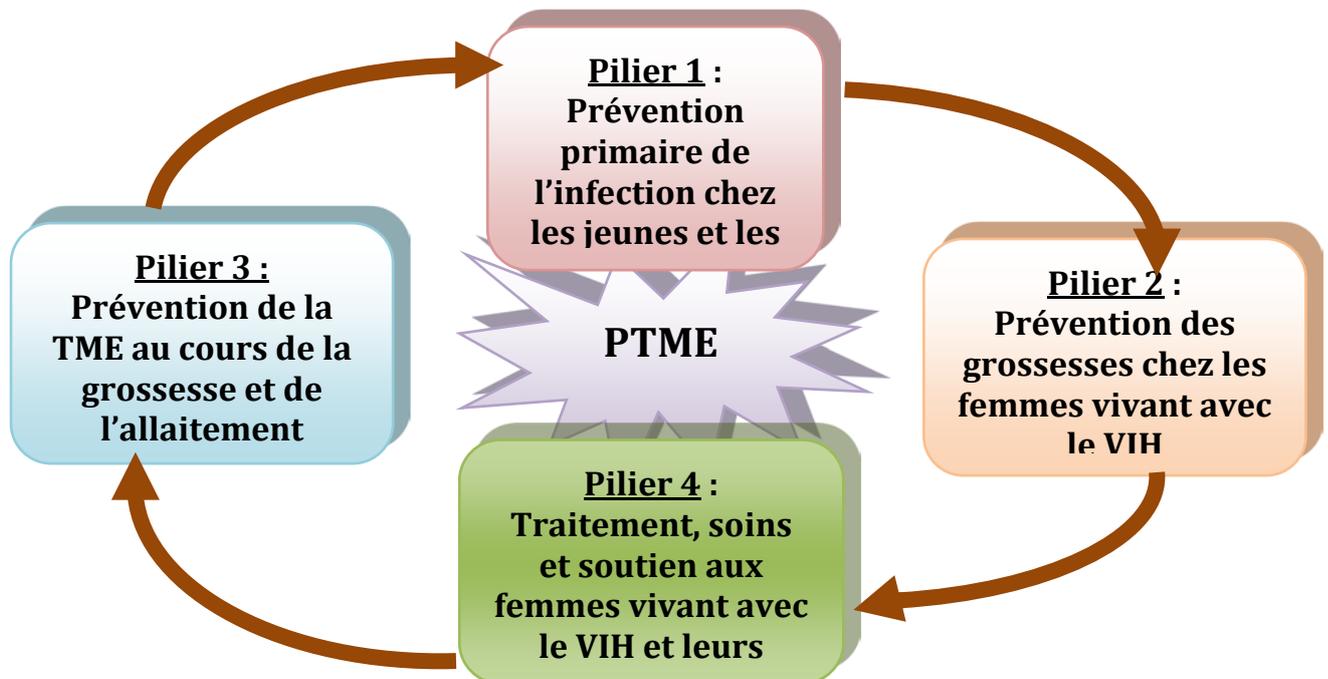


Figure XXX : Les quatre piliers de la PTME

### Actions à promouvoir pour chacun des piliers de la PTME

#### Pilier 1 : La prévention primaire du VIH chez les futurs parents

- Assurer l'information et la sensibilisation pour le changement de comportement
- Promouvoir des pratiques sexuelles à moindre risque :
  - Abstinence pour les adolescents et les jeunes non encore sexuellement actifs
  - Fidélité à un seul partenaire non infecté au sein des couples
  - Utilisation correcte du condom pour tout rapport sexuel à risque
- Faciliter l'accès aux condoms (masculins et féminins)

- Diagnostiquer et traiter précocement les IST
- Rendre le conseil et dépistage du VIH largement disponibles
- Offrir des conseils appropriés de prévention aux femmes séronégatives

### **Pilier 2 : Prévention des grossesses non désirées chez les femmes séropositives**

- Faire systématiquement le conseil de planning familial (PF) à tous les points d'entrée de la SMNI
- Offrir une méthode de contraception sûre et effective à toute les femmes qui en ont besoin
- Promouvoir les pratiques sexuelles plus sûres (utilisation systématique et correcte des préservatifs)

### **Pilier 3 : Prévention de la TME du VIH**

- Faire systématiquement et précocement le dépistage du VIH chez toute femme enceinte en première CPN
- Instituer le traitement ARV chez toute femme enceinte séropositive le plus tôt possible suivant le diagnostic de l'infection à VIH
- Promouvoir le comportement sexuel à moindre risque
- Conseiller l'accouchement dans une formation sanitaire
- Respecter les bonnes pratiques au cours de l'accouchement
- Conseil à l'allaitement pour le bébé
- Assurer la prise en charge (PEC) médicale et psychosociale
- Apporter le soutien nécessaire pour l'observance du traitement ARV
- Dépister et traiter toute pathologie pouvant majorer le risque de TME (infections urinaire et cervico-vaginales)
- Interrompre rapidement l'exposition postnatale du bébé au sang et sécrétions maternelles par bain de l'enfant dans une solution antiseptique tiède
- Administrer la Névirapine prophylactique chez le bébé
- Initier l'alimentation à moindre risque pour le bébé

### **Pilier 4 : Traitement, soins et soutien pour les femmes VIH+ et tous les membres infectés de leur famille**

- Faire le dépistage du VIH des partenaires ainsi que des autres enfants des femmes enceintes et des mères séropositives
- Offrir le traitement, soins et soutien à toutes les femmes séropositives ainsi qu'à leur partenaire et enfants infectés par le VIH
- Assurer le suivi clinique et biologique suivant les recommandations nationales
- Apporter le soutien nécessaire pour favoriser la rétention et l'observance du traitement
- Organiser un système de contact et de collaboration avec les services communautaires pour une prise en charge holistique et appropriée.

## **II.2. L'approche familiale de la prise en charge de l'infection à VIH**

L'objectif ici est d'utiliser la personne infectée déjà identifiée (la femme ou son enfant) comme index pour accéder aux autres membres de la famille (partenaire sexuel et/ou les autres enfants) afin de leur offrir tous les services de santé dont ils ont besoin (dépistage du VIH, traitement ARV, tout autre service de santé).

Cette approche présente l'avantage d'une prise en charge clinique et psychosociale globale de tous les membres de la famille à laquelle le soutien mutuel peut être apporté par chacun de ses membres.

## **II.3. La délégation des tâches/décentralisation des services**

L'objectif ici est de rapprocher les services de santé le plus près possible des bénéficiaires pour optimiser leur utilisation adéquate et le meilleur impact possible sur la santé de la population.

A cet égard et pour pallier au déficit en personnel qualifié nécessaire au continuum des soins à apporter aux clients, la formation et la délégation des tâches sont nécessaires. Elles permettent au personnel de niveau moins élevé d'effectuer les tâches généralement dévolues au personnel d'un niveau supérieur et d'assurer ainsi le continuum de l'offre des services de santé dont les populations ont besoin.

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

A l'image des pays tel que le Malawi, l'Ouganda, le Rwanda, ou le Kenya qui l'avaient déjà fait auparavant, le Cameroun a adopté en Aout 2012 l'option B+ pour son programme national de PTME.

Cette approche préconise l'initiation systématique du traitement ARV chez toute femme enceinte séropositive quel que soit son stade clinique ou la valeur de ses CD4. Ce traitement doit ensuite être poursuivi pendant toute la grossesse, pendant l'accouchement, la période de l'allaitement et au-delà, à vie.

A la faveur de la délégation des tâches et de la décentralisation des services VIH, le traitement antirétroviral nécessaire pour la prise en charge adéquate de la femme enceinte et de la mère séropositive ainsi que de l'enfant infecté par le VIH pourra être prescrit et suivi par le personnel de santé de formations sanitaires de tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

## **III. PRISE EN CHARGE DE LA FEMME ENCEINTE AU SEIN DU PROGRAMME DE PTME**

### **III.1. La consultation prénatale : principale porte d'entrée dans le programme de PTME**

L'objectif du suivi de la grossesse est de :

- Favoriser son bon déroulement
- Prévenir la TME du VIH

La consultation prénatale constitue la porte d'entrée principale de la femme enceinte dans le programme de PTME. Les autres services où une femme enceinte peut être identifiée et qui constituent d'autres portes d'entrée dans la PTME sont: la maternité, le service de suivi post natal de la mère et de l'enfant, le service de vaccination, le service de planning familial, etc.

Il faut donc:

- Encourager toute femme à commencer ses consultations prénatales dans la formation sanitaire de son choix le plus tôt possible dès qu'elle croie ou bien se sait enceinte pour bénéficier de tous les services y compris ceux de la PTME si elle est infectée par le VIH.
- Au cours de ces consultations prénatales, les prestataires doivent offrir un ensemble de services dont :
  - Le dépistage de l'infection à VIH pour préserver sa santé, favoriser la bonne évolution de sa grossesse et la préparer à un accouchement dans les meilleures conditions possibles au sein d'une formation sanitaire.
  - Les services que les prestataires offrent à la femme enceinte s'étendent à ceux relatifs à la santé de l'ensemble des membres de sa famille y compris son partenaire pour identification des couples discordants et ses autres enfants pour une approche familiale des soins prodigués.

Le tableau ci-dessous résume le paquet des services qui doivent être offerts à la femme enceinte au cours des consultations prénatales successives.

Tableau xxx : Paquet des prestations en CPN

INTERVENTIONS		CPN1	CPN2	CPN3	CPN4
		1 <sup>er</sup> trimestre (0-6 semaines)	2 <sup>nd</sup> trimestre (16-28 semaines)	3 <sup>ème</sup> trimestre (28-36 semaines)	4 <sup>ème</sup> trimestre (36-42 semaines)
<b>Périodes des visites</b>					
<b>Timing des visites</b>		A tout moment avant la 16 <sup>ème</sup> semaine	24-28 semaines	32-36 semaines	Après 36 semaines
<b>Examen clinique complet et évaluation de la grossesse</b>		X	X	X	X
<b>Evaluation du bassin</b>				X	X
<b>Examens de laboratoires</b>	VIH	Tester la femme enceinte et son partenaire si statut inconnu	Faire le test de dépistage si : – La femme enceinte et son partenaire ne sont pas encore testés pour le VIH – La femme enceinte et son partenaire ont été testés négatifs il ya plus de 3 mois		
	Syphilis	Faire le TPHA/VDRL si positif : traiter avec la Pénicilline Benzathine (DU)			
	Hémoglobine	Faire hémogramme, si < 11,5g/l, la patiente est anémiée, doubler la dose de fer et folates et donner des conseils nutritionnels	Si la FEC présente des signes d’anémie (surtout la pâleur), faire l’hémogramme.		
	Urines	Faire la recherche de sucre et d’albumine à chaque visite Si présence d’albumine, surveiller la TA et prendre en charge Si présence de sucre et d’acétone, rechercher le diabète			
	Dépistage de l’hépatite B	Recherche de l’Ag HBs systématiquement à toutes les femmes enceintes. au cours de la 1 <sup>ère</sup> CPN			
<b>Vaccinations</b>	vaccinations	Donner la première dose de VAT	Donner la seconde	Donner une dose de VAT si nécessaire (si elle n’a pas	

<b>Suppléments prophylaxie</b>		si non vaccinée	dose de VAT (au moins 4 semaines après la 1 <sup>ère</sup> visite) si applicable	encore reçu 2 doses depuis le début de la grossesse	
	fer /acide folique	Donner un comprimé de fer (200mg) et 1 comprimé d'acide folique 5mg quotidiennement. Pour des FEC présentant des signes d'anémie, doubler la dose			
	Mebendazole	Ne pas donner durant le 1 <sup>er</sup> trimestre	Donner du Mebendazole comprimés (500mg) ou au 3 <sup>ème</sup> trimestre de la grossesse		
	TPI	Ne pas donner le TPI avant 16 semaines de grossesse, conseiller l'utilisation de MILDA	Donner SP 500mg/25mg. Si VIH+, donner le CTX à la place du TPI	Donner SP 500mg/25mg. Si VIH+, donner le CTX à la place du TPI	Conseiller l'utilisation des MILDA
	CTX et ARV	Si FEC VIH+ <ul style="list-style-type: none"> <li>- Donner ARV le plus tôt possible après le diagnostic indépendamment de taux des CD4 et quelque soit le terme de la grossesse</li> <li>- Donner CTX à chaque visite</li> <li>- Assurer l'aide à l'observance du traitement à chaque visite</li> </ul>			

### III.2. Le conseil et dépistage de l'infection à VIH

La connaissance du statut VIH de la FEC permet de prendre des mesures nécessaires pour éviter la TME de l'infection à VIH et de la prendre en charge de façon appropriée pour réduire sa morbidité et sa mortalité. Les FEC constituent un des groupes à risque pour le lequel le conseil dépistage initié par les prestataires (CDIP) doit être systématiquement proposé

La pratique du CDIP recommande que le test du VIH soit introduit dans le paquet des tests à effectuer systématiquement par les FEC et allaitantes lorsque nécessaire. Le dépistage du VIH doit se faire suivant l'algorithme national. Il doit être refait au troisième trimestre de la grossesse chez les femmes trouvées séronégatives en première CPN. Le personnel de santé doit également encourager les partenaires masculins de toutes les femmes enceintes à faire leur dépistage du VIH afin d'identifier les couples sero-discordants pour une prise en charge adéquate du partenaire infecté.

#### Principes directeurs

**La confidentialité :** garantit que les informations échangées entre la cliente et le prestataire de soins restent privées et que la sécurité et la confidentialité des dossiers médicaux sont assurées.

**L'information :** des informations claires, précises, concises et exhaustives sur le dépistage du VIH sont données aux clients.

**Le post-test counseling :** doit être systématique, le résultat du test de VIH doit toujours être remis en main propre à l'intéressé, accompagné des explications y afférentes et des orientations nécessaires à une prise en charge appropriée.

#### Les aptitudes requises pour un conseiller

Le conseiller doit être capable de :

- S'exprimer en termes claires, simples et dans des mots qui ne prêtent pas à confusion.
- Manifester de l'empathie : comprendre ce que ressent la cliente, sans porter de jugement.
- Ecouter activement et attentivement : faire attention aux répliques et aux mimiques de la cliente traduisant ses états d'âme ou ses inquiétudes.
- Maintenir la concentration : aider la cliente à ne pas perdre de vue les objectifs de la séance.
- Rectifier de manière subtile les mythes et fausses informations
- Utiliser des méthodes amicales d'enseignement et de réponses aux questions du client.
- Intensifier les efforts en matière de changement d'attitudes notamment les pratiques sexuelles à moindre risque.

A cet effet, il doit :

- Avoir des connaissances sur le VIH /sida, les IST et le VIH, la TME et sa prévention, le processus de dépistage du VIH, les avantages et les risques du test de dépistage du VIH ; la confidentialité ; les implications du test positif et du test négatif ; l'identification des services de soutien, la planification familiale, l'évaluation des besoins

- Maîtriser la communication à double sens
- Encourager les partenaires à débattre des implications d'un résultat différent (résultats de tests discordants)
- S'enquérir du statut VIH des autres membres de la famille et encourager le dépistage de ceux à statut VIH inconnu

### **Dépistage et conseil pendant le travail et l'accouchement**

Le prestataire doit :

- S'enquérir systématiquement du statut VIH de toutes les FEC en salle d'accouchement.
- Faire le test de dépistage rapide pour les femmes enceintes avec statut VIH inconnu ou avec une sérologie négative depuis plus de 3 mois.
- Si le test du VIH se révèle positif
  - Démarrer le traitement antirétroviral le plus tôt possible suivant le protocole national pour prévenir la TME
  - Donner la Névirapine prophylactique au bébé dans les 48 à 72 heures qui suivent sa naissance

### **Conseil et dépistage en post partum**

Pour les femmes séronégatives au moment de l'accouchement :

- Revérifier leur statut VIH tous les trois (3) mois pendant toute la période de l'allaitement
- Initier immédiatement le traitement ARV si le test du VIH devient positif

### **Contenu du counseling**

- Conseiller le respect des autres visites de CPN
- Conseiller pour le dépistage du partenaire
- Eduquer sur la conduite à tenir en cas de signes de danger
- Faire le plan de préparation à l'accouchement
- Faire le conseil à l'allaitement
- Conseiller et apporter le soutien nutritionnel
- Aider à l'observance du traitement
- Conseiller à l'usage des passerelles entre le traitement, les soins et le soutien disponibles dans la communauté.
- Conseiller pour le suivi post natal du couple mère enfant

### **L'algorithme de dépistage du VIH chez la femme enceinte :**

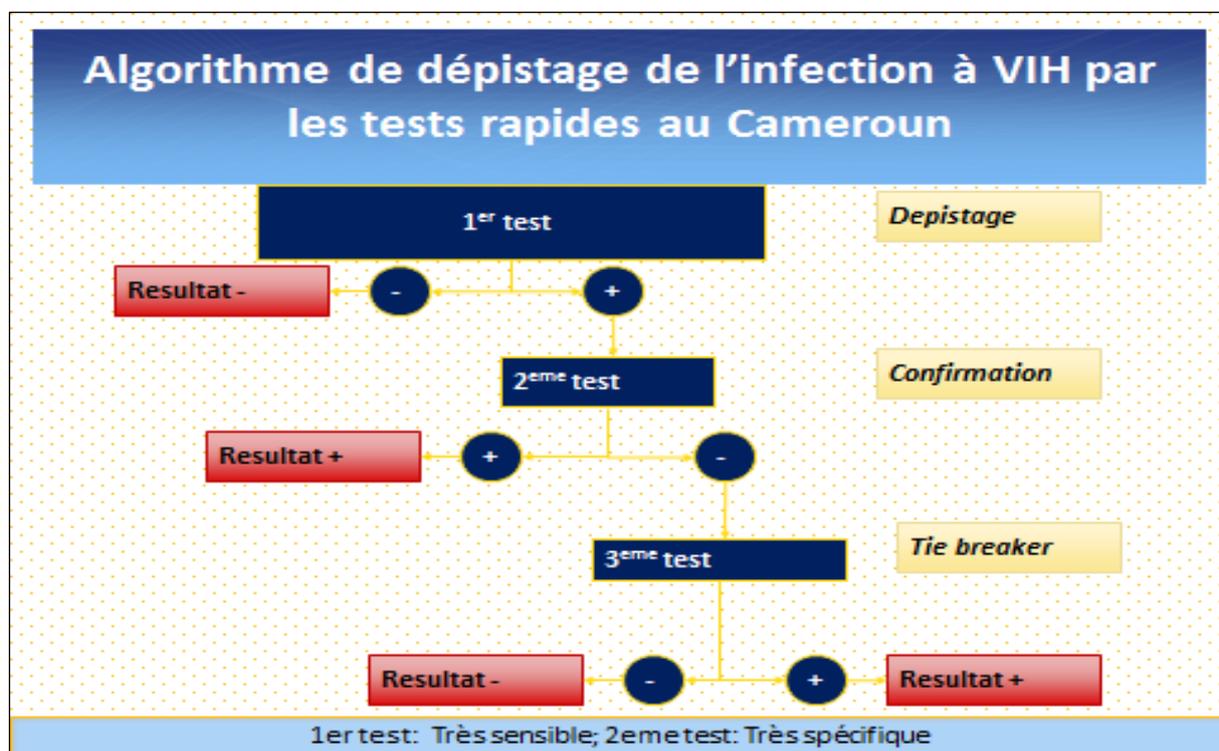
Le dépistage du VIH doit être fait suivant l'algorithme ci-dessous et l'utilisation successive de deux tests différents est nécessaire. Le premier test doit être très sensible tandis que le second doit être très spécifique

Le résultat négatif du premier test affirme que la femme enceinte est séronégative et son résultat doit être rendu comme tel. Cette femme doit néanmoins être conseillée pour refaire ce test de dépistage après trois mois.

L'affirmation du diagnostic du VIH chez une femme enceinte ne doit se faire que sur la base d'un premier test positif au moyen d'un test rapide de très grande sensibilité et d'un test de confirmation lui aussi positif au moyen d'un deuxième test rapide de très grande spécificité.

En cas de discordance de ces deux résultats, il convient de faire un troisième test (tie breaker) au moyen d'un autre test de très grande spécificité. Le résultat négatif de ce troisième test permet d'affirmer que la femme est séronégative et doit répéter son test après trois mois. Le résultat positif de ce test permet d'affirmer que la femme enceinte est séropositive et doit être enrôlée dans le programme et initiée au TAR.

Un registre de laboratoire standardisé doit être mis en place pour permettre de suivre la qualité des tests utilisés et du processus du dépistage du VIH chez les femmes enceintes dans chaque formation sanitaire.



### III.3. Prise en charge de la femme enceinte ou allaitante séropositive par les ARV

#### III.3.1. Quand débiter le traitement ?

Le traitement ARV (TAR) doit être commencé chez toute femme enceinte ou allaitante séropositive aussitôt que son statut VIH positif est connu.

#### Comment procéder pour initier le traitement ARV chez la femme enceinte ou allaitante ?

##### a. Faire l'éducation pré thérapeutique

L'éducation pré thérapeutique consiste à expliquer :

- Le but du traitement
- Pourquoi le traitement doit commencer immédiatement et être poursuivi sur une longue période
- Les modalités du traitement (nom de la spécialité, la dose, la présentation, la fréquence de prise, la voie d'administration et les possibles effets secondaires)
- Que l'atteinte des résultats dépend de la qualité de l'observance
- Les conséquences d'une mauvaise observance
- Les modalités de suivi du traitement

Elle consiste également à :

- Rechercher les éventuels facteurs susceptibles d'entraver la bonne marche du traitement et discuter des solutions possibles
- Solliciter l'engagement de la cliente à prendre le traitement

Le prestataire doit à la fin de cette session manifester sa disponibilité à soutenir autant que possible la cliente

## **b. Initier le traitement antirétroviral (Option B+)**

### **Protocoles de traitement**

#### **Protocoles préférentiels**

Le traitement avec l'association TDF/3TC/EFV (Tenofovir, Lamivudine et Efavirenz) en un seul comprimé à prendre une fois par jour doit être mise en route chez toute femme enceinte ou allaitante séropositive le plus tôt possible suite à l'affirmation de son infection à VIH et doit être poursuivie au moins pendant toute la période de risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant. Ce traitement antirétroviral (TAR) doit être poursuivi au-delà de la période de l'allaitement pendant toute la vie.

La femme enceinte ou allaitante doit revenir régulièrement à la formation sanitaire pour le suivi de ce traitement afin que le prestataire s'assure de sa bonne tolérance et de sa bonne observance.

#### **Protocoles alternatifs**

En cas d'intolérance à l'un des médicaments du protocole TDF/3TC/EFV, un des protocoles dits alternatifs est proposé :

- Si intolérance au Tenofovir : Donner AZT/3TC 2 fois/jour + Efavirenz 600 mg une fois/jour
- Si intolérance à Efavirenz : donner TDF (300mg)/3TC (300mg) une fois/jour + NVP 1 comp 2 fois/jour ou encore TDF/3TC une fois/jour + Lop/r 250 mg 2 fois/jour
- Si la femme enceinte a été sensibilisée à la Névirapine au cours d'une grossesse antérieure, donner TDF/3TC une fois par jour et Lop/r (250 mg) 2 fois/jour.

#### **Suivre le traitement antirétroviral**

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

Le tableau ci-dessous résume le contenu des visites de suivi post natal de la femme VIH+

**Tableau XXX** : Récapitulatif du suivi clinique et biologique du traitement ARV chez la femme enceinte ou allaitante séropositive.

<b>Rendez-vous</b> <b>Paramètres de suivi</b>	A l'initiation du TAR	1 mois post initiation du TAR	Chaque mois jusqu'à l'accouchement	6 semaines post accouchement	Chaque mois jusqu'à 6 mois	9 mois post-partum	12 mois post partum	15 mois post partum	18 mois post partum	24 mois post partum
Examen clinique	X	X	X		X	X	X	X	X	X
Dépistage TB	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Approvisionnement en ARV et CTX	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Aide à l'observance	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
CD4	X			X			X			X
CV				X (si possible)			X			X
Créatinémie	X	X		X			X			X
Transaminases							X			X
Glycémie							X			X
Hémoglobine	X	X		X			X			X

**NB :** Bien que la mère ne soit revue que tous les trois mois après l'âge de 6 mois post partum, l'approvisionnement en ARV et en Cotrimoxazole devra continuer de se faire mensuellement accompagné de l'aide à l'observance du traitement. Toute modification éventuelle de cette périodicité ne se fera que sur la base d'une motivation purement individuelle.

#### **III.4. Prise en charge du travail, de l'accouchement et du post-partum**

Le travail et l'accouchement est une période de grande vulnérabilité pour toute femme enceinte mais plus encore pour toute femme enceinte séropositive.

Les moments du travail et accouchement constitue en effet la période de plus grand risque de transmission mère enfant du VIH. Des précautions particulières doivent donc être prises par le personnel des maternités pour minimiser ce risque. Un ensemble de mesures lorsque mises en œuvre, permet de minimiser ce risque.

Au-delà de l'accouchement et durant toute la période de suivi post natal du couple mère enfant, le risque de TME du VIH persiste tant que se poursuit l'allaitement. La surveillance du traitement ARV et de tous les autres paramètres du suivi post natal du couple mère enfant doivent alors faire l'objet d'une très grande attention de la part des prestataires pendant toute cette période.

Le tableau suivant résume le paquet des prestations à la femme au cours du travail, accouchement et de la période post natale.

**Tableau xxx :** Paquet des prestations à la femme et de l'enfant pendant le travail, l'accouchement et le postpartum

TRAVAIL ET ACCOUCHEMENT		SUIVI POST NATAL DE LA MAMAN			
<b>Périodes des visites</b>	N/A		Dans la semaine qui suit l'accouchement	De la 6 <sup>ème</sup> semaine au 6 <sup>ème</sup> mois	Du 6 <sup>ème</sup> au 24 mois
<b>Timing des visites</b>	Travail et accouchement et les 24 premières heures		6 jours après l'accouchement	Une fois par mois jusqu'à 6 mois	Une fois tous les 3 mois jusqu'à 24 mois
<b>Objectifs</b>	Favoriser un accouchement eutocique pour obtenir la naissance d'un enfant vivant non contaminé par le VIH		– Réduire la morbidité et la mortalité maternelle		
<b>Interventions</b>	Eviter toutes les situations pouvant aggraver les échanges sanguins fœto-maternels susceptibles, d'augmenter le risque de TME du VIH. Pour cela : <ul style="list-style-type: none"> <li>– Utiliser le partogramme</li> <li>– Eviter la RAM</li> <li>– Eviter les épisiotomies</li> <li>– Eviter les traumatismes fœtaux (manœuvres, accouchement instrumental)</li> <li>– Assurer le bon accueil du bébé</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Assurer le bon suivi de la mère</li> <li>– Dépister les affections concomitantes de la mère et les traiter</li> <li>– Faire l'éducation pour la santé sur l'alimentation maternelle et infantile, les vaccinations, la PF, l'hygiène, la prévention des IST</li> <li>– Promouvoir le dialogue au sein des couples et la parenté responsable</li> </ul>		
<b>Suivi</b>					
<b>Promotion de la santé et conseils</b>	Planning Familial	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Faire le counseling sur la PF et les méthodes disponibles</li> <li>– Commencer la contraception si besoin</li> </ul>			
	Signes de danger	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Informer la cliente sur les signes de danger de la période post natale</li> </ul>	Informe la cliente des signes de danger à observer pendant le postpartum, l'encourager à revenir à la FOSA immédiatement.		

		– Sensibiliser et encourager la cliente à revenir à la visite dans la FOSA	<b>Mère</b> : saignement vaginal, convulsions, difficultés respiratoires, fatigue, fièvre, douleurs abdominales, pâleur, œdèmes, écoulement vaginal
<b>Examens et dépistages</b>	Anémie	Rechercher l’anémie avant toute sortie de l’hôpital. Si anémie, augmenter la dose de fer et folates	Recherché les signes d’anémie à chaque visite: Hb <11,5g/l, pâleur des conjonctives et des paumes, asthénie, sueurs froides, difficultés à respirer ou tachypnée Si anémie : double la dose de fer/folates et donner des conseils nutritionnels ou référer pour transfusion sanguine si sévère.
	Tuberculose	Rechercher la TB : Si maman positive dans les 2 mois suivant l’accouchement, donner une prophylaxie à l’INH au bébé	Rechercher les signes de TB à chaque visite : Toux > 2 semaines, fièvre persistante, perte de poids, malnutrition sévère, lymphadénopathies, sueurs nocturnes – Si signes de TB : faire un examen des crachats ou référer – Si TB active : mettre immédiatement la maman sous traitement et donner la prophylaxie à l’INH au nourrisson pendant 6 mois
	Examens physiques	Hauteur utérine BDCF Contractions utérines (2 à 4 toutes les 10 minutes) Dilatation du col (1cm toutes les heures après 4 cm)	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 – Faire l’examen de l’abdomen, du vagin, du col de l’utérus – Faire un pap smear
	Etat nutritionnel	conseils en alimentation appropriés pour la mère et son bébé	– Evaluer le poids et la taille du nourrisson et comparer à son âge, si malnutrition, donner des suppléments ou référer – Donner des conseils nutritionnels
	Classification OMS	Si la maman est VIH positive, faire la classification OMS	Si la mère est VIH positive, faire une classification OMS à chaque visite
<b>Examens de</b>	VIH	Faire le test de dépistage du VIH de la mère et du partenaire si sérologie inconnue ou test négatif de plus de 3 mois Pour les femmes VIH+ sous traitement ARV, faire: - Examen clinique tous les 3 mois - Bilan biologique selon les directives - Soutien à l’observance du traitement	

<b>laboratoire</b>		- Suivi psychosocial			
	CD4	Faire un prélèvement pour CD4 chez toute mère VIH positive n'ayant pas fait les CD4 ou dont le comptage remonte à plus de 6 mois			
	Syphilis	Si la mère a été testée positive pendant la grossesse : donner une dose unique de Pénicilline Benzathine au nouveau né			
	Fer/ acide folique	Donner 1 comprimé de fer (200mg) + 1 comprimé d'acide folique (5mg) par jour. Si anémie : doubler la dose	Donner 1 comprimé de fer (200mg) + 1 comprimé d'acide folique (5mg) par jour pendant 3 mois		
	Mebendazole	Si la patiente n'a pas reçu pendant la grossesse, donner du Mebendazole (DU)	Donner du Mebendazole 500mg (DU) tous les 6 mois		
	TPI	Conseiller la mère sur l'utilisation des MII et au besoin en donner si disponible			
	ARV	Donner du CTX à la mère	Donner du CTX à la mère VIH positive à chaque visite		
		Donner des ARV	Donner la Névirapine au bébé dès les premières 72 heures de vie et à poursuivre pendant 6 semaines		
	CTX	Donner des ARV prophylactiques au bébé		Donner le CTX au nouveau né exposé dès la 6 <sup>ème</sup> semaine	Continuer le CTX
	Diagnostic de l'infection à VIH chez l'enfant	Faire le diagnostic de l'infection à VIH chez le bébé		Prélever le sang de l'enfant sur papier buvard (DBS) pour le diagnostic précoce du VIH par la PCR	Poursuivre processus du diagnostic suivant l'algorithme national

#### IV. PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT NE DE MERE SEROPOSITIVE

##### IV.1. La prophylaxie ARV chez l'enfant né de mère séropositive

A tout enfant né de mère séropositive qui est allaité au sein ou qui reçoit une alimentation de substitution, le personnel de la maternité ou du suivi de la mère et de l'enfant doit débiter la prophylaxie ARV le plus tôt possible après l'accouchement ou bien dès que l'on a connaissance de son exposition.

Au Cameroun, cette prophylaxie ARV est constituée par la Névirapine à donner en une seule prise chaque jour pendant six semaines.

Le tableau ci-dessous donne la dose de la Névirapine prophylactique à administrer à l'enfant né de mère séropositive en fonction de son poids de naissance.

##### Posologies de la NVP chez l'enfant exposé

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

##### IV.2. Le suivi de l'enfant né de mère séropositive

Tous les enfants nés des mères séropositives encore appelé enfants exposés doivent bénéficier d'un suivi régulier à la formation sanitaire jusqu'à la fin de la période du risque de transmission post natale du VIH (18 -24 mois post-partum)

###### a. Le calendrier de suivi:

Suite à l'accouchement et avant son retour à domicile, l'enfant né de mère séropositive doit bénéficier d'un examen clinique et neurologique complet et les données de cet examen doivent être documentées dans son dossier médical. Un effort doit être également fait pour identifier les enfants nés des mères séropositives à d'autres points d'entrée des enfants aux soins (service de vaccination, service de pédiatrie, service de traitement ARV, etc.)

## CALENDRIER ET PAQUET DES PRESTATIONS DE SUIVI DES ENFANTS NES DES MERES SEROPOSITIVES



Prestations	A la naissance	A 6 semaines	A 10 semaines	A 14 semaines	A 5 mois	A 6 mois	A 9 mois	A 12 mois	A 15 mois	A 18 mois	A 21 mois	A 24 mois
<b>ARV prophylactique</b>	✓											
<b>Pesée et mensurations (P, T, PC)</b>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Evaluation du développement psychomoteur</b>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Examen clinique complet</b>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Conseil a l'alimentation</b>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Vaccination</b>	✓	✓	✓	✓			✓					
<b>Cotrimoxazole</b>		Commencer le Cotrimoxazole a l'âge de 6 semaines et continuer jusqu'au moment de la confirmation de la non contamination par le VIH										
<b>Diagnostic du VIH</b>		✓					Faire d'abord sérologie et puis, confirmer la sérologie positive par le DBS/ PCR			Diagnostic du VIH par la sérologie		
<b>Soutien</b>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

<b>psychosocial a la mère</b>												
-----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### b. Le paquet de prestations à chaque visite de suivi

A chaque visite de suivi, le prestataire offrira à l'enfant né de mère séropositive le paquet des prestations indiqué dans la figure ci-après.

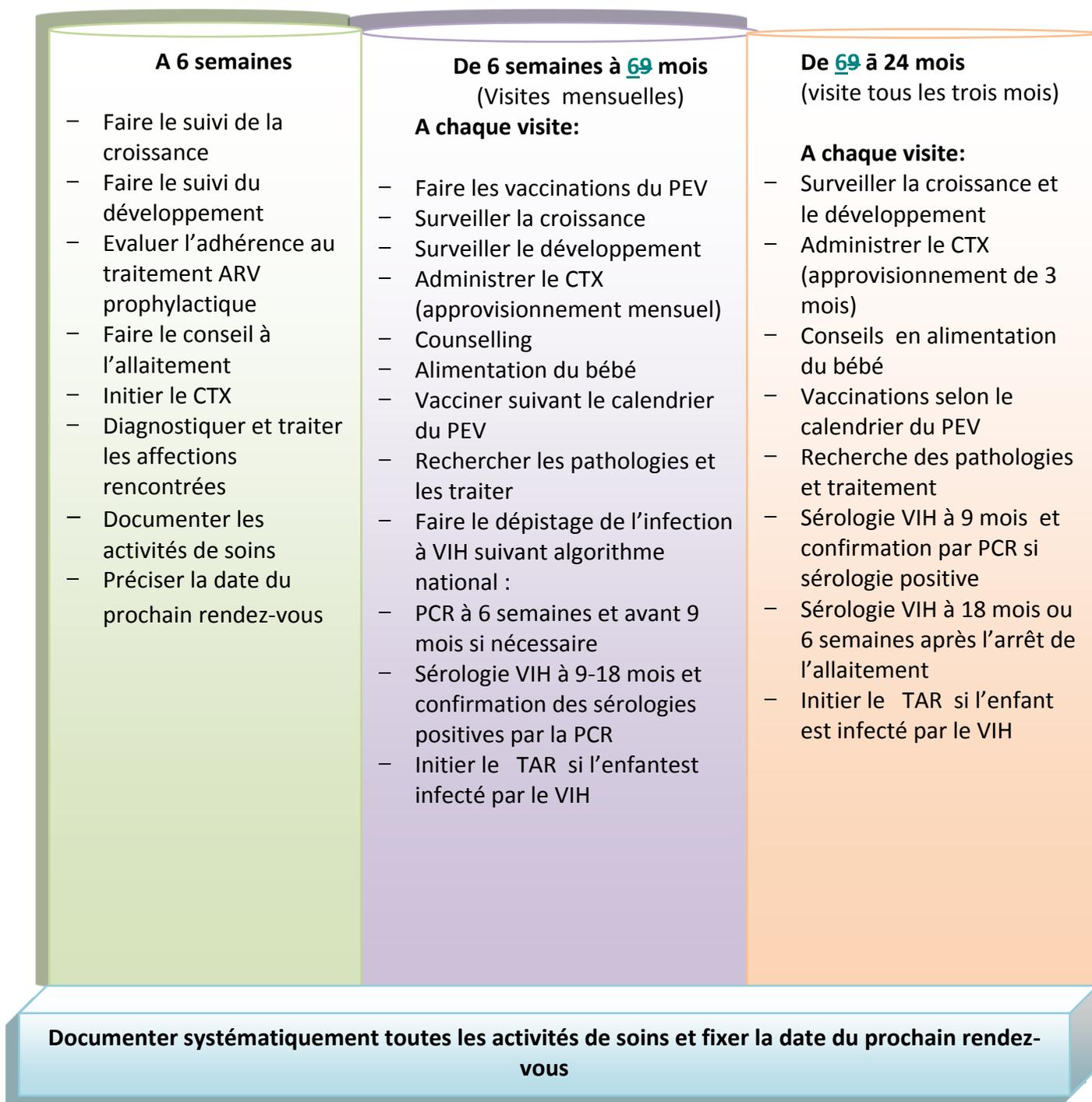


Figure XXX : Paquet des prestations pour le suivi de l'enfant né de mère séropositive

### **IV.3. L'alimentation de l'enfant né de mère séropositive**

#### **IV.3.1. Principes généraux de l'alimentation de l'enfant**

Une alimentation adéquate permet une bonne croissance et un développement harmonieux du nourrisson (0-2 ans). Une nutrition insuffisante en quantité ou en qualité au cours des premières années de vie entrave sa croissance et son développement et aussi augmente sa morbidité et sa mortalité.

L'évaluation nutritionnelle doit se faire à chaque visite de suivi par appréciation du poids, de la taille, du périmètre crânien par comparaison aux normes des courbes de croissance. Elle permet aussi d'apprécier l'adéquation entre la consommation alimentaire de l'enfant et ses besoins nutritionnels.

Les besoins nutritionnels sont d'autant plus augmentés chez un enfant infecté par le VIH que le stade clinique de sa maladie est avancé.

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

#### **Avant 6 mois:**

Chez la mère séropositive, encourager l'allaitement maternel exclusif protégé par les ARV (NVP) ou alimentation de substitution jusqu'à 6 mois de vie si les conditions de vie de sa famille le permettent.

L'allaitement maternel exclusif est recommandé pour toutes les femmes séronégatives et celles dont le statut VIH est inconnu.

#### **Entre 6 et 12 mois:**

Continuer l'allaitement et adjoindre une alimentation de complément adaptée, suffisante et équilibrée. Introduire progressivement les nouveaux aliments pour permettre à l'enfant de s'adapter au fur et à mesure à son nouveau mode d'alimentation.

Le lait reste un aliment essentiel pour l'alimentation du nourrisson à cet âge et il doit en recevoir au moins un demi-litre chaque jour en plus de son alimentation de complément.

#### **Au-delà de 12 mois :**

- Chez l'enfant né de mère séropositive chez qui une infection à VIH ne peut être affirmée, l'allaitement maternel sera arrêté et remplacé par tout autre lait entier (lait de vache ou bien lait du commerce) pour ne pas faire courir à l'enfant un risque supplémentaire de contracter l'infection à VIH. En plus de ce lait, cet enfant sera alimenté au plat familial dont la présentation sera adaptée à son stade de développement.
- Pour l'enfant chez qui une infection à VIH est déjà confirmée, le prestataire encouragera la mère à continuer l'allaitement pour permettre à son bébé de bénéficier pour quelques temps encore des avantages nutritionnels du lait maternel.

### IV.3.2. Directives en matière du conseil à l'alimentation

Le conseil à l'alimentation du bébé doit :

- Commencer pendant les consultations prénatales et se poursuivre lors des visites successives de suivi de la femme enceinte et ensuite celles du couple mère/enfant
- Etre basé sur les directives nationales
- Etre adapté à la situation individuelle de sa famille et tenir compte ses usages, 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
- Encourager les femmes à partager leur statut sérologique avec au moins une personne de confiance

#### NB :

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

### IV.3.3. Evaluation de la faisabilité de la mise en œuvre de l'option d'alimentation du bébé

#### a. Option d'allaitement maternel

- 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

#### b. Option d'alimentation artificielle

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

#### Si tous ces préalables sont réunis

- Aider la mère à choisir la marque du lait artificiel

- Procéder à la démonstration de la préparation du lait artificiel
- Exprimer sa disponibilité à soutenir la mise en œuvre de l’option d’alimentation choisie

#### IV.3.4. Principes de mise en œuvre de l’alimentation du nourrisson :

L’enfant doit à tout âge recevoir une alimentation suffisante et équilibrées qui lui permette de poursuivre une croissance et un développement harmonieux.

La quantité de l’alimentation et sa composition, la fréquence des repas ainsi que sa présentation doivent évoluer au fur et à mesure de la maturation de l’enfant pour lui permettre de couvrir ses besoins.

Une alimentation suffisante et équilibrée permet également à l’enfant de lutter contre les maladies.

Les principes devant guider la nutrition des enfants sont résumés dans tableau ci-après :

**Tableau xxx** : Type, qualité, quantité et fréquence des repas selon l’âge

AGE	Composition	Fréquence des repas	Quantité par repas*
0 -6 mois	Lait maternel	A la demande	Quantité suffisante par rapport aux besoins
6 mois	Bouillie légère puis épaisse et purée (viande, légumes ou de fruits)	2 fois/ jour + des rations fréquentes de lait	2 à 3 cas
7 -11 mois	Aliments finement hachés en purée, et aliments que le bébé peut tenir	3 repas + 1 collation entre les repas + des rations de lait	2 / 3 tasse
12=24 mois	Repas familial découpé ou réduit en bouillie si nécessaire	3 repas + 2 collations entre les repas + des rations de lait	1 tasse pleine
<i>Si le bébé n’est pas nourri au sein, ajouter 1 à 2 tasses de lait par jour et 1 à 2 repas supplémentaires par jour</i>			

**NB.** \* autant que possible l’alimentation du bébé doit être faite à base des aliments locaux et les ustensiles d’usage dans la famille doivent être utilisés pour mesurer les quantités. Une tasse = 250ml

#### V.4. Le dépistage de l’infection à VIH chez l’enfant né de mère séropositive

Le dépistage de l’infection à VIH chez l’enfant né de mère séropositive doit se faire suivant l’algorithme national :

##### A 6 semaines : test de dépistage par PCR

Le test utilise pour le diagnostic précoce à 6 semaines est la PCR-ADN. Le prélèvement de sang se fait au niveau du talon du nourrisson. Il est recueilli et séché sur du papier buvard (DBS = Dry Blood Spots). Les échantillons ainsi prélevés et séchés sont emballés et acheminés vers les laboratoires de référence grâce au système de transport

en vigueur dans la localité. Le laboratoire de référence effectuent le test de la PCR-ADN et renvoient les résultats aux sites de prélèvement pour guider la prise en charge de l'enfant. Le test à la PCR lorsqu'il est positif permet d'affirmer la présence du virus du VIH dans le sang, et donc le diagnostic de l'infection à VIH.

**Entre 9 et 18 mois : Dépistage par sérologie d'abord et ensuite, confirmation de la sérologie positive par PCR.**

Les enfants nés des mères séropositives possèdent dans leur sang des anticorps du VIH transmis par leur mère au cours de la vie intra-utérine. Ces anticorps sont éliminés progressivement à partir de la naissance et c'est à l'âge de 18 mois que l'enfant les a déjà complètement éliminés. Leur persistance dans le sang de l'enfant positive le test du VIH par la sérologie en l'absence de véritable infection à VIH.

Ainsi, pour les enfants entre l'âge de 9 mois et 18 mois, et pour diminuer le cout du dépistage du VIH, on effectue d'abord une sérologie afin d'identifier ceux qui possèdent les anticorps du VIH. On effectue ensuite le test par la PCR chez ceux qui présentent une sérologie positive pour discriminer ceux qui sont effectivement infectés par le VIH chez qui le traitement doit être initié sans délai de ceux qui présentent une sérologie positive en l'absence d'infection à VIH et du seul fait de la persistance des anticorps maternels. Ceux-ci ne nécessitent pas de traitement ARV.

**Les enfants de plus de 18 mois : Diagnostic par la sérologie :**

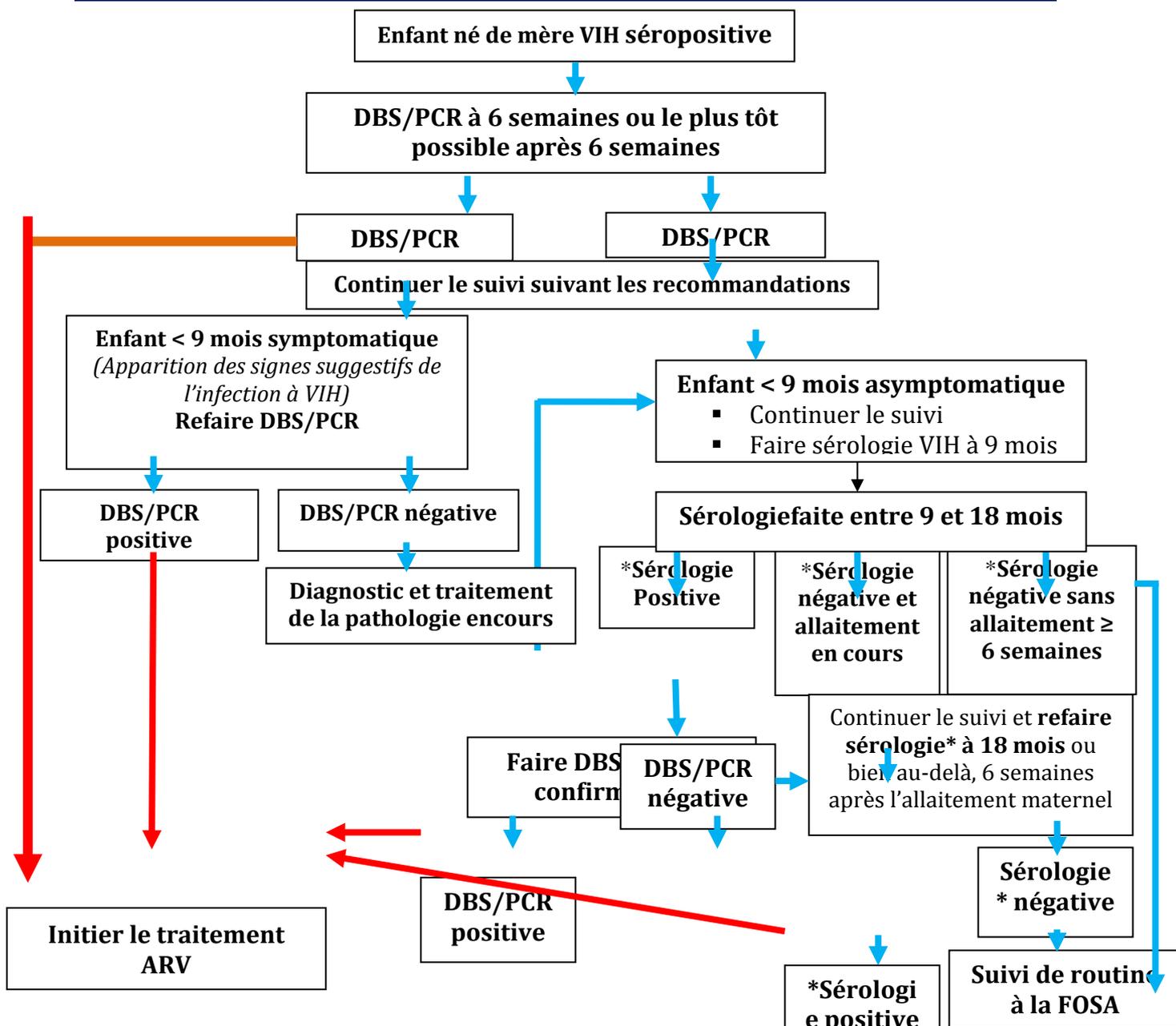
Dans cette tranche d'âge, les enfants ont déjà complètement éliminé les anticorps maternels.

Ils devraient alors avoir un test par la sérologie négatif et seuls ceux avec une infection à VIH vont présenter une sérologie positive.

Le dépistage de l'infection à VIH chez ces enfants se fait par la seule sérologie et selon le même algorithme national de dépistage qui est utilisé chez les adultes.

L'algorithme de dépistage de l'infection à VIH chez les enfants nés des mères séropositives est présenté ci-après.

## Algorithme de dépistage du VIH chez l'enfant né de mère VIH



**\* : Sérologie faite avec les tests rapides suivant l'algorithme national**

**Si une nouvelle PCR est demandée pour confirmer le résultat positif d'une première PCR, l'attente de son résultat ne doit pas retarder le démarrage du traitement ARV**

### V.5. Vaccination de l'enfant né de mère séropositive:

L'enfant né de mère séropositive doit être vacciné suivant le calendrier du programme élargi des vaccinations (PEV) tel que ci-dessous :

Ages	Contacts	Vaccins	Maladies ciblées	Voies d'administration
A la naissance	1 <sup>er</sup> contact	BCG VPO-O	Tuberculose Poliomyélite	Intradermique orale

A 6 semaines	2 <sup>ème</sup> contact	DTC1 : Hép- Hib.1 Pneumo-13.1 VPO.1	Poliomyélite Diptérie, Tétanos, Coqueluche, Hépatite virale B Pneumocoque à Hœmophilus	Intramusculaire intramusculaire Orale
A 10 semaines	3 <sup>ème</sup> contact	DTC2 : Hép-Hib.2 Pneumo-13.2 VPO.2		Intramusculaire intramusculaire Orale
A 14 semaines	4 <sup>ème</sup> contact	DTC3 : Hép-Hib.3 Pneumo-13.3 VPO-3		Intramusculaire intramusculaire Orale
A 6 mois	5 <sup>ème</sup> contact	Vitamine A (1 <sup>ère</sup> dose)		Orale
A 9 mois		VAR VAA	Rougeole Fièvre jaune	Sous cutanée Sous cutanée

Cependant, s'abstenir d'administrer les vaccins vivants (BCG, vaccin anti rougeoleux ou bien celui contre la fièvre jaune) si :

- L'enfant présente des signes de l'infection à VIH
- L'enfant présente des signes d'une rougeole sévère

Les autres vaccins (non vivants) doivent être administrés tel que recommandés pour les autres enfants du même âge.

## Initiation du TAR chez la Femme enceinte et mère allaitante VIH+

<b>Programme national de la PTME</b> <b>Régime ARV (option B+) pour la PTME</b> (Prescription du traitement ARV a vie chez les femmes enceintes (FEC) et mères allaitantes VIH+)	
<b>Antepartum</b>	<div style="border: 1px solid black; background-color: #0056b3; color: white; padding: 5px; display: inline-block; margin-bottom: 10px;">FEC séropositive</div> <div style="color: red; font-size: 2em; margin: 5px 0;">↓</div> <div style="background-color: #0056b3; color: white; padding: 10px; text-align: center;">                     Evaluer le stade clinique,                      Faire CD4 (Pas nécessaire pour initier le TAR),                      Administrer Cotrimoxazole                      Préparation a l'initiation du TAR                      Initier le TAR (TDF+3TC+EFV)  <b>Traitement alternatif :</b>                      Si intolérance a EFV, remplacer avec NVP                      Si intolérance au TDF, remplacer avec AZT                      NB : Si déjà sous TAR au moment de survenue de la grossesse, continuer le même traitement                 </div>
<b>Travail et accouchement</b>	<div style="color: red; font-size: 2em; margin-bottom: 10px;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; background-color: #0056b3; color: white; padding: 5px; display: inline-block; margin-bottom: 10px;">Continuer le</div> <div style="color: red; font-size: 2em; margin: 5px 0;">↓</div> <div style="background-color: #0056b3; color: white; padding: 10px; text-align: center;"> <b>En salle de travail:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vérifier le statut de la femme en sale de travail</li> <li>- Tester toute femme avec statu VIH inconnu</li> <li>- Initier le TAR chez toute femme VIH+ en salle de travail</li> </ul> </div>
<b>Postpartum</b>	<div style="background-color: #0056b3; color: white; padding: 10px; text-align: center;">                     Allaitement maternel ou alimentation de substitution                      La mère : Continuer TAR et Cotrimoxazole                      Enfant exposé :                      NVP des la naissance jusqu'à l'âge de 6 semaines                      Débuter Cotrimoxazole à l'âge 6 semaines, faire PCR à 6 semaines et test du VIH 6 semaines suivant l'arrêt de l'allaitement                 </div>

<b>Dosage NVP de la naissance à 6 semaines (10mg/ml)</b>	2 à 2,5 kg	1 ml une fois par jour
	>2,5 kg	1,5 ml une fois par jour

## INFECTION A VIH ET PLANNING FAMILIAL

L'ajout du PF aux services de PTME du VIH peut empêcher 55 000 décès infantiles supplémentaires, et prévenir plus de 150 000 grossesses non souhaitées dans les pays où la prévalence du VIH est élevée.

Dans les sites de conseil et dépistage (CD), les femmes et hommes actifs sexuellement ont des rapports sexuels. Un grand nombre d'entre eux ont des besoins non satisfaits en contraception, qu'ils soient séropositifs pour le VIH ou non. Des conseils en PF doivent toujours être prodigués et autant que possible, les contraceptifs doivent aussi être fournis sur place.

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

La prévention de grossesses non désirées chez les femmes séropositives peut notablement réduire la TME du VIH et toutes les méthodes de contraception peuvent constituer des choix appropriés pour ces femmes.

### Avantages de l'intégration PF et PTME

- Un accès amélioré aux services clés de SSR et de VIH et une augmentation de l'utilisation de ces services adaptés à leurs besoins
- La réduction de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH
- Une meilleure couverture des populations clés vulnérables
- Un soutien accru à la double protection
- Réduction de la mortalité infantile
- L'amélioration de la qualité des soins
- Une diminution du chevauchement des efforts et de la concurrence concernant les ressources
- Une meilleure compréhension et protection des droits des personnes
- Le renforcement de l'efficacité et de l'efficience des programmes

## INTERACTIONS CONTRACEPTIFS DANS DIVERSES SITUATIONS CLINIQUES

Options contraceptives	INNRT		INRT	Lopi/R	Anti-convulsivants	Anti-fongiques systémiques	Chlamydiae et Gonorrhée non traitée	Sida clinique et mauvaise réponse au TAR
	NVP	EFV	AZT, D4T, 3TC, ABC, TDF					
Préservatifs masculins et féminins	*	*	*	*	*	*	*	*
COC	**	**	*	***	***	*	*	*
Progestatifs	**	**	*	***	***	*	*	*
Implants	**	**	*	**	**	*	*	*
Injectables	*	*	*	**	**	*	*	*

<b>DIU</b>	*	*	*	*	*	*	***	***
<b>Ligatures des trompes</b>	*	*	*	*	*	*	*	**
<b>Vasectomie</b>	*	***	*	*	***	***	***	***

\* : 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 à une éventuelle diminution de l'effet contraceptif)

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

#### **RETENTION ET SOUTIEN A L'ADHERENCE AU SEIN DU PROGRAMME DE PTME:**

La rétention des clients au sein du programme et le soutien à l'adhérence sont d'une très grande importance pour l'atteinte des résultats du programme.

Il faut donc organiser au sein de chaque formation sanitaire un système qui permette de s'assurer que tous les clients reviennent régulièrement pour leurs visites de suivi et pour apporter l'aide nécessaire à une bonne observance du traitement.

#### ***VII.1. Comment organiser le système de suivi de la rétention des clients au sein de la formation sanitaire:***

- S'assurer que le personnel met en œuvre un calendrier clair et précis pour le de suivi des clients,
- Mettre en place un registre des rendez-vous qui comporte l'identification des clients et toutes les informations nécessaires pour leur traçage lorsque nécessaire,
- Constituer une équipe d'agents de santé communautaire dont les membres sont organisés par zone de couverture autour de la formation sanitaire,
- Former les agents communautaires aux responsabilités qui sont les leurs dans le système de soins au sein de la formation sanitaire et dans la communauté,
- Etablir pour chaque jour de suivi la liste des clients attendus,

A la fin de chaque journée de visite de suivi, le prestataire doit identifier les clients qui ont manqué leur rendez-vous et en établir la liste, cette liste doit être remise à l'agent de santé communautaire responsable pour la recherche des perdus de vue, qui sera faite par l'agent de santé communautaire soit par téléphone ou bien par visite à domicile. L'agent de santé communautaire fera usage du téléphone ou de la visite à domicile uniquement pour renouer le contact et négocier un nouveau rendez-vous dans la formation sanitaire et il informera l'équipe des soins de la formation sanitaire de la nouvelle date de rendez-vous.

L'agent de santé communautaire se rendra également disponible pour accueillir le client dans la formation sanitaire au jour convenu et se chargera de l'accompagner pour sa rencontre avec les membres de l'équipe de soins.

A la fin de cette visite, l'agent de santé communautaire raccompagnera tout en lui exprimant sa disponibilité à apporter le soutien autant que possible.

## **VII.2. Comment organiser le système d'aide à l'observance du traitement au sein d'une formation sanitaire**

- Instituer au niveau de la pharmacie le décompte systématique des médicaments restants à chaque visite de suivi,
- Veiller à l'introduction du rappel des doses manquées de traitement et de l'aide à l'observance du traitement dans le counseling systématique au cours des visites de suivi,
- Organiser les clients en groupes de soutien et les aider à établir le calendrier de leur rencontre,
- Leur apporter le soutien nécessaire à l'organisation et la facilitation des activités du groupe de soutien,
- Veiller à la diversification de ces activités pour y inclure les sujets relatifs à l'infection à VIH et à son traitement ainsi que tout autre sujet d'intérêt pour les membres,
- Encourager chaque membre à s'exprimer librement lors des réunions des groupes de soutien,
- Encourager le partage d'expérience par les membres du groupe et l'organisation des activités récréatives et ludiques pour leurs enfants.

## **ORGANISATION DES SERVICES ET REFERENCE AU SEIN D'UNE FORMATION SANITAIRE**

L'objectif est d'assurer l'harmonie au sein de la cascade des activités de la PTME.

### **VIII.1. Organisation des services**

Organiser le système de délivrance des services au sein de la formation sanitaire autant que possible en « One Stop Shopping » pour s'assurer que chaque client reçoit en une seule visite toutes les prestations dont il a besoin.

Là où les services sont offerts aux clients avec l'implication de plusieurs unités distinctes, il faut organiser un circuit du patient clair et fonctionnel, et le long de ce circuit, disposer les membres de l'équipe multidisciplinaire avec chacun des responsabilités bien déterminées de façon à ce qu'ils concourent tous et de manière coordonnée à la délivrance du paquet complet des prestations à chaque client.

Dans le cadre de la délégation des tâches et de la décentralisation pour la mise en œuvre de l'option B+, il est recommandé que :

- Le personnel habilité des services de PTME/SMNI initie le traitement ARV de première ligne (TDF+3TC+EFV) pour toute femme enceinte et mère allaitante VIH et assurent le bon suivi clinique et biologique de ces clients.
- S'il survient des effets secondaires ou bien si une inefficacité du traitement est suspectée ou affirmée, le prestataire devra procéder à une évaluation de l'observance du traitement et apporter le soutien nécessaire. Si aucun problème d'observance du traitement n'est identifié, le prestataire devra référer la cliente au centre de traitement ARV (UPEC ou CTA) le plus proche pour conseil et prise en charge appropriée.

### **VIII.2. Le système de référence et de contre-référence**

Mettre en place Le système de référence et de contre-référence entre les unités impliquées dans la délivrance des soins aux clients.

La référence peut être physique (le client est physiquement accompagné d'une unité à une autre).

Elle peut se faire en utilisant une fiche de référence dûment remplie dans le service référent et remis au client qui le présentera au prestataire à son arrivée dans l'unité de destination.

### ***VIII.3. Mise en place d'un système de suivi de la rétention des clients et d'aide à l'observance du traitement***

Instituer le registre des rendez-vous avec une liste des clients attendus pour chaque journée de consultation

A la fin de chaque journée de consultation, procéder à l'identification des cas de rendez-vous manqués et en faire la liste à des fins de retraçage de ces clients

Charger les agents de santé communautaire de la recherche des cas de rendez-vous manqués et des perdus de vue dont la liste leur sera remise à la fin de chaque journée de consultation.

Former ces agents de santé communautaire à l'usage des outils mis à leur disposition et au système de retraçage des clients pour améliorer la rétention des patients au sein du système des soins.

Mettre à la disposition des agents de santé communautaires des moyens de communication (téléphone, SMS, etc.) et la logistique nécessaire pour retracer les rendez-vous manqués et les perdus de vue.

Mettre en place un système de pair-éducation avec des pairs éducateurs identifiés et bien formés qui vont apporter à leurs pairs par leur vécu et expérience personnelle le soutien psychosocial et à l'observance du traitement.

Organiser la mise en place et le fonctionnement des groupes de soutien au sein de la formation sanitaire et établir leur calendrier de leurs rencontres. Les thèmes de discussion au cours de ces rencontres doivent tenir compte des intérêts de ses membres et des objectifs de traitement fixés.

Documenter systématiquement la référence et de la contre-référence dans les outils appropriés des unités référent et de destination.

Documenter également toutes les activités des groupes de soutien.

### **LIENS ENTRE LA FORMATION SANITAIRE ET LA COMMUNAUTE:**

Faire l'inventaire des organismes et associations existants dans la communauté et établir le contact avec celles qui présentent un intérêt pour le bon suivi des clients de la PTME.

Former les membres de ces organismes et associations à la mise en œuvre des activités d'information, de sensibilisation et de mobilisation communautaire en faveur de la PTME afin d'inciter les populations à la demande des services disponibles dans les formations sanitaires pour eux même et les membres de leur famille.

Encourager les clients de la PTME à adhérer à ces associations ou à collaborer avec les organismes susceptibles de les accompagner dans leur suivi au sein de la formation sanitaire et dans la communauté

## **GESTION DES INTRANTS DE LA PTME**

La disponibilité et la bonne gestion des intrants du programme PTME sont d'une très grande importance pour la continuité et la qualité des services offerts aux clients. Les formations sanitaires doivent donc contribuer à la bonne gestion de tous intrants y afférents, elles seront parties prenantes depuis la quantification en passant par la réquisition jusqu'à la distribution des intrants au sein du programme. Pour ce faire :

### ***X.1. Quantification, réquisition, approvisionnement et distribution***

Chaque formation sanitaire doit régulièrement collecter, analyser et transmettre les données du programme suivant les recommandations nationales. Ces données aident à la quantification et à la prévision des intrants dont les approvisionnements et la distribution se feront selon des procédures recommandées.

Les formations sanitaires vont donc créer un système logistique suffisamment solide à travers un mécanisme d'inventaire approprié et à jour ; ce qui va réduire les surplus de stock et la péremption avant utilisation et le sous-stockage ou les ruptures entraînant une interruption de services.

Les réquisitions des intrants doivent se faire de façon appropriée et tenir compte de stock de sécurité et de celui à utiliser pendant le délai de route.

### ***X.2. Stockage et gestion des stocks***

La gestion des stocks des intrants doit se faire au moyen des outils appropriés par un prestataire formé à cette tâche. Les formations sanitaires doivent donc disposer des outils clés de la gestion de stocks (bon de commande, cahiers de contrôle de stock, bon de commande, /réception, fiches de livraison de stock, registre de livraison de stock...) elles doivent avoir des conditions de stockage des intrants appropriées.

Les intrants seront stockés à l'abri des intempéries et des bêtes nuisibles, la date de péremptions doit être sans cesse vérifiée et la sortie des intrants doit se faire sur la base de FIFO ou bien « First in, First out ».

### ***X.3. Système de régulation des intrants :***

Les réunions de coordination des Districts de Santé doivent inclure la gestion des intrants dans leur ordre du jour. La présentation de la situation des intrants de chaque formation sanitaire permettra de redistribuer les excédents des certaines formations sanitaires aux autres déficitaires en tel ou tel autre intrant. Ces réunions de coordination serviront aussi de plateforme pour le recyclage des prestataires sur certains sujets importants de santé publique. Ce système de régulation doit également impliquer le CAPR pour assurer un approvisionnement adéquat des services de santé des districts.

## **LE SUIVI EVALUATION DU PROGRAMME INTEGRE PTME/SMNI**

Le suivi régulier est une activité essentielle du programme qui permet d'apprécier l'évolution de ses résultats au moyen des indicateurs prédéfinis et leur évolution dans le temps. L'analyse de ces résultats oriente les décisions à prendre pour en améliorer la qualité de la mise en œuvre et les résultats du programme.

### XI.1. Les outils de suivi évaluation :

Les outils de documentation (dossier des patients, registres, bases électroniques des données) et de collecte (fiche mensuelle de collecte des données des FOSA) du programme intégré PTME/SMNI ont été développés ou bien sont en cours de développement.

Le personnel des formations sanitaires doivent être formé à l'usage approprié de ces outils pour garantir la bonne qualité de la documentation des activités du programme.

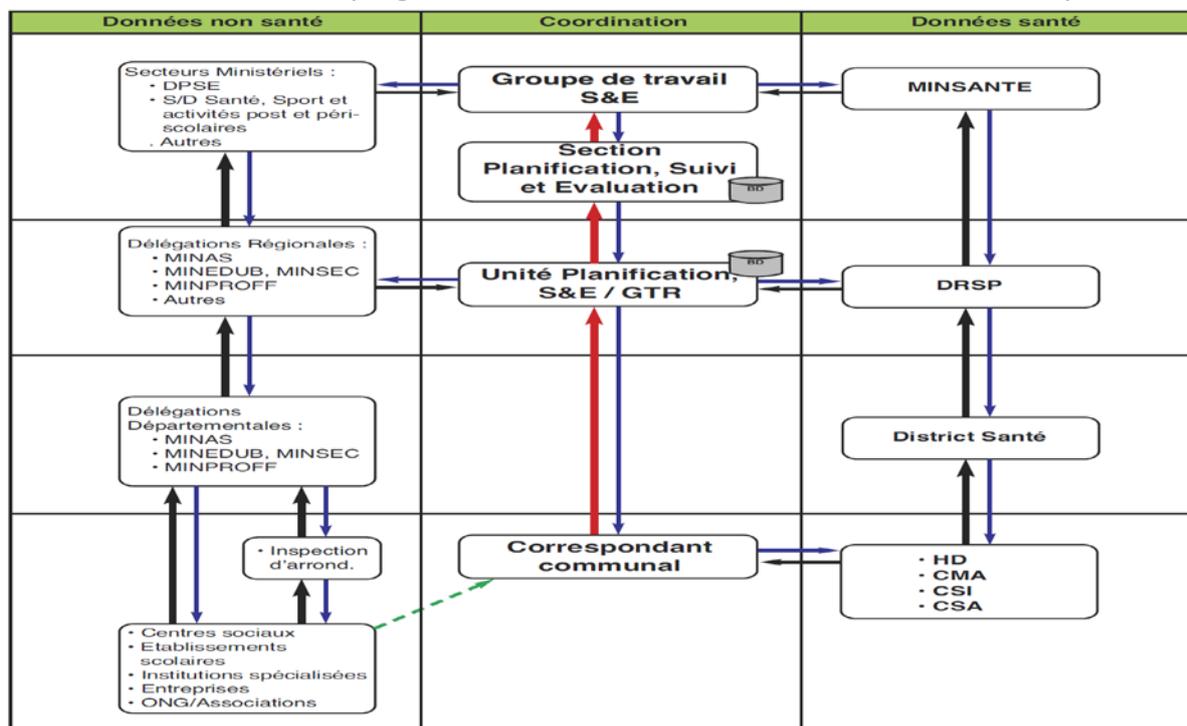
### XI.2. Les indicateurs :

Une liste des indicateurs du programme intégré PTME/SMNI a été développée et se trouve en annexe de ce document

Le personnel des formations sanitaires doit procéder à la compilation et à l'analyse de toutes les données du programme y compris celles des femmes enceintes initiées au TAR dans le service de SMNI (PTME) pour s'assurer de la complétude de ces données et apprécier la qualité de la mise en œuvre du programme dans leur site. La mise en œuvre d'un registre standardisé de laboratoire permettra d'apprécier la qualité de la pratique du dépistage du VIH dans le site. Le rapportage mensuel de toutes les données du programme doit se faire mensuellement à l'instance qui convient suivant le circuit de remontée des données ci-dessous.

### XI.3. Le circuit de remontée des données de la PTME

La remontée des données du programme de PTME doit se faire suivant le circuit ci-après :



Le circuit de rapportage en place au Cameroun demande que chaque site de PTME envoie mensuellement (au plus tard le 05 du mois) les données du programme au service de santé du district de rattachement, que le service de santé de district fasse la synthèse des données reçues de tous les sites et les envoie au service de la délégation régionale (au plus tard le 10 du mois) avec copie au GTR/CNLS. La délégation régionale doit à son tour faire parvenir à la DSF une synthèse régionale mensuelle (au plus tard le 15 du mois) avec copie au GTC/CNLS.

#### ***XI.4. Analyse et utilisation des données du programme***

Les données du programme PTME ainsi collectées et compilées doivent être analysées dans le site où elles sont produites et ensuite à chaque niveau de la pyramide sanitaire pour apprécier la qualité de la mise en œuvre et les résultats du programme.

Un feedback d'appréciation de la qualité des données et des résultats du programme doit être envoyé par le service de santé du district à chaque site qui a fait parvenir ses données, par la délégation régionale à chaque district et par la DSF à chacune des délégations régionales de la santé.

Les conclusions de cette analyse doivent guider les orientations à donner à la mise en œuvre du programme de PTME pour en améliorer la qualité et les résultats à tous les niveaux.

#### **CONCLUSION**

La PTME est un ensemble d'interventions pour minimiser le risque de transmission et d'évolution de la maladie chez la mère et l'enfant.

Sa réussite passe par un dépistage systématique du VIH en pré conception, au cours de la grossesse et de la période du post-partum pour s'assurer que tous les cas de séropositivité sont identifiés et pris en charge.

Elle passe aussi par une utilisation rationnelle des ressources disponibles pour la prise en charge adéquate et continue de tous ceux qui sont dans le besoin.

Une bonne éducation des populations et une bonne communication entre les soignants, les clients et toute la communauté sont d'une importance capitale dans cette entreprise.

Le Cameroun s'est engagé à l'objectif de l'élimination de la transmission mère enfant du VIH d'ici 2015 répondant ainsi à l'appel de la communauté internationale. La participation de tous et à tous les niveaux est donc fortement recommandée pour contribuer à l'effort national nécessaire vers l'atteinte de cet objectif.

**ANNEXES :****Liste des indicateurs à collecter mensuellement du programme intégré PTME/SMNI**

	<b>I-CONSULTATIONS PRENATALES(CPN)</b>	<b>Valeurs</b>
1	Nombre de femmes enceintes reçues en première CPN au cours du mois	
2	Nombre de femmes enceintes conseillées pour le VIH au cours du mois	
3	Nombre de femmes enceintes ayant effectué leur premier test VIH au cours cette grossesse au cours du mois.	
4	Nombre de femmes enceintes ayant retiré leur résultat du test de dépistage VIH au cours du mois	
5	Nombre de femmes enceintes en première CPN qui ont été testées VIH+ au cours du mois	
6	Nombre de femmes enceintes déjà connues VIH+ au moment de leur visite de première CPN	
7	Nombre total de femmes enceintes ayant reçu au moins 2 doses de TPI au cours de leurs grossesses	
8	Nombre de femmes enceintes qui ont reçu le MILDA au cours du mois	
9	Nombre de femmes enceintes ayant effectué la CPN4 au cours de leurs grossesses	
10	Nombre de femmes enceintes ayant reçu au moins la 2 <sup>ème</sup> dose du VAT au cours de leur grossesse	
11	Nombre de femmes enceintes testées VIH négatives en CPN1 qui ont été testées à nouveau à la troisième ou quatrième CPN au cours du mois	
12	Nombre de femmes enceintes testées négatives en CPN1 qui ont été testées à nouveau et diagnostiquées VIH+ à la troisième ou quatrième CPN au cours du mois	
13	Nombre de partenaires masculins des femmes enceintes reçues au cours du mois qui ont été testés pour le VIH	
14	Nombre de partenaires masculins des femmes enceintes reçues au cours du mois qui ont été testés VIH+	
15	Nombre de femme enceinte VHI+ ayant reçu la prophylaxie au cotrimoxazole au cours du mois	
16	Nombres de femmes enceintes VIH+ qui ont initié le traitement ARV sur site au cours du mois	
17	Nombre de femmes enceintes VIH+ déjà sous traitement ARV a leur arrivée pour la première CPN au cours du mois	
18	Nombres de femmes enceintes VIH+ référées dans un autre site pour initiation du traitement ARV au cours du mois	
19	Nombre de femmes enceintes VIH+ qui sont revenue prendre leur médicaments au cours du mois	
20	Nombre de femmes enceintes qui ont oublié de prendre leur traitement au moins trois fois au cours du mois	
	<b>II-SALLE DE TRAVAIL ET D'ACCOUCHEMENT</b>	

21	Nombre total de femmes enceintes suivies en CPN, qui ont accouchées dans la FOSA au cours du mois	
22	Nombre de femmes enceintes de statut VIH inconnu testées pour le VIH en salle d'accouchement au cours du mois	
23	Nombre de femmes enceintes testées VIH+ en salle d'accouchement au cours du mois	
24	Nombre de femmes enceintes testées VIH+ en salle d'accouchement qui ont initié le traitement ARV au cours du mois	
25	Nombre total d'accouchements effectués dans la formation sanitaire au cours du mois	
26	Nombre d'accouchements des femmes enceintes VIH+ dans la formation sanitaire au cours du mois	
27	Nombre total d'accouchements de femmes VIH+ enregistrés (accouchements dans la FOSA et en dehors) au cours du mois	
28	Nombre d'enfants nés des mères VIH+ qui ont débuté la Névirapine prophylactique en post-partum au cours du mois	
29	Nombre d'accouchements suivis de complications (hémorragie, éclampsie, etc.) au cours du mois	
30	Nombre de décès maternels enregistrés dans la FOSA au cours du mois	
31	Nombre d'accouchements d'enfants mort-nés au cours du mois	
	<b>III-SUIVI POSTNATAL MERE-ENFANT (CPON MERE-ENFANT)</b>	
32	Nombre de femmes VIH+ qui ont accouché hors de la FOSA et sont venues avec leurs bébés dans les 72h suivant l'accouchement au cours du mois	
33	Nombre de femmes ayant reçu une dose de vitamine A en post-partum au cours du mois	
34	Nombre de femmes qui ont été conseillées pour le planning familial en post-partum au cours du mois	
35	Nombre de femmes VIH+ qui ont débuté une méthode de planning familial en post-partum	
36	Nombre d'enfants nés de mères VIH+ qui sont revenus pour la consultation de suivi de 6 semaines	
37	Nombre d'enfants nés de mères VIH+ qui ont débuté le Cotrimoxazole à 6 semaines du post partum au cours du mois	
38	Nombre d'enfants nés de mères VIH+ qui ont fait le DBS/PCR à 6-8 semaines au cours du mois	
39	Nombre d'enfants nés de mères VIH+ qui ont été diagnostiqués VIH+ par PCR à 6 – 8 semaines au cours du mois	
40	Nombre d'enfants qui sont toujours sous allaitement maternel exclusif à 6 mois de vie	
41	Nombre total d'enfants nés de mères VIH+ vus à la visite de 12 mois au cours du mois	
42	Nombre d'enfants nés de mères VIH+ à la visite de 12 mois qui sont à jour pour leurs vaccinations	
43	Nombre d'enfants nés de mères VIH+, testés positifs par la sérologie entre 9 et 18 mois et dont la positivité a été confirmée par une PCR au cours du	

	mois	
44	Nombre total d'enfants nés de mères VIH+ testés VIH+ par PCR ou par sérologie qui ont été enrôlés à la prise en charge et traitement ARV au cours du mois	

**SECTION 2 : PRISE EN CHARGE  
DE L'ENFANT INFECTE PAR LE  
VIH**

## **PLAN**

- **DEPISTAGE ET CONSEILS**
  - Les portes d'entrée
  - Les différents tests par rapport à l'âge
  
- **Suivi de l'enfant expose au VIH**
  - Prophylaxie ARV
  - Prophylaxie de Cotrimoxazole
  - Diagnostic précoce
  - Calendrier de suivi (Tableau P. 4)
  
- **Alimentation du l'enfant en contexte de VIH**
  - Les différentes options d'alimentation
  - Risque d'alimentation mixte
  - Recommandations nationales
  - Conseils en alimentation
  - Alimentation de substitution
  - Les facteurs de réussite de l'allaitement maternel (Cf. P.2)
  - Prévention et prise en charge des problèmes liés à l'allaitement maternel
  - Allaitement après l'Age de 6 mois
  
- **Diagnostic et Prise en charge**
  
- **Suivi de l'enfant dépisté VIH positif**
  - Evaluation clinique
  - Evaluation para-clinique
  - Traitement
  - Suivi de l'enfant sous traitement
  - Diagnostic et prise en charge de l'échec thérapeutique chez l'enfant
  
- **Prévention, Diagnostic et Prise en charge de co-infection et de co-morbidité**
  - **Tuberculose**
  - **La Pneumocystose**
  - **L'Hépatite...**
  - **Toxoplasmose**

## **DIRECTIVES POUR LE DEPISTAGE DU VIH CHEZ L'ENFANT ET CONSEIL INITIE PAR LE PRESTATAIRE**

1. Le parent/tuteur légal de tout enfant en contact avec le système de santé doit recevoir une proposition de test de dépistage du VIH à toutes les portes d'entrée des soins si le statut de l'enfant est inconnu.
2. Tout parent/tuteur légal de l'enfant hospitalisés doit recevoir une proposition de test de dépistage du VIH adaptée à son âge si son statut est inconnu.
3. Tout parent/ tuteur d'enfant malnutri doit recevoir une proposition de test pour le dépistage du VIH de l'enfant
4. L'accord du parent ou du tuteur légal est indispensable pour le dépistage de l'enfant en communauté.
5. Pour le dépistage du VIH des enfants dans la communauté, le prestataire doit recevoir l'accord du responsable du District de Sante et/ou de la délégation Régionale de la Sante.

## **DIRECTIVES POUR LE SUIVI DE L'ENFANT EXPOSE AU VIH PROPHYLAXIE ARV**

- Prophylaxie de Cotrimoxazole
- Diagnostic précoce
- Calendrier de suivi

1. Tout enfant né de mère séropositive doit être enregistré et bénéficié d'une consultation de suivi programmé selon le calendrier de vaccination.
2. Tout nouveau-né et enfant exposé au VIH doit débiter la prophylaxie au Cotrimoxazole à partir de 6 semaines après la naissance et la poursuivre jusqu'à la cessation du risque de contamination et de l'exclusion de l'infection à VIH
3. Tout nouveau-né de mère séropositive au VIH doit bénéficier d'une prophylaxie par la NVP:
  - Pendant 6 semaines si la mère est sous trithérapie antirétrovirale
  - Pendant toute la durée de l'allaitement maternel si la mère est sous prophylaxie antirétrovirale
  - \_ Pendant 12 semaines si la mère n'a pas pris de traitement et si l'enfant est sous allaitement artificiel
4. Le traitement préventif à INH à la dose de 10 mg/kg/jour pendant six mois doit être proposé avec un suivi régulier à :
  - Tout enfant de moins de cinq ans (quel que soit son statut par rapport au VIH) qui a été en contact avec un cas de tuberculose ;
  - Tout enfant infecté par le VIH, âgé de moins 12 mois, qui a été en contact avec un cas de tuberculose ;
  - Tout enfant infecté par le VIH, âgé de moins 12 mois, même en l'absence de contact de cas de tuberculose.
5. 1. Tout enfant exposé au VIH et asymptomatique, doit recevoir tous les vaccins du PEV conformément au calendrier en vigueur.
- 5.2. Tout enfant exposé au VIH et asymptomatique doit recevoir le vaccin anti rougeoleux (VAR) à six mois de vie et une deuxième dose de VAR à neuf mois.
- 5.3 Tout enfant infecté par le VIH ou symptomatique, ne doit recevoir le BCG, l'anti amarile et l'anti rougeoleux qu'en cas d'immunocompétence de l'enfant (CD4>25% ou au stade I/II)

## **DIRECTIVES SUR L'ALIMENTATION DE L'ENFANT**

6.1 - Les nourrissons doivent recevoir un allaitement maternel exclusif à la demande pendant les 6 premiers mois de vie, puis des aliments de complément tout en poursuivant l'allaitement maternel durant les deux premières années ou plus.

6.2 - En cas d'exposition de l'enfant au VIH, la mère doit faire le choix entre l'alimentation de substitution lorsqu'elle est acceptable, praticable, abordable, durable et sûre et l'allaitement maternel exclusif protégé par les ARV recommandé pendant les premiers mois de vie selon option A ou B+.

**NB** : Quelque soit son choix, la mère devra être soutenue.

6.3 Tout enfant en état de malnutrition aigue sévère et infecté par le VIH doit d'abord bénéficier d'une prise en charge nutritionnelle pendant au moins une semaine puis d'une réévaluation de l'état nutritionnel de l'enfant avant d'être initié aux ARV selon le schéma thérapeutique recommandé pour l'âge.

## **DIRECTIVES SUR LE DIAGNOSTIC DE L'ENFANT**

7.1 Tout nourrisson né de mère séropositive, âgé de moins de 18 mois, doit bénéficier d'un test de dépistage précoce (PCR)

7.2 Tout nourrisson âgé de moins de 18 mois, symptomatique, doit bénéficier en premier d'une sérologie à VIH. Si la sérologie est positive, il faut confirmer le résultat par la PCR. En cas de PCR positive, l'enfant est déclaré positif au VIH

7.3 Tout nourrisson ou enfant âgé de plus de 18 mois, symptomatique ou de statut inconnu doit bénéficier du test sérologique du VIH.

7.4 En absence des signes cliniques ou pathologies suggestifs, toujours rechercher une infection à VIH.

7.5 Le diagnostic présomptif du nourrisson âgé de moins de 18 mois testé positif par la sérologie en l'absence de la disponibilité de la PCR doit être fait chez tout enfant symptomatique et présentant :

- au moins deux des critères suivants : Candidose orale, Pneumonie sévère, Infection sévère L'enfant est
- Ou le diagnostic d'une maladie classant SIDA (pneumonie à Pneumocystis, méningite à Cryptocoque, malnutrition aiguë sévère, sarcome de Kaposi ou tuberculose extra-pulmonaire)
- ou le décès récent de la mère lié au VIH ou infection à VIH à un stade avancé chez la mère et/ou CD4 du nourrisson < 20 %

Devant une telle situation, le diagnostic de l'infection à VIH doit être confirmé le plus tôt possible.

## **DIRECTIVES SUR LA PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT**

8.1 Tout enfant dépisté et / ou confirmé séropositif au VIH doit bénéficier d'une anamnèse d'un examen clinique complet pour déterminer le stade clinique de l'infection à VIH selon la classification de l'OMS, rechercher la présence d'affections associées et l'existence des traitements en cours.

8.2 Tout enfant de moins de 60 mois, infecté par le VIH doit être mis sous traitement antirétroviral quel que soit le nombre de CD4 ou le stade clinique de l'OMS.

8.3 Tout nourrisson de moins de 18 mois qui a un diagnostic présomptif d'infection par le VIH.

8.4 Recommandations pour le démarrage des ARV chez les nourrissons ou les enfants selon le stade clinique et la disponibilité des marqueurs immunologiques CD4, OMS 2013

AGE	STADE CLINIQUE	STATUT IMMUNOLOGIQUE
< 60 mois	Traiter tous les enfants quelque soit le stade clinique ou immunologique	
> 60 mois	Traiter tous les enfants présentant un stade clinique III ou IV	Traiter tous les enfants présentant des CD4 < 500 cellules / mm <sup>3</sup> La mise sous traitement est prioritaire Si CD4 < 350 cellules/mm <sup>3</sup>

8.5 Tout enfant infecté par le VIH, doit bénéficier d'un bilan initial **gratuit** pour la mise sous traitement antirétroviral composé de CD4, NFS + plaquettes, transaminases, radiographie pulmonaire (pour éliminer une tuberculose)

8.6 Pour chaque enfant infecté par le VIH éligible au TARV, il faut procéder à une enquête sociale avec une évaluation du score d'indigence ; constituer un dossier pour le comité thérapeutique, et évaluer l'adhésion de la famille/tuteur au plan du traitement antirétroviral en vue de l'initiation du traitement.

8.7 Pour chaque enfant infecté par le VIH éligible au TARV, il faut évaluer la capacité familiale à administrer le TARV et identifier le substitut parental qui sera responsable de l'administration des médicaments avant l'initiation du traitement ARV

8.8 Faire une évaluation clinique de référence (pré-thérapeutique) après la confirmation de la séropositivité de l'Enfant, qui prend en compte: les paramètres anthropométriques (Poids, taille, périmètre crânien et brachial; les stades cliniques de l'infection à VIH; le développement psychomoteurs de l'enfant ; le dépistage du paludisme, de la tuberculose et de l'exposition à la tuberculose ; la recherche de pathologies concomitantes (la tuberculose , hépatite B, d'autres maladies opportunistes, une grossesse chez l'adolescente) ; les antécédents sur les médicaments concomitants, y compris le Cotrimoxazole et les traitements traditionnels à base de plantes ; l'évaluation de l'état nutritionnel, y compris de l'apport nutritionnel

8.9 Pour tout enfant ayant des critères d'éligibilité le TAR, l'évaluation du niveau de préparation de l'enfant et de la personne responsable de l'administration de son traitement doit être faite avant toute mise sous TARV.

8.10 Schémas thérapeutiques d'ARV de première intention pour le nourrisson et l'enfant 2013

	<b>1<sup>ère</sup> LIGNE</b>	<b>1<sup>ères</sup> LIGNES ALTERNATIVES*</b>
Enfants < 3 ans	ABC + 3TC + LPV/r AZT + 3TC + LPV/r	ABC + 3TC + NVP AZT + 3TC + NVP
Enfants de 3 à 10 ans et adolescents < 35kg	ABC + 3TC + EFV	ABC + 3TC + NVP AZT + 3TC + EFV ou NVP
Adolescents (10 – 19 ans) ≥ 35 kg	TDF + 3TC (ou FTC) + EFV	ABC + 3TC + EFV (ou NVP) AZT + 3TC + EFV (ou NVP) TDF + 3TC (ou FTC) + NVP

\* Les lignes alternatives doivent être utilisées en cas d'indisponibilité de la première ligne préférentielle

8.11 Recommandations pour le traitement ARV de 1<sup>ère</sup> ligneselon le poids et les antécédents

Enfant selon âge/poids	Enfant exposé ARV ou non exposé aux ARV	Enfant sous anti TBC
Enfant <3 ans	(AZT ou ABC)+3TC+LPV/r ou (AZT ou ABC)+3TC+NVP	AZT+ 3TC+ABC
Enfant >3ans Et ayant plus de 10kg	ABC +3TC+ (EFV ou NVP) ou AZT+3TC+ (EFV ou NVP)	AZT+ 3TC+EFV
Enfant avec poids >45kg	AZT+3TC+ (NVP ou EFV) ou TDF+3TC+ (NVP ou EFV)	

8.11 Pour les enfants scolarisés, éduquer les responsables des institutions scolaires (Primaires et Secondaires) /Enseignants/Internats/foyers/infirmiers scolaires) à l'encadrement des enfants infectés au VIH

8.12 Le rythme du suivi clinique d'un enfant infecté par le VIH sous traitement antirétroviral est mensuel pendant les 6 premiers mois puis trimestriel (tous les 3 mois). **En cas de régime à base de NVP, évaluation à J14 de l'état clinique, des constantes physiques, de la compréhension du traitement, de l'adhésion au traitement, de l'observance et d'éventuels effets secondaires (en l'absence de problème, passer à pleine dose de NVP).**

- Bilans paracliniques : NFS + plaquettes, transaminases, Créatininémie, radiographie pulmonaire
- M1 : évaluation de tous les éléments précédents en recherchant une amélioration de l'état général.
- M6 : bilan m1 et CD4, Glycosurie (IP), Lipasémie (DDI), Charge virale (si possible)
- M12 : bilan m1 et CD4, Glycosurie (IP), Lipasémie (DDI), Charge virale

Enfant ne bénéficiant pas du traitement antirétroviral :

Suivi 1 fois / trimestre en dehors de tout épisode pathologique : CD4 (2 fois par an)

8.13 L'évaluation clinique du traitement est basée sur la recherche des signes majeurs en réponse au traitement ARV :

- Reprise de la scolarité ou diminution du nombre d'absence
- Participation au jeu et aux activités de la communauté
- Prise de poids (croissance de rattrapage si malnutrition avant début des ARV)
- Fréquence réduite des infections bactériennes, et/ou autres infections opportunistes
- Bonne compréhension du schéma thérapeutique, bonne adhésion et bonne observance au traitement

8.14 L'échec thérapeutique peut être clinique, immunologique et virologique.

- **Tout enfant sous TAR est considéré en échec clinique** en cas d'apparition ou réapparition d'événements définissant un stade 3 ou 4 de l'OMS, après au moins 24 semaines sous TAR, alors que l'observance du traitement est bonne

- **Tout enfant sous TAR est considéré en échec immunologique** lorsqu'il reste à un seuil immunologique bas pour son âge après au moins 24 semaines sous TAR, alors qu'il observe bien son traitement,

Seuil : - CD4 < 200 cellules/mm<sup>3</sup> ou pourcentage de CD4 < 10 % chez un enfant âgé de 2 ans à moins de 5 ans.

- CD4 < 100 cellules/mm<sup>3</sup> chez un enfant âgé de 5 ans ou plus.

- **Tout enfant sous TAR est considéré en échec virologique** si sa charge virale persiste au-dessus de 1000 copies d'ARN/ml, après au moins 24 semaines sous TAR, chez un enfant observant parfaitement son traitement.

A confirmer après renforcement de l'observance et au moins 2 tests de charge virale

8.15 Préalables pour le passage à la 2<sup>ème</sup> ligne de traitement

Passage non précipité à la deuxième ligne

S'assurer d'une bonne adhérence

Reprendre l'éducation thérapeutique

Tenter le traitement sous surveillance directe (DOT)

Contrôler à 1 mois et 3 mois si persistance de l'échec, passer en 2<sup>ème</sup> ligne après test de résistance (si possible)

8.16 Schémas thérapeutiques de deuxième intention pour le nourrisson et l'enfant

Situation	Schéma de première intention privilégié	Schéma de deuxième intention privilégié
<b>NOURRISSONS OU ENFANTS DE MOINS DE 3 ANS</b>		
Quelque soit l'exposition aux ARV	(AZT ou ABC) +3TC + NVP	(ABC ou AZT)+ 3TC +LPV/r (ABC ou AZT)+ ddl +LPV/r
	(AZT ou ABC) +3TC + LPV/r	(ABC ou AZT)+ 3TC + NVP (ABC ou AZT)+ ddl +LPV/r
<b>PATHOLOGIES CONCOMITANTES</b>		
Enfant ou adolescent présentant une anémie sévère	ABC+3TC + EFV	ABC+ ddl +(LPV/r ou ATV/r) TDF**+3TC+LPV/r ou ATV/r*
Enfant ou adolescent présentant une tuberculose	AZT+3TC+ (EFV ou NVP) ou AZT + 3TC + ABC	ABC + ddl +LPV/r ou ATV/r*  LPV/r+ ddl + (EFV ou NVP)
Adolescent présentant une hépatite B	TDF** + 3TC + EFV	(ABC ou AZT)+ ddl +LPV/r ou ATV/r*

NB : Encas de régime de 1<sup>ère</sup> ligne contenant de l'AZT, il sera remplacé en 2<sup>ème</sup> ligne par ABC

- ATV/r\* et TDF\*\* sera utilisé que chez les enfants âgés de plus 10 ans

8.17- les objectifs pédagogiques de l'éducation thérapeutique de l'enfant infecté sous TARV en fonction de l'âge sont les suivants :

**Avant 5 ans**

- montrer son traitement
- Dire quand il prend les médicaments (Associer les moments de prise du traitement avec des événements de la journée)
- Dire à sa mère (ou autre) qu'il a vomi, s'est blessé, saigne ou s'il a mal

**Vers 5 et 6 ans**

- expliquer la maladie en utilisant des analogies comme le microbe, l'intérêt du traitement et de la prise régulière en utilisant des analogies.

**Entre 7 et 10 ans**

- expliquer l'intérêt de la prise régulière en introduisant la notion d'intervalle vers 9-10 ans ou expliquer pourquoi il doit prendre ses médicaments tous les jours, les conséquences de l'arrêt des traitements et l'intérêt du suivi médical et biologique imposé par la maladie

**Vers 12 ans**

- expliquer le but du traitement et le rôle du préservatif, comment interpréter des résultats biologiques

**Vers 14-16 ans**

- Comment utiliser un préservatif (pour les adolescents ayant des rapports sexuels)

**Après l'annonce totale du diagnostic, qui doit être idéalement avant l'âge de 12 ans :**

- Nommer la maladie et expliquer les modes de prévention

## **SECTION 3 : Prise en charge des adolescents et adolescentes**

## **SECTION 4 : Prise en charge des adultes**

## INTRODUCTION

Le rapport d'activité du CNLS indique que 130 000 patients étaient sous ARV au Cameroun en fin 2013, soit environ 40% des personnes éligibles selon les recommandations 2010 et 28 % selon les recommandations OMS de 2013. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette faible couverture en ARV, parmi lesquels la faible proportion de la population connaissant leur statut sérologique, le faible lien avec les structures de prise en charge, le nombre élevé de perdu de vue même lorsqu'ils sont dans la prise en charge. Ce phénomène n'est pas spécifique au Cameroun. En effet, certains auteurs tels que Gardner et al. et les experts de CDCont ont démontré que dans les pays développés 82% de la population générale connaît leur statut sérologique. De cette population, 37% est enrôlée dans les soins VIH, 33% commencent un traitement antirétroviral et seul 25% adhère au traitement et arrive à avoir une charge virale indétectable. Ceci démontre une déperdition importante des patients de l'étape du dépistage à la mesure de l'efficacité de la prise en charge (rétention dans les soins et charge virale indétectable). Cette déperdition nuit à l'atteinte de l'objectif de prise en charge qui est d'avoir une charge virale indétectable tant sur le plan individuel que communautaire. Le présent guide va décrire d'une part les modalités du traitement antirétroviral et d'autre part le paquet des soins et soutient à offrir aux personnes vivants avec le VIH/SIDA pour atteindre de manière efficace l'objectif de la prise en charge et ceci en droit ligne du Plan Stratégique National du lutte contre le VIH/SIDA 2014-2017. En effet la vision de ce Plan est celle d'un Cameroun sans nouvelles infections, sans décès et sans discrimination liés au VIH en vue d'atteindre l'Accès Universel à la prévention, aux soins, soutien et traitement du VIH et engagé pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement. Pour ce faire l'objectif est d'atteindre 80% des besoins en ARV couverts. Les objectifs spécifiques de ce guide sont les suivants :

- i. Augmenter de 22% à au moins 50 % le nombre de personnes dépister et connaissant leur statut
- ii. Assurer que au moins 80 % des personnes dépistées VIH positif sont référées dans une structure de prise en charge.
- iii. Assurer que au moins 80% des personnes VIH positive bénéficiant d'un moins un élément du paquet de soutien et de soins.
- iv. Augmenter au moins 80% la rétention de personnes bénéficiant de soutien et de soins
- v. Augmenter d'au moins 80% la proportion des personnes éligibles (prévention et traitement) bénéficiant de traitement ARVs
- vi. Diminuer la proportion de perdu de vue à un maximum de 10%
- vii. Augmenter à 95% le nombre de personnes adhérentes et avec charge virale indétectable

## STRATÉGIES ET INTERVENTIONS

Pour atteindre les objectifs spécifiques ci-dessus, les stratégies et interventions suivantes doivent être menées.

### II. 1. Conseils et dépistage

Les stratégies suivantes doivent être mises en œuvre pour augmenter le nombre des personnes connaissant leur statut sérologique :

- a. Renforcement de la promotion du dépistage du VIH dans les divers groupes (populations clés, travailleurs, jeunes, adultes et populations autochtones) ;
- b. Mise à disposition des tests de dépistage du VIH à tous les niveaux ;
- c. Renforcement des stratégies de dépistage du VIH (fixe-CDIP, avancée et mobile).

#### II.1.1.Principe de dépistage

Toutes les formes de conseil et de dépistage doivent être volontaire et comporter les cinq éléments préconisés par l'OMS : consentement éclairé, confidentialité, conseil, résultats corrects des tests, liens avec les services de soins, traitement et prévention. Le dépistage obligatoire ou forcé n'est jamais approprié, que la contrainte soit faite du prestataire de soins, d'un partenaire ou d'un membre de la famille. Les principes clés ci-dessous s'appliquent à tous les modèles de conseil et de dépistage du VIH :

- Pour qu'un conseil et qu'un dépistage du VIH soit réalisé les personnes qui en bénéficient doivent donner leur consentement éclairé. Elles doivent être informées du processus et de leur droit à refuser le test.
- Les services de conseil et de dépistage du VIH sont confidentiels, ce qui signifie que le contenu des discussions entre le prestataire de conseil et de dépistage et la personne ne sera divulgué à une tierce personne.
- Le service de conseil et de dépistage du VIH doit être accompagné d'informations appropriées de qualité avant le test.
- Le prestataire de conseil et de dépistage doit s'efforcer de fournir le service de dépistage de qualité et des mécanismes d'assurance de qualité doivent être mis en place pour s'assurer de l'exactitude des résultats rendus.
- Le lien avec les services de prévention de soins et de traitement doit inclure une orientation-recours vers les services appropriés.

### **II.1.2 Modalités d'exécutions du dépistage**

- Dépistage à l'initiative du client (CDV)
- Conseil et dépistage à l'initiative du prestataire (CDIP)
- Dépistage communautaire (porte à porte, de groupe,...)
- Dépistage dans les milieux conviviaux (drop-in-center, milieu scolaire, universitaire, milieu carcéral, ...)
- Dépistage en entreprise

### **II.1.3 Populations cibles pour le dépistage**

Les personnes présentant des signes ou des symptômes d'infections à VIH (IST, TB et autres types d'hospitalisation)

- Les partenaires des personnes vivant avec le VIH,
- Les membres des familles des cas index,
- Les populations clés,
- Les adolescents,
- Les femmes enceintes,
- Les nourrissons et enfant de moins de 18 mois.

## **II.2 Prévention du VIH et IST**

La prévention combinée associe les méthodes de préventions comportementales, biomédicales, et le traitement ARV dans le but de réduire la transmission du VIH au sein de la population.

### **II.2.1 Politique de prévention et de réduction du risque VIH et IST**

#### **II.2.1.1 Changement de comportement**

##### **a. Chez l'adulte et l'adolescent**

- i. Retarder autant que faire se peut les premiers rapports sexuels chez les adolescents ;

- ii. Autant que possible avoir un seul partenaire ;
  - iii. Eviter les grossesses non désirées et autant que possible, les planifier ;
  - iv. Utilisation systématique et correcte du préservatif en cas de rapports sexuels à risque ;
  - v. Diagnostiquer et traiter tout épisode d'IST.
- b. Dans les populations clés
- i. Limiter le nombre de partenaires sexuels
  - ii. Utilisation systématique et correcte du préservatif lors de tout rapport sexuel
  - iii. Utilisation systématique de lubrifiants de qualité
  - iii. Mettre en place d'un programme d'échange d'aiguilles (seringues) et de traitement substitutif aux opioïdes par la méthadone pour les usagers de drogues IV.
- c. Chez la femme et la jeune fille
- i. Eviter les rapports trans-générationnels
  - ii. Vulgariser l'utilisation des préservatifs féminins
  - iii. Créer un environnement favorable pour le développement des jeunes filles (Maison de la femme et des centres d'écoute)
  - iv. Promouvoir la lutte contre les violences basées sur le genre (écoute dans les commissariats, lois contre les mariages précoces, combattre l'excision)
  - v. Rendre accessible les intrants de PF

### **II.2.1.2 Lutter contre les discriminations et la stigmatisation**

- a. Rendre les structures de santé « amis » des clients (client friendly)
- b. Lutter contre la discrimination et stigmatisation dans les entreprises et les écoles
- c. Mobilisation des associatifs pour la lutte contre la discrimination et la stigmatisation.
- d. Assurer le lien entre dépistage et enrôlement en soins
  - i. conseiller sur les bénéfices du traitement ARV
  - ii. Encourager l'adhésion dans les groupes de soutien
  - iii. Faire des références accompagnées et les suivis par sms
- e. Proposer les services de santé de reproduction
- f. Soutien aux personnes infectées et affectées (moustiquaire imprégnée, eau potable, éducation nutritionnelle, conseils et si possible offre de supplément nutritionnel,...)

### **ARV POUR LA PREVENTION DE L'INFECTION PAR LE VIH**

1. **Pré -exposition** : L'utilisation des ARV pour la prévention du VIH en pré- exposition ne fait pas partie des stratégies de préventions retenues au Cameroun.

#### **2. Post- exposition**

##### **a. Couples discordants**

Dans un couple sero-discordant un traitement ARV doit être proposé au partenaire infecté quel que soit le taux de CD4 afin de réduire la transmission du VIH au partenaire qui n'est pas infecté.

##### **b. Population clés**

Le traitement ARV est proposé aux populations clés infectées par le VIH quel que soit le taux de CD4 pour prévenir la transmission du VIH à leur(s) partenaire(s).

## 2. Accident d'Exposition au Sang (AES)

L'accident exposant au sang (AES) se définit comme tout contact accidentel d'une muqueuse ou d'une peau lésée (piqûre, coupure, égratignure, dermatose) avec des liquides biologiques (sang, liquide céphalorachidien, liquide pleural ou péricardique...) ou tissu susceptibles d'être infectés. Les cas de viol sont également considérés comme AES. L'AES expose aux risques d'infection par le VIH, le VHB et le VHC et tout autre agent infectieux véhiculé par le sang.

### V.4.2. Précautions immédiates

En cas de blessure par du matériel pointu ou tranchant contaminé avec du sang, contact entre peau non intacte et sang ou fluide corporel :

- Laisser saigner la plaie sans appuyer, ni nettoyer en frottant, laver immédiatement la plaie et la zone avoisinante avec de l'eau et du savon, puis rincer abondamment à l'eau ;
- Désinfecter la plaie et la zone avoisinante avec polyvidone iodée 2,5% ou de l'alcool à 70%. Tremper pendant 5 à 10 minutes dans du polyvidone iodée 2,5% Eviter les solutions irritantes telles que les agents caustiques.

Au cas où les yeux, la bouche et les muqueuses sont atteintes, 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.

### V.4.3. Evaluation initiale

Chez la victime :

- Faire serologie VIH, HCV et HBV, VDRL/TPHA
- Evaluation du risque de contamination
- Prescrire ARVs prophylactique en cas d'indication en tenant compte du protocole, de la charge virale et a defaut l'adherance au traitement

Chez la source:

- Faire serologie VIH, HCV et HBV, VDRL/TPHA
- Si HIV, HBV, HCV ou VDRL positive, referer pour la prise en charge

### V.4.3. Evaluation du risque d'exposition et thérapie antirétrovirale

Le besoin de mise sous thérapie antirétrovirale dans le cadre de la prophylaxie après un accident exposant au VIH (AE-VIH) est fonction du statut sérologique du patient ou sujet source et de l'accidenté. Il tient également compte des éléments d'appréciation des risques définis ci- après :

- Haut risque : Piqûre profonde avec une aiguille creuse provenant d'une voie veineuse ou artérielle
- Risque intermédiaire : Coupure avec un bistouri à travers des gants ; Piqûre superficielle avec une aiguille creuse
- Faible risque : Piqûre superficielle avec une aiguille de suture ou une aiguille creuse ayant servie à une injection intra musculaire ou sous cutanée ; Projection sur une muqueuse ou une peau lésée.
- Lorsque le sujet source est connu comme séropositif alors que l'accidenté est dépisté séronégatif pour le VIH, un traitement préventif antirétroviral doit être proposé à l'accidenté.
- Lorsque les deux, sujet source et accidenté sont dépistés séropositifs pour le VIH, ils sont orientés pour une prise en charge selon les modalités décrites plus haut.

- Lorsque le statut sérologique n'a pu être déterminé chez le sujet source alors que l'accidenté est séronégatif, retenir l'hypothèse qu'il est séropositif et proposer une trithérapie à l'accidenté en cas de haut risque ou de risque intermédiaire. Le traitement ARV n'est pas recommandé dans le cas d'une exposition avec un faible risque.
- Le protocole indiqué comporte 2 INRT+ 1 IP boosté :
  - AZT + 3TC + LPV/r ou TDF + 3TC ou FTC + LPV/r
- Le délai maximum pour initier le traitement est de 72 heures.
- La durée de traitement est de 4 Semaines

Il faut rechercher si le sujet source reçoit un traitement ARV. Dans ce cas, le schéma thérapeutique tiendra compte de la réponse du patient source à ce traitement préalable à l'accident.

#### V.4.4. Cas du viol

En cas de viol :

- Traitement des lésions cutanées et chirurgie pour les déchirures.
- Sérovaccination antitétanique si la plaie est souillée de terre ou de débris végétaux.
- Prévention d'une grossesse chez une adolescente ou une femme en période d'activité génitale par la prescription d'une pilule du lendemain œstroprogestative ou progestative pure.
- Prévention d'une IST indiquée par la prescription d'antibiotiques visant le Chlamydia trachomatis, et le Neisseriagonorrhoeae.
- Chimio prophylaxie antirétrovirale recommandée en cas de viol lorsque le statut VIH de l'agresseur est connu positif ou inconnu et doit débuter au plus tard dans les 48 heures suivant l'agression. Le protocole est le même à savoir une trithérapie antirétrovirale 2 INRT + 1 IP boosté.

#### V.4.6. Accompagnement psycho-social

- Déculpabiliser le soignant ou la personne exposée.
- Aider au partage de l'information avec le conjoint et à la gestion des rapports protégés et/ou de l'abstinence sexuelle pendant la durée de la chimio prophylaxie antirétrovirale et du suivi (6 mois)
- Dans le cas d'un personnel soignant, le préparer à vaincre ses peurs lors de la reprise de l'activité professionnelle.

#### V.4.7. Le suivi biologique en cas d'AES

Le suivi biologique se fera pendant 6 mois comme suit :

- o A 1 mois :
  - Refaire la sérologie VIH + Antigène p24 ou ARN VIH si possible
- o Si séroconversion (apparition des anticorps anti-VIH ou antigène p24) : référer pour prise en charge appropriée dans une UPEC ou un CTA
- o Si absence de séroconversion continuer la surveillance
- o A 3mois
  - Refaire sérologie VIH :
- o Si séroconversion : référer pour prise en charge appropriée dans une UPEC ou un CTA
- o Si absence de séroconversion continuer la surveillance
- o A 6 mois
  - Refaire sérologie VIH
- o Si séroconversion : référer pour prise en charge appropriée dans une UPEC ou un CTA
- o Si absence de séroconversion : clôturer

- La vaccination contre hépatite B si la victime n'est pas immunisée est indiquée dans les 15 jours. La poursuite ou non de la vaccination sera discutée selon le résultat de la sérologie initiale (antigène HBs, anticorps anti-HBc, anticorps anti-HBs). En cas de vaccination antérieure, on recommande tout de même une injection de rappel du vaccin, sauf s'il est possible de vérifier le carnet de santé ou de vaccination de la victime.

## **PRISE EN CHARGE PAR LES ARV**

- Démarche diagnostique
- Indication de mise sous traitement
- Suivi des patients
- Continuum des soins

### **A. Démarche diagnostique** (voir directives prise en charge par les ARV 'DRAFT 2014)

Toute personne dépistée et confirmée séropositive (voir chap conseil et dépiste) au VIH doit bénéficier d'une évaluation globale comportant :

#### **1. Examen clinique :**

Il est exhaustif, concerne tous les systèmes et la prise systématique des paramètres anthropométriques : poids, taille, indice de masse corporelle. Les données de l'examen physique seront reportés dans le dossier médical national papier ou électronique. La recherche de pathologies courantes graves doivent être recherchées particulièrement :

- 1.1.1. Dépistage intensif de la tuberculose et pxie à L'INH : les signes évocateurs de la tuberculose à rechercher systématiquement sont : la fièvre et toux prolongées de plus de 03 semaines, sueurs nocturnes et perte de poids. En l'absence de ces signes le patient sera mis sous prophylaxie INH selon les recommandations voir chap. comorbidités
- 1.1.2. Dépistage des IST : il sera fait selon l'approche syndromique et /ou biologique décrit dans le chap. comorbidités
- 1.1.3. Dépistage des hépatites virales B et C voir chap. comorbidités.
- 1.1.4. Etablir calendrier vaccinal voir annexe vaccination et VIH
- 1.1.5. Prévention et dépistage du cancer du col chez les femmes et la jeune fille : la prévention se fait par le screening systématique pour le cancer du col et l'administration de vaccin anti HPV chez la fille pré-pubère.
- 1.1.6. Evaluation et soutien nutritionnel :

**2. Prise en charge psycho sociale et élaboration d'un plan de soutien.** Elle a pour but est d'aider le malade et son entourage à :

- 1- Comprendre sa maladie et le traitement
- 2- Cooperé avec les soignants
- 3- Vivre le plus sainement possible
- 4- Maintenir ou améliorer la qualité de vie
- 5- Prendre en charge son état de santé
- 6- Acquérir et maintenir les ressources nécessaires pour gérer de manière optimale sa vie avec la maladie

Elle comporte quatre étapes essentielles :

- 1- Phase d'éducation initiale correspond au moment de l'annonce du diagnostic et vise à faire acquiescer les compétences de sécurité de la maladie
- 2- Phase de suivi éducatif (identification des besoins éducatifs du patient et leur liens avec les nécessités thérapeutiques et de soins) ;
- 3- Phase de reprise éducative intervient lors d'un événement considéré comme important aussi bien pour le patient que le soignant
- 4- Évaluation de la transformation du patient : évaluations des compétences acquises. voir chap. prise en charge communautaire
- 5- Une consultation de PF et santé de reproduction
- 6- D'orientation vers un groupe de soutien

7- **Bilan biologique** : Selon le cas, (stade clinique 1 et 2 OMS) un bilan biologique initial qui comprend l'évaluation de l'état immunitaire (évaluation des lymphocytes TCD4 considérés comme bilan d'orientation au TARV au Cameroun) et le reste des examens entrant dans le bilan pré thérapeutique ARV. Le nombre de lymphocytes TCD4 permet par ailleurs la classification immunologique de l'OMS (annexe)

8- **Classification OMS et CDC** : l'évaluation clinique et biologique permet de déterminer en fonction des classifications OMS et /ou CDC si la personne infectée par le VIH est éligible ou pas au traitement antirétroviral.

#### **PATIENT NON ELIGIBLES AU TRAITEMENT ARV**

Les patients qui ne présentent pas encore d'indications de traitement ARV (OMS 1 et 2, CD4 > ou = 500/mm<sup>3</sup>, pas de TB ou hépatite B actives) feront l'objet d'une évaluation globale décrite ci avant tous les trois mois par le médecin ou le personnel infirmier formé à cet effet. Il bénéficiera en outre d'un package minimum de soins comprenant : la prophylaxie au cotrimoxazole, l'éducation sur la purification de l'eau (annexe), le don unique d'une moustiquaire imprégnée à longue d'action (MILDA).

Tout événement clinique survenant avant cette période, doit faire l'objet d'une évaluation globale décrite ci avant tous les trois mois par le médecin ou le personnel infirmier formé

#### **INDICATION DE MISE SOUS TRAITEMENT**

Débuter le traitement ARV chez tout patient :

- aux stades 1 ou 2 de la classification de l'OMS ou aux stades A et B de la classification de CDC si le taux de CD4  $\leq$  500 cell/mm<sup>3</sup>. Toutefois les patients avec un taux de CD4  $\leq$  350 sont privilégiés
- aux stades 3 ou 4 de la classification de l'OMS ou C de la classification de CDC quelque soit le taux de lymphocytes TCD4 (Annexes 3 et 4)
- Co-infectés VIH/VHB quelque soit le taux de CD4
- Séropositifs dans un couple sérodiscordant quelque soit le taux de CD4
- Populations clés infectées par le VIH (TS, HSH, UDIV) quelque soit le taux de CD4
- Femmes enceintes quelque soit le taux de CD4

#### **PATIENT ELIGIBLES AU TRAITEMENT ARV**

- a. DEMARCHE DE MISE SOUS TRAITEMENT ARV

#### **IV. BILANS PARACLINIQUES,**

#### **IV. 1- BILANS PARACLINIQUES AVANT LA MISE SOUS TRAITEMENT**

Ils comportent les examens de base essentiels suivants dont un paquet minimum est subventionné :

##### ***Examens subventionnés (paquet minimum)***

- Bilan d'orientation :
  - Lymphocytes TCD4
- Bilan pré thérapeutique :
  - Créatininémie
  - NFS

##### ***Examens non subventionnés\****

- Bandelettes urinaires
  
- Transaminases
- Sérologies HVB et HVC
- Sérologie syphilis (VDRL/TPHA)
- Test de grossesse
- Frottis cervical
- Radiologie pulmonaire

Selon le contexte clinique, il faut rechercher des infections opportunistes concomitantes et déterminer des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires et rénales (tabagisme, hypertension artérielle, diabète, goutte (uricémie) dyslipidémie par un bilan lipidique, etc.)

***\* Demander ces examens selon les indications cliniques et à travers le système de référence contre référence.***

## **IV. 2- TRAITEMENTS ARV CHEZ L'ADULTE ET L'ADOLESCENT**

Toute initiation au traitement ARV doit être fait de préférence par un médecin ou un personnel soignant formé et le TARV ne sera renouvelé que dans les CTA, CTAff, UPEC service de sante sexuelle et reproductive et de PF ou des sites PTME désignés par décision ministérielle. Chacune de ces structures devra régulièrement mettre à jour la liste de ses prescripteurs d'ARV. Cependant, les renouvellements des ordonnances pourront se faire éventuellement dans certaines structures par un personnel infirmier formé et sous supervision du médecin traitant.

L'initiation aux TARV requiert au préalable une préparation du malade en vue de garantir une meilleure adhésion au traitement (voir prise en charge psychosociale).

### **Préparation du malade au traitement ARV (phase 2 de l'éducation thérapeutique)**

L'infection par le VIH est une maladie chronique qui, dans l'état actuel des connaissances, nécessite un traitement régulier et à vie. Il convient donc, avant la mise sous traitement, de s'assurer de la bonne compréhension de la maladie par le (la) patient (e) et de son adhésion au traitement ARV (sa volonté d'être traité).

Le conseil thérapeutique sera prodigué par le personnel soignant, les conseillers, le pharmacien ou le technicien/commis de pharmacie.

### **Choix et Initiation du Traitement**

Le choix du traitement doit tenir compte des antécédents, de l'existence des co-morbidités, des interactions médicamenteuses éventuelles, du mode de vie du patient et du type de virus (VIH1, VIH2, VIH1groupe O). Par ailleurs, la nécessité de traiter toute infection opportuniste ou toute autre pathologie évolutive s'impose avant d'initier le traitement.

Afin de minimiser le risque de sélection des souches résistantes, le traitement antirétroviral doit être optimal.

## **PROTOCOLE ARV DE PREMIERE LIGNE**

### **IV.2. 1- Première Ligne de Traitement ARV**

L'association d'un INNTI et de 2 INTI est le schéma thérapeutique recommandé en 1<sup>ère</sup> ligne de traitement ARV chez les patients naïfs d'ARV. Afin d'accroître une meilleure observance du patient et la durabilité de l'efficacité de traitement de 1<sup>ère</sup> ligne, le traitement ARV en dose fixe et en prise unique est privilégié.

#### **a) Protocole ARV de 1<sup>ère</sup> intention ou de préférence**

##### **2INTI + 1 INNTI :**

- Ténofovir + Lamivudine/Emtricitabine + Efavirenz

**Ce qu'il faut EVITER :**

- ❖ Prescrire la Névirapine en dose pleine de 400 mg à l'initiation du traitement.
- ❖ Prescrire la Névirapine chez des patients dont le taux d'ALAT est 3 fois la valeur normale.
- ❖ Prescrire la NVP en première intention chez les femmes avec un taux de lymphocytes T CD4 > 250 cell/mm<sup>3</sup> et chez les hommes >450 cell/mm<sup>3</sup>.
- ❖ Prescrire l'EFV chez des personnes ayant des antécédents psychiatriques.
- ❖ Prescrire en association le 3TC et FTC (sont interchangeables).

**Ce qu'il faut FAIRE:**

- ❖ Planifier l'arrêt d'utilisation des schémas thérapeutiques autres que le protocole de préférence
- ❖ Privilégier les combinaisons à dose fixe de traitement ARV.
- ❖ Avant de changer le TARV de 1<sup>ère</sup> ligne en 2<sup>ème</sup> ligne, vérifier : l'observance, surtout la charge virale du patient.
- ❖ Donner la NVP à dose progressive y compris lors de réintroduction en cas d'arrêt de plus de 7 jours.

**b) Protocoles ARV de première ligne alternatifs**

- Zidovudine + Lamivudine+ Efavirenz
- Zidovudine + Lamivudine + Névirapine
- Ténofovir + Lamivudine + Névirapine

**c) Cas particuliers**

Abacavir+Lamivudine+ Efavirenz/Nevirapine

Zidovudine/abacavir+ Lamivudine+Lopinavir/r or Atazanavir/r

**d) Protocoles ARV en cas d'infection aux VIH2 et VIH1 groupe O**

Le VIH2 et VIH1 groupe O ayant une résistance naturelle aux INNTI (EFV, NVP), ces molécules ne doivent pas être prescrites chez ces patients. Dans ces cas, le traitement doit comporter les combinaisons suivantes :

- 2INTI + IP boosté (voir Protocoles de 2<sup>ème</sup> ligne) ou
- 3INTI

*N.B. : Le profil de sensibilité aux ARV du VIH1 groupe N et du VIH1 groupe P récemment découvert reste à déterminer.*

### One regimen cannot fit all: alternative, special situations

1st Line ART	Adults and Adolescents (including pregnant women, TB co-infection and HBV co-infection)
Preferred (FDC) Regimen(s)	TDF+3TC (or FTC) + EFV
Alternative Regimens	AZT+ 3TC + EFV (or NVP) TDF+ 3TC (or FTC)+ NVP
Special situations	ABC +3TC +EFV (or NVP) AZT (or ABC)+ 3TC + LPV/r or ATV/r

#### IV.2. 2- Deuxième Ligne de Traitement ARV

Les protocoles ARV de 2<sup>ème</sup> ligne sont indiqués en cas d'échec au traitement de 1<sup>ère</sup> ligne. Afin d'éviter de compromettre l'efficacité de traitement de deuxième ligne, en changeant de façon prématurée ou tardive la 1<sup>ère</sup> ligne, le moment de passer de la première à la deuxième ligne doit être décidé avec précaution en considérant les éléments décrits au tableau 2 virologique de l'échec thérapeutique.

Au Cameroun, les IP potentialisés par le Ritonavir (IP boostés) sont réservés pour la deuxième ligne sauf dans les cas d'infection par le VIH1 groupe O, VIH2. (voir Chapitre « Thérapies antirétrovirales dans les populations particulières »).

#### 9- Echec Thérapeutique

**L'échec thérapeutique** se définit en échec clinique, immunologique et/ou virologique (voir tableau 2).

La mesure de la charge virale, si celle-ci est disponible, permet de confirmer l'échec thérapeutique (persistance d'une charge virale > 1000 copies/ml après 6 mois de TARV bien conduit). Elle est à privilégier. En l'absence de la charge virale, l'utilisation des critères immunologiques pour confirmer l'échec thérapeutique tel que décrit dans le tableau 2 doit être faite exceptionnellement **En cas d'échec thérapeutique**, le principe consiste à utiliser une nouvelle classe thérapeutique (**IP potentialisé par le ritonavir**) ajouté à l'AZT+3TC si TDF utilisé en 1<sup>ère</sup> ligne ou TDF+3TC si AZT utilisé en 1<sup>ère</sup> ligne.

Le tableau 1 oriente sur le choix de protocole de 2<sup>ème</sup> ligne.

## PROTOCOLES ARV DE DEUXIEME LIGNE

### a) Protocoles ARV de préférence

#### 10- 2INTI + 1 IP/r

- Zidovudine + Lamivudine + Atazanavir/r
- Zidovudine + Lamivudine + Lopinavir/r
- Ténofovir + Lamivudine + Atazanavir/r
- Ténofovir + Lamivudine + Lopinavir/r

### b) Protocoles ARV Alternatifs

- Abacavir + Didanosine + Lopinavir/r

#### Ce qu'il **NE FAUT PAS FAIRE** :

- ❖ Prescrire les IP sans ritonavir (IP non boosté)
- ❖ Prescrire les IP en 1<sup>ère</sup> ligne **SAUF** dans des cas particuliers (**VIH1 groupe O et VIH2**)
- ❖ Prescrire l'association DDI et TDF

**Tableau 1** : Choix de régime de 2<sup>ème</sup> ligne en fonction du protocole utilisé en 1<sup>ère</sup> ligne.

Adapté des recommandations de l'OMS, 2013

Protocoles de première ligne (2INTI + 1INNTI)		Protocoles de deuxième ligne	
		INTI	IP/r
Protocole de préférence	TDF+3TC/FTC+EFV	AZT + 3TC	Atazanavir/r <u>ou</u>
Protocoles alternatives	TDF + 3TC + NVP ou	AZT + 3TC	lopinavir/r (thermostable)
	TDF + FTC + NVP ou AZT+3TC+EFV/NVP	TDF+3TC ou TDF+FTC	

## **PROTOCOLES ARV DE TROISIEME LIGNE\***

A l'heure actuelle, le nombre de personnes nécessitant la troisième ligne de traitement ARV au Cameroun est de plus en plus croissant.. La gestion individuelle des cas avérés et le choix thérapeutique en cas d'échec à la 2<sup>ème</sup> ligne seront guidés par le profil de résistance (génotypage). Aussi les protocoles de 3<sup>ème</sup> ligne doivent comprendre de nouveaux ARV avec activité VIH prouvée : IP de 2<sup>ème</sup> génération (Darunavir/ritonavir), INNRT de 2<sup>ème</sup> génération (Etravirine), anti intégrase (Raltégravir ou Dolutegravir). Le choix thérapeutique tiendra compte du niveau de la charge virale et des molécules sensibles. Le coût de ces molécules, qui n'existent pas en générique, est encore trop élevé.

Ces cas devront être pris en charge dans des CTA de référence avec expertise avérée.

## **IV. 3- SUIVI CLINIQUE ET BIOLOGIQUE DU PATIENT SOUS ARV**

### **IV.3.1. Le suivi clinique**

Le médecin traitant et son équipe soignante assurent le suivi clinique.

Il se fera au rythme suivant :

- 15<sup>e</sup> jour de traitement (J15)
- Une fois par mois pendant les trois premiers mois (M1, M2, M3)
- Tous les 3 mois pendant les 2 premières années
- Une fois tous les 6 mois après **stabilisation clinique et immunologique** cv indétectable pendant 02 ans

Cette fréquence pourra être augmentée en fonction de l'état clinique du patient.

A chacune de ces visites, il faudra :

- S'assurer toujours de la bonne compréhension en faisant répéter les posologies par le patient
- S'assurer toujours de l'acceptation de la thérapie par le malade en objectivant son organisation personnelle dans la prise de traitement (intégration du traitement dans sa vie quotidienne)
- S'assurer de la bonne observance du traitement par le malade (nombre de dose omise dans les 4 derniers jours)
- Exploiter les observations du pharmacien (ou commis) sur la disponibilité des molécules et l'observance du patient
- Surveiller l'état nutritionnel du malade (prise de poids régulière)
- Surveiller la tolérance et la toxicité du traitement
- Evaluer l'efficacité clinique du traitement
- Référer le patient pour les services de soutien.

### **IV.3.2. Le suivi biologique**

Le suivi biologique des patients débutant le traitement ARV sera fait comme suit :

- **J15de mise sous ARV :**
  - NFS (Si le régime contient l'AZT)
  - Transaminases (Si le régime contient la NVP ou en cas d'indication clinique)

\* Une demande motivée d'autorisation d'importation des ARV appropriées devra être préalablement adressée au Ministre de la Santé Publique par le CTA.

### J30

- Créatininémie si le régime contient le TDF
  - Bandelettes urinaires si le régime contient le Ténofovir et en cas d'indication clinique
  - NFS (Si le régime contient l'AZT et en cas d'indication clinique à M2 et M3)
  - Transaminases (si le régime contient la névirapine en cas d'indication clinique)
- **Au sixième mois et tous les 06 mois pendant 2 ans puis une fois par an après stabilisation clinique et immunologique :**
    - créatinémie en fonction des molécules utilisées (ddI, TDF ou LPV/r) et si indications cliniques.
    - Bandelettes urinaires si le régime contient le Ténofovir
    - Numération des lymphocytes T CD4 arrêt de réalisation après 2 valeurs supérieures à 350 cells/mm<sup>3</sup>
- **Au sixième mois et au moins une fois par an**
    - Charge virale (dans les centres de référence si possible et ailleurs en cas d'échec clinique et/ou immunologique)
- **A douze mois et une fois par an**
    - Amylasémie, NFS, ALAT/ASAT
    - Cholestérolémie et triglycéridémie si indication clinique ou si le protocole contient un IP
    - Glycémie à jeun
    - Bandelettes urinaires

**Tableau 2 : Définitions clinique, immunologique et virologique de l'échec thérapeutique.**

<b>Echec clinique</b>	<b>Apparition ou récurrence d'une nouvelle affection classant stade IV de l'OMS (IO, tumeurs) après 6 mois de traitement bien conduit et bien observé</b>
<b>Echec immunologique</b>	<b>Chute de CD4 au taux pré thérapeutique (ou en dessous) et après 6 mois de traitement bien conduit et bien observé des ARV ou Taux persistant de CD4 &lt; 100 cell/mm<sup>3</sup> après 12 mois de traitement bien conduit et bien observé.</b>
<b>Echec virologique</b>	<b>Charge virale &gt; 1000 copies/ml après 6 mois (ou 12 mois selon le moment de bilan de suivi) de traitement bien conduit et bien observé. Adapté des recommandations de l'OMS 2013</b>

#### **IV.4. GESTION DES INTERRUPTIONS DE TRAITEMENT ARV**

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

- Arrêt  $\leq$  un mois : renforcer l'observance, poursuivre le même protocole
- Arrêt  $>$  1 mois : renforcer l'observance, refaire le bilan immunologique et poursuivre le même protocole

Dans tous les cas, un soutien et l'aide à l'observance seront menés par un conseiller (ère) formé (e) à cet effet.

#### **IV. 5. GESTION DE L'ÉCHEC DU TRAITEMENT ARV DE PREMIERE LIGNE**

Avant d'envisager le changement de traitement, il faut toujours s'assurer que le patient est observant. Par ailleurs, la décision de changer un protocole thérapeutique suite à un échec autraitement de 1<sup>ère</sup> ligne sera guidée par la disponibilité des options thérapeutiques suffisamment puissantes pour rendre la charge virale indétectable et auxquelles le patient peut aisément adhérer et bien tolérer. De plus, sont pris en considération le stade clinique du patient, la disponibilité des lymphocytes T CD4 et la Charge virale. Les éléments de décision sont résumés dans le tableau 2 ci-dessous.

***N.B. : La mesure de la charge virale est le meilleur indicateur de l'échec au TARV***

## **SECTION 5 : Prise en charge des coïnfections et des comorbidités**

# REVISION DU DOCUMENT DES DIRECTIVES NATIONALES DE PREVENTION ET DE PRISE EN CHARGE DU VIH AU CAMEROUN

## CHAPITRE : CO-INFECTIONS ET COMORBIDITES

### Plan du chapitre

1. Introduction
2. Prevention, dépistage et prise en charge des co-infections
  - 2.1 Co-infection VIH-Tuberculose
  - 2.2 Co-infection VIH et hépatites virales
  - 2.3 Infections sexuellement transmissibles
  - 2.4 Infection à cryptocoque
  - 2.5 Toxoplasmose
  - 2.6 Pneumocystose pulmonaire
  - 2.7 Paludisme
  - 2.8 Les pneumonies aiguës communautaires
  - 2.9 Les diarrhées chroniques
  - 2.10 Prophylaxie au cotrimoxazole
  - 2.11 Vaccination
3. Prévention et prise en charge des autres co-morbidités et soins chroniques
  - 3.1 Maladies chroniques non transmissibles
    - 3.1 Maladie de Kaposi
    - 3.2 Lymphome
    - 3.3 Cancer du col de l'utérus
    - 3.3 Santé mentale
  - 3.4 Consommations de drogue et troubles liés à la consommation de drogues

Références

## 1. INTRODUCTION

Les co-infections et comorbidités constituent une part notable de la morbi-mortalité des patients VIH. Elles sont fréquentes et peuvent être soit révélateurs de l'infection à VIH soit survenir au cours de l'évolution de la maladie. La survenue chez les patients connus VIH de certaines infections et maladies opportunistes traduit l'échec du TARV ou une insuffisance de la PEC thérapeutique antirétrovirale. Avec l'augmentation de la durée de vie grâce aux traitements antirétroviraux, les patients PVVIH présentent un certain nombre de comorbidités.

La problématique de ces co-infections réside dans la prévention, le dépistage précoce, les traitements et le suivi. Il est important de tenir compte lors de la mise en route du TARV du choix des ARV à prescrire et surtout du délai de la mise en route du TARV compte tenu des risques d'interactions médicamenteuses et de la survenue d'un syndrome inflammatoire de reconstitution immunitaire.

Une prise en charge multidisciplinaire est indispensable pour pouvoir prendre en compte de manière optimale ces co-infections et comorbidités en conservant la qualité de vie des patients.

Nous traiterons dans ce chapitre les principales co-infections et co-morbidités fréquemment rencontrées dans notre contexte chez les PVVIH.

## 2. PREVENTION, DEPISTAGE ET PRISE EN CHARGE DES CO-INFECTIONS

### 2-1 Co-infection VIH-Tuberculose

#### 1- Contexte et justification

L'épidémiologie de l'infection à VIH a des répercussions considérables sur l'incidence de tuberculose (TB) et la lutte antituberculeuse. La tuberculose est la 1<sup>ère</sup> maladie opportuniste observée chez les patients infectés par le VIH vivant dans des pays à forte prévalence des deux maladies. Selon l'OMS, un tiers des patients infectés par le VIH est co-infecté par le BK. A l'échelle mondiale, la tuberculose arrive au premier rang des causes de décès chez les personnes infectées par le VIH et est responsable d'un quart de décès.

Au Cameroun en 2013, 26 000 cas de tuberculose ont été notifiés dont 38% de taux de co-infection au VIH. L'incidence de la tuberculose chez les personnes infectées par le VIH n'est pas connue dans notre contexte. La recherche intensive de la TB chez les PVVIH et le dépistage systématique du VIH chez les patients tuberculeux ainsi que leur prise en charge conjointes constitue un énorme défi pour les programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH. D'où la nécessité de la mise en œuvre des activités conjointes TB/VIH afin de réduire la charge morbide des deux maladies chez les sujets concernés.

#### 2- Physiopathologie

L'effet immunologique du VIH se manifeste surtout sur l'immunité à médiation cellulaire, la partie du système immunitaire qui joue le rôle le plus important dans la défense de l'organisme contre *le bacille tuberculeux*. Le déficit immunitaire provoqué par l'infection à VIH diminue la capacité de l'hôte de contenir l'infection tuberculeuse et de prévenir une nouvelle infection ou une réinfection par *le bacille tuberculeux*. Ce déficit modifie également la réaction d'hypersensibilité retardée qui intervient dans le test cutané tuberculique (intradermo-réaction à la tuberculine), expliquant la négativation des tests cutanés tuberculiques souvent observés chez les sujets infectés par le VIH. L'interaction du VIH et de la tuberculose est bidirectionnelle car *M. tuberculosis* accroît la

réplication du VIH et la tuberculose accélère l'évolution de l'infection à VIH chez les patients co-infectés.

La physiopathologie de la tuberculose au cours de l'infection à VIH n'est pas univoque : il peut s'agir d'une réactivation d'une tuberculose latente, de l'exacerbation d'une tuberculose latente ou pauci symptomatique lors de la mise sous ARV, ou de la progression accélérée vers la tuberculose maladie chez un sujet nouvellement entré en contact avec le BK.

### **3- Manifestations cliniques de la tuberculose associée à une infection à VIH**

La tuberculose peut survenir à n'importe quel stade de l'immunodépression à VIH et définit quel que soit le taux de CD4, un passage au stade SIDA selon la classification de la CDC ou au stade III (tuberculose pulmonaire) ou IV (tuberculose extra-pulmonaire) de l'OMS. La présentation clinique de la tuberculose au cours de l'infection à VIH dépend de l'état des défenses immunitaires du sujet au moment du diagnostic, jugées par la mesure du taux des lymphocytes CD4.

Quand la tuberculose survient au début de l'infection VIH, le tableau clinique et les anomalies radiographiques du thorax sont souvent typiques et sont similaires à celui du sujet non infecté par le VIH. La radiographie peut montrer les nodules, les infiltrats et les cavités principalement localisées au sommet des poumons. La fréquence des tuberculoses extra-pulmonaires n'est pas très élevée. L'intradermoréaction à la tuberculine est positive dans deux tiers des cas.

Quand la tuberculose survient au stade avancée de l'immunodépression, les localisations extra-pulmonaires deviennent plus fréquentes, particulièrement les atteintes ganglionnaire, pleurale, péricardique et péritonéale. La tuberculose miliaire et les atteintes multifocales sont aussi fréquentes en cas d'immunodépression avancée. Les localisations inhabituelles comme la tuberculose cérébrale et les abcès de la paroi thoracique surviennent volontiers dans ce contexte. A la radiographie thoracique, les opacités peuvent être localisées exclusivement au niveau des bases et sont relativement peu étendues. Les excavations sont moins fréquentes. Les épanchements pleuraux et péricardiques sont plus courants. La radiographie du thorax peut même être normale ou sub-normale. La positivité de la bacilloscopie est souvent moins fréquente à ce stade.

### **4. Comment faire le diagnostic de la tuberculose ?**

La tuberculose pulmonaire est suspectée chez les PVVIH devant :

- les symptômes cliniques : toux quelque soit la durée, fièvre, amaigrissement ou sudation nocturne. La présence d'un seul de ses symptômes doit faire rechercher la TB,
- une radiographie pulmonaire avec des signes évocateurs de tuberculose
- un enfant contact d'un patient TPM+, présentant une prise de poids insuffisante ou une cassure de la courbe de poids, une toux, une fièvre ou un amaigrissement

Les manifestations de la tuberculose extra-pulmonaire dépendent de l'organe touché.

Le diagnostic est affirmé par la présence de BK (examen direct, culture, biologie moléculaire) dans les crachats, le liquide d'aspiration bronchique, les liquides des séreuses ou des biopsies d'organe atteints

En outre, tous les personnes ayant déjà été traités par le passé pour une tuberculose pulmonaire doivent bénéficier dans la mesure du possible d'une recherche d'une éventuelle résistance aux antituberculeux par des méthodes phénotypiques classiques e/ou par méthodes moléculaires.

### **4- Orientations stratégiques**

La politique nationale d'intégration des activités TB/VIH s'articule autour de trois axes stratégiques :

**Axe 1 :** Mise en place et renforcement d'une plate forme de collaboration des activités des programmes de lutte contre le VIH et la Tuberculose au niveau de la Direction de la Lutte contre la Maladie, les Epidémies et les Pandémies ( PNLs et PNLT conjointement);

**Axe 2 :** Réduction de la charge de morbidité tuberculeuse chez les personnes vivant avec le VIH et débiter précocement les ARV (programme VIH) ;

**Axe 3 :** Réduction de la charge de morbidité due à l'infection à VIH chez les patients tuberculeux et ceux suspects de tuberculeux (Programme TB).

## **5- Niveau de mise en œuvre des activités**

### **5-1/ Activités mises en œuvre au niveau stratégique**

- Créer et renforcer un organe de coordination des activités de collaboration opérant à tous les niveaux ;
- Surveiller la prévalence du VIH parmi les patients tuberculeux et la prévalence de la TB parmi les personnes vivant avec le VIH ;
- Planifier conjointement la prestation intégrée des soins de santé TB et VIH ;
- Assurer le suivi et l'évaluation des activités de collaboration TB/VIH.

### **5-2/ Activités mises en œuvre au niveau opérationnel**

Elles sont menées à trois niveaux :

#### ***Dans les CDT***

- Assurer le conseil et le dépistage gratuit du VIH chez tous les patients tuberculeux et ceux suspects de TB ;
- Garantir les méthodes de prévention du VIH chez les patients tuberculeux et ceux suspects de TB ;
- Prescrire une prévention au cotrimoxazole à tous les patients co-infectés ;
- Assurer un traitement antituberculeux de qualité à tous les patients co-infectés ;
- Dispenser les traitements antirétroviraux pour les patients tuberculeux vivant avec le VIH.

#### ***Dans les CTA/UPEC***

- Rechercher activement des symptômes évocateurs suspects de la tuberculose à l'aide d'un algorithme clinique chez tous les patients VIH positifs avant la prescription d'ARV et à chaque visite dans la formation sanitaire ;
- Dépister la tuberculose chez tous les patients suspects et prescrire un traitement antituberculeux;
- Prévenir la TB par la prescription de l'isoniazide chez tous les patients n'ayant pas de symptômes évocateurs de TB active et par l'initiation précoce des traitements antirétroviraux ;
- Introduire les mesures de contrôle de la transmission de la TB dans les services de santé et établissements collectifs.

#### ***Dans les communautés***

- Sensibilisation et mobilisation sociale ;
- Soins à domicile des patients co-infectés ;
- Assurer la prise en charge psychosociale des patients co-infectés ;
- Rechercher les irréguliers et les perdus de vue.

## **6- Prise en charge du patient co-infecté TB/VIH**

Il est recommandé de débiter le traitement antirétroviral chez tout patient co-infecté TB/VIH indépendamment du taux de CD4.

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.

### **6.1 Traitement antituberculeux chez les personnes infectées par le VIH**

Le traitement antituberculeux est tout aussi efficace chez les personnes infectées par le VIH que chez celles qui sont VIH négatifs.

#### **Quels sont les médicaments utilisés ?**

Les principaux médicaments utilisés dans le traitement de la tuberculose par le Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) sont l'isoniazide (**H**), la rifampicine (**R**), le pyrazinamide (**Z**), la streptomycine (**S**) et l'éthambutol (**E**).

#### **Quels schémas thérapeutiques ?**

Les régimes du traitement sont ceux recommandés dans les directives nationales du Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) et sont les mêmes chez les PVVIH et les personnes non infectées.

Les régimes thérapeutiques comportent toujours 2 phases: une phase initiale intensive de 2 ou 3 mois et une phase de continuation de 4 ou 5 mois en fonction du type de cas à traiter ;

Nouveaux cas (6 mois de traitement) : **2 {RHEZ}/ 4 {RH}**

- Phase intensive comportant 4 molécules (RHEZ), durée 2 mois

- Phase de continuation avec 2 molécules (RH), durée 4 mois

Cas de retraitement (8 mois de traitement): **2 {RHEZ}S/ 1 {RHEZ}/ 5 {RHE}**

-phase intensive comportant 2 mois de (RHEZS), puis 1 mois de (RHEZ)

-phase de continuation 5 mois de (RHE)

#### **Comment surveiller le traitement antituberculeux?**

Les régimes thérapeutiques doivent être supervisés ;

Les contrôles des crachats sont fait à la fin du 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> (cas à retraiter) mois, à la fin du 5<sup>ème</sup>, du 6<sup>ème</sup> ou du 8<sup>ème</sup> mois (cas à retraiter).

Le traitement doit être pris de façon régulière jusqu'à son terme. Il faut encourager le malade par des conseils réguliers pour obtenir une bonne observance et la guérison.

### **6.2 Traitement antirétroviral chez les patients co-infectés TB/VIH**

La rifampicine, qui est un antituberculeux majeur présente des interactions importantes avec certains antirétroviraux comme les inhibiteurs non nucléosidiques de la reverse transcriptase et les inhibiteurs de la protéase. D'où l'importance de choisir un régime thérapeutique antirétroviral de manière à fournir un traitement hautement efficace sur l'infection à VIH et possédant peu d'interactions avec les antituberculeux.

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

Médicaments antirétroviraux	Interactions	Observations
Efavirenz	Réduction modérée des taux sanguins de l'Efavirenz	Ne pas augmenter de dose
Nevirapine	Réduction modérée des taux sanguins de la Nevirapine	Eviter l'association
Inhibiteurs des Protéases	Réduction importante des taux sanguins des IP	Eviter l'association ou augmenter les doses pour certains IP

**Protocoles ARV recommandés en cas de co-infection TB/VIH**

**→ Chez l'adulte y compris les femmes enceintes et allaitantes**

Patients co-infectés non encore sous TARV, choisir le protocole compatible avec le traitement anti-TB.

Patients déjà sous TARV, s'assurer que le protocole est compatible avec le traitement antituberculeux, sinon changer si le protocole en cours comprend la NVP ou un IP.

**1<sup>re</sup> ligne :**

**2INTI +1 INNTI(EFV) ou 3 INTI en cas de contre indication à l'EFV**

**Protocole standard**

AZT + 3TC + EFV

TDF + 3TC (ou FTC) + EFV

**Protocoles alternatifs**

AZT+3TC+ABC

**2<sup>ème</sup> ligne:**

**Substituer la rifampicine par la rifabutine (interactions moindre avec les IP et les INNTI)**

**Si rifabutine non disponible :**

TDF + 3TC (ou FTC) +LPV/r double dose (LPV/r 800 mg/200 mg 2 fois /jour)

Ou

TDF + 3TC (ou FTC) +LPV/r dose standard (LPV/r 800 mg/200 mg 1fois /jour)

**→ Chez l'enfant**

La survenue d'une tuberculose patente chez l'enfant tout comme chez l'adulte le classe d'emblée au stade de SIDA et constitue une indication de mise sous ARV quelque soit le degré du déficit immunologique. Le choix d'un protocole compatible avec le TARV est essentiel. En raison des interactions entre la rifampicine et le LPV/r ou la NVP, la rifampicine et l'EFV, l'association des deux traitements est un challenge chez les enfants de moins de 3 ans. La prescription de l'EFV n'est pas recommandée chez les enfants co-infectés âgés de moins de 3 ans. Des études récentes ont cependant montré l'efficacité d'une triple association des INRT, offrant ainsi une option thérapeutique en cas de co-infection TB/VIH dans cette tranche d'âge. A la fin du traitement anti TB, instaurer les protocoles comportant les IP ou les INNRT selon l'âge de l'enfant.

Deux situations sont à considérer :

1. Enfant VIH positif dépisté TB et ne prenant pas de TARV :
  - Instituer en priorité le traitement antituberculeux selon les directives nationales
  - Secondairement instaurer le TARV le plus tôt possible en choisissant le protocole compatible avec les anti-TB.
  
2. Enfant sous traitement antirétroviral qui fait une tuberculose
  - Démarrer le traitement antituberculeux dès que le diagnostic est posé
  - Le traitement ARV ne doit pas être interrompu, mais on devra s'assurer de la compatibilité du protocole en cours et donc envisager le changement de certaines molécules.

**Protocoles ARV recommandés chez les enfants co-infectés VIH-TB sous traitement anti-TB (OMS 2010)**

<b>Enfant âgés de moins de 3 ans</b>	Deux NRTIs + NVP, s'assurer que dose NVP est de 200 mg/m <sup>2</sup> ou Triple NRTI (AZT + 3TC + ABC)
<b>Enfant âgés de 3 ans et plus</b>	Deux NRTIs + EFV ou Triple NRTI (AZT + 3TC + ABC)

**Protocoles recommandés chez les enfants co-infectés VIH/TB sous TARV et devant recevoir un traitement anti-TB (OMS 2010)**

	<b>Enfant âgés de moins de 3 ans</b>	Continuer NVP, s'assurer que dose NVP est de maximum 200 mg/m <sup>2</sup> ou Triple NRTI (AZT + 3TC + ABC)
	<b>Enfant âgés de 3 ans et plus</b>	Si l'enfant reçoit EFV, continuer le même régime Si l'enfant reçoit NVP, substituer avec EFV ou Triple NRTI (AZT + 3TC + ABC)
<b>Enfant sous régime standard comportant les IP (deux NRTIs + LPV/r)</b>	<b>Enfants âgés de moins de 3 ans</b>	Triple NRTI (AZT + 3TC + ABC) <b>ou</b> Substituer LPV/r par NVP, s'assurer que dose NVP est de maximum 200 mg/m <sup>2</sup> <b>ou</b> Continuer LPV/r et augmenter dose du RTV pour atteindre la dose thérapeutique du LPV en mg (ratio de 1 :1)
	<b>Enfants âgés de 3 ans et plus</b>	<b>Si l'enfant n'a pas d'ATCD d'échec d'un régime thérapeutique comportant les NNRTI:</b>  Substituer avec EFV <b>ou</b> Triple NRTI (AZT + 3TC + ABC)

		<p><b>ou</b> Continuer LPV/r et augmenter dose du RTV pour atteindre la dose thérapeutique du LPV en mg (ratio de 1 :1)</p> <p><b>Si l'enfant a des ATCD d'échec d'un régime thérapeutique comportant les NNRTI:</b> Triple NRTI (AZT + 3TC + ABC)</p> <p><b>ou</b> Continuer LPV/r et augmenter dose du RTV pour atteindre la dose thérapeutique du LPV en mg (ratio de 1 :1)</p> <p>Passer à la 2<sup>ème</sup> ligne</p>
--	--	---

### **Quand introduire le traitement antirétroviral en cas de co-infection TB/VIH ?**

L'utilisation des ARV avec le traitement antituberculeux peut augmenter certains effets indésirables, rendre difficile la conduite simultanée des deux traitements et compromettre l'observance.

Le traitement de la TB doit être initiée en priorité chez l'adulte et l'enfant quelque soit le taux de CD4 puis suivi du traitement ARV le plus rapidement possible dans les 8 semaines suivant le traitement anti tuberculeux. Les patients avec déficit immunitaire profond (CD4<50/mm3) doivent recevoir le traitement antirétroviral dans les 2 semaines suivant le début du traitement antituberculeux.

#### **→ Prise en charge co-infection VIH et Tuberculose multirésistante (TB-MR)**

La tuberculose multirésistante est définie comme une tuberculose résistante à l'isoniazide et la Rifampicine qui sont les antituberculeux majeurs.

Le test de dépistage de la TB à l'aide d'outils de biologie moléculaire (Xpert par exemple) doit être réalisé chez les PVVIH suspects de TB-MR chaque fois que c'est possible ; ce test a une bonne sensibilité pour détecter non seulement la TB mais aussi rapidement une résistance à la rifampicine, ce qui permet de raccourcir considérablement le délai de diagnostic et le traitement de la TB-MR.

Les régimes thérapeutiques actuellement utilisés pour le traitement de la TB multirésistante ne comportent pas de rifampicine. Il n'est donc pas nécessaire de changer le protocole ARV en cours chez les malades tuberculeux multirésistants ; les IPs ainsi que la NVP peuvent être utilisés.

### **7- Prévention de la TB chez les PVVIH**

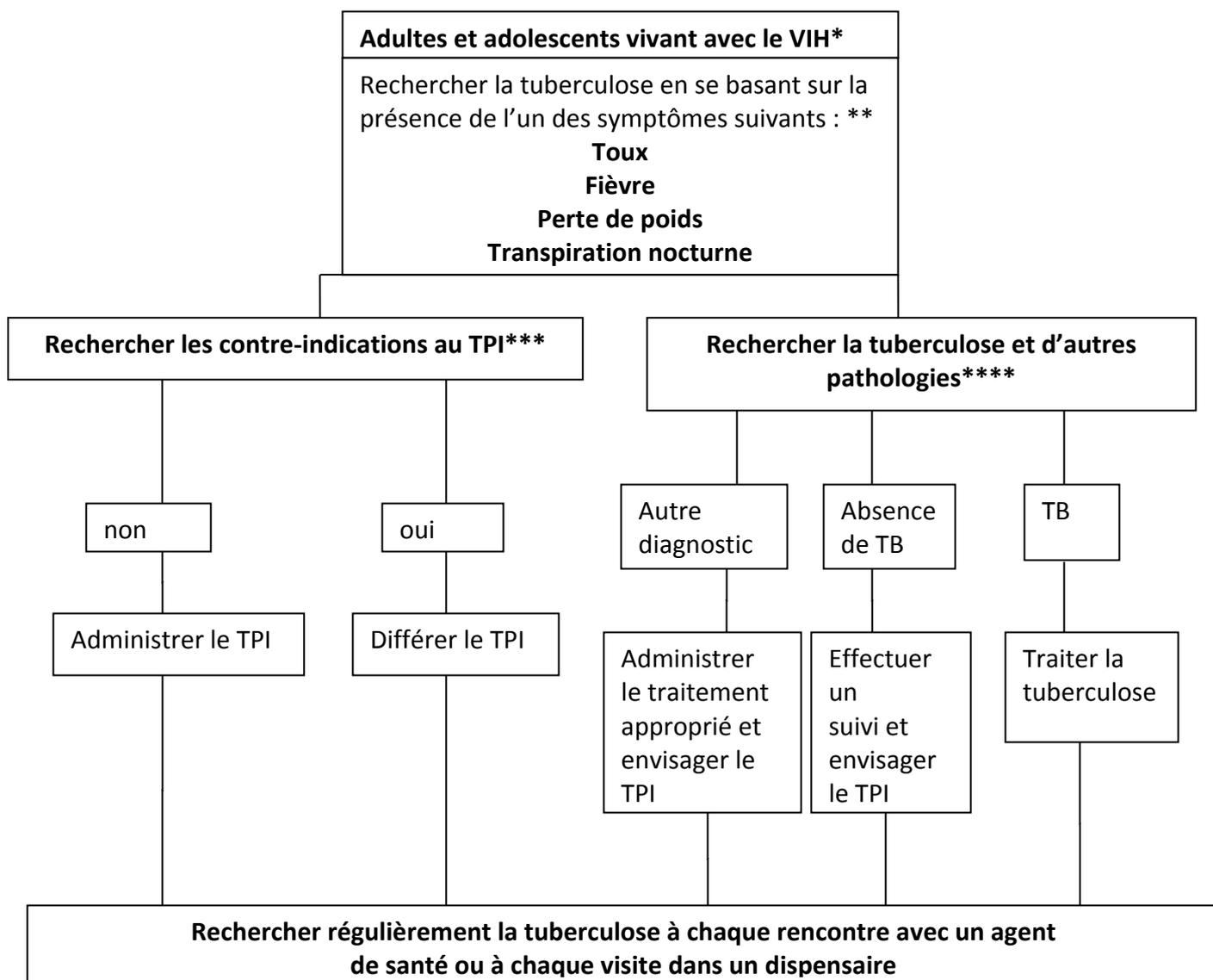
#### **→ Chimio prophylaxie à l'INH**

Il est recommandé de rechercher activement la TB chez tous les PVVIH à chaque fois que le patient visite la structure sanitaire à l'aide d'un algorithme simplifié de dépistage de la tuberculose basé sur la présence de quatre symptômes cliniques associant toux (quelque soit la durée), transpiration nocturne, fièvre ou perte de poids. Cet algorithme simplifié permet de distinguer les personnes pouvant recevoir un traitement prophylactique par isoniazide(TPI) de celles devant faire l'objet d'investigations diagnostiques plus poussées pour la tuberculose patente ou autres maladies. Les personnes ne présentant aucun des symptômes ont peu de chances d'avoir une tuberculose active (valeur prédictive négative établie à 98 %). Ils doivent recevoir avec confiance un TPI dans le cadre de services complets de prévention et de soins concernant le VIH.

La radiographie du thorax et le test cutané tuberculinique ne sont plus des examens obligatoires pour entamer un traitement préventif à l'isoniazide.

La chimiothérapie préventive diminue globalement de 33 à 64% le risque de développer la tuberculose.

**Figure :** Algorithme de dépistage de la tuberculose chez les adultes et les adolescents vivant avec le VIH dans un contexte de forte prévalence du VIH et de ressources limitées



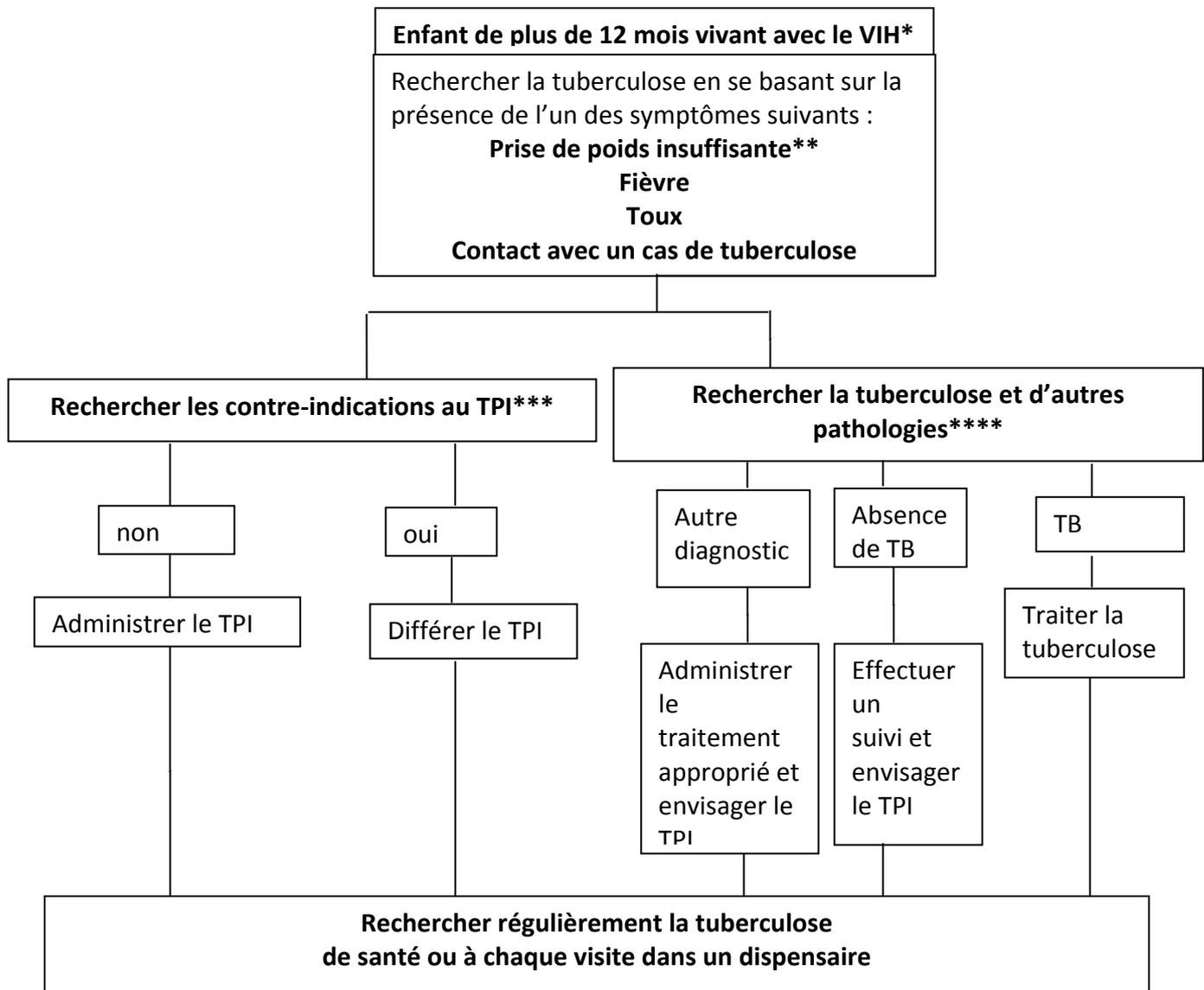
Partout où des soins sont dispensés, il convient de mettre en place les mesures de lutte anti-infectieuse afin de réduire la transmission de M. tuberculosis.

\*\* Si cela est possible, une radiographie du thorax peut être réalisée pour classer les patients dans les groupes « Présence de la tuberculose » et « Absence de tuberculose ». Elle n'est toutefois pas obligatoire.

\*\*\* Les contre-indications sont notamment : présence d'une hépatite active (aigüe ou chronique), consommation régulière et importante d'alcool et symptômes de neuropathie périphérique. Ni des antécédents tuberculeux ni une grossesse ne constituent une contre-indication pour commencer un TPI. Même si elle n'est pas obligatoire pour entamer un TPI, l'IDR peut être utilisée dans certaines situations pour déterminer l'éligibilité au traitement.

\*\*\*\* Les investigations concernant la tuberculose doivent être réalisées conformément aux lignes directrices nationales en vigueur.

**Figure :** Algorithme de dépistage de la tuberculose chez l'enfant de plus de 12 mois vivant avec le VIH



\* Tous les enfants et les nourrissons de moins d'un an doivent recevoir un TPI s'ils ont été en contact avec un cas de tuberculose.  
 \*\* On parle de prise de poids insuffisante en cas de perte de poids, ou de poids très faible (valeur du z-score du rapport poids-âge inférieure à -3), ou de sous-poids (valeur du z du rapport poids âge inférieure à - 2), ou de perte de poids confirmée (>5 %) depuis la dernière visite, ou d'aplatissement de la courbe de croissance.  
 \*\*\* Les contre-indications sont notamment : présence d'une hépatite active (aigüe ou chronique) et symptômes de neuropathie périphérique. Des antécédents tuberculeux ne constituent nullement une contre-indication à un TPI. Même s'il n'est pas obligatoire pour commencer un TPI, l'IDR peut être utilisée dans certaines situations pour déterminer si une personne est éligible au traitement.  
 \*\*\*\* Les investigations concernant la tuberculose doivent être effectuées conformément aux lignes directrices nationales en vigueur.

**Cas du nouveau-né et du nourrisson de moins de 6 mois dont la mère est atteinte d'une tuberculose contagieuse**

Les nouveaux-nés et les nourrissons allaités par les mères atteintes de tuberculose pulmonaire à microscopie positive courent un risque élevé d'être infectés et de développer la tuberculose car ils sont exposés à un risque de contamination important.

**Conduite à tenir :**

Traitement antituberculeux standard chez la mère. Elle ne doit pas surtout être séparée de son enfant et doit allaiter normalement ; lui donner les conseils d'hygiène de la toux.

S'il existe des signes cliniques et/ou radiologiques évocateurs de tuberculose chez le nouveau-né ou le nourrisson, le traitement antituberculeux doit être administré à l'enfant ;

Chez le nouveau-né ou nourrisson apparemment sain, la conduite à tenir dépend essentiellement du moment où la tuberculose maternelle a été reconnue et mise sous traitement :

- Mère traitée depuis plus de 2 ou 3 mois avant la naissance et si les bacilloscopies étaient négatives avant l'accouchement, vacciner le nourrisson par le BCG, la chimioprophylaxie est inutile ;
- Mère traitée depuis moins de 2-3 mois avant l'accouchement ou moins de 2-3 mois après et que ses bacilloscopies sont positives, prescrire au nouveau-né une chimioprophylaxie à l'isoniazide, et vacciner par le BCG à la fin de sa chimioprophylaxie ;
- Traitement institué au delà de 2 à 3 mois après l'accouchement, prescrire chimioprophylaxie au nouveau-né pendant 6 mois. Que la vaccination ait été faite ou non à la naissance, vacciner l'enfant par le BCG à la fin de la chimioprophylaxie.

### Qui doit recevoir le TPI

**Tout PVVIH doit recevoir le TPI à l'initiation du TARV après exclusion de la tuberculose évolutive**

Il s'agit de:

- Les adultes et les adolescents qui ont peu de risques d'être atteints de la tuberculose évolutive sur la base de l'algorithme clinique
- Les adultes et les adolescents traités avec succès pour la tuberculose en prophylaxie secondaire pour une durée supplémentaire de 6 mois
- Les femmes enceintes, le traitement préventif par l'isoniazide est sans risque chez la femme enceinte
- Les enfants, quel que soit leur âge qui présentent l'un des symptômes suivants : prise de poids insuffisante, fièvre, toux, ou qui ont été en contact avec un cas de tuberculose, et dont le dépistage pour la tuberculose est négatif
- Les enfants âgés de plus de 12 mois, ne présentant pas de symptômes suspects de tuberculose évolutive et qui ne sont pas en contact avec un cas de tuberculose
- Les enfants âgés de moins de 12 mois, en contact avec un cas de tuberculose et chez qui les investigations menées pour rechercher la tuberculose sont négatives
- Les enfants qui ont terminé avec succès leur traitement contre la tuberculose en prophylaxie secondaire, pour une durée supplémentaire de 6 mois

**NB :** Administrer un TPI aux personnes vivant avec le VIH n'augmente pas leur risque de développer une tuberculose résistante à l'isoniazide (INH). Les craintes quant au développement d'une résistance à l'isoniazide ne doivent donc pas empêcher d'administrer un TPI.

### Posologie de l'isoniazide et durée du TPI

- Enfants : 10 mg/kg par jour  
Posologie de INH comp. à 100 mg en fonction du poids

≤ 5 kg	5-9,9 kg	10-13,9 kg	14-19,9 kg	20-24,9 kg	> 25 kg
½ comp.	1 comp.	1 ½ comp.	2 comp.	2 ½ comp.	3 comp.

- Adultes : 1 comprimé de INH comp. à 300mg par jour, pendant 6 mois

**NB :** Sous TPI, continuer la recherche active de la TB en utilisant l'algorithme clinique pour le dépistage et rechercher les effets secondaires de l'INH.

**Tableau : Gestions des effets secondaires de l'INH**

<b>Effets secondaires</b>	<b>Mesures à prendre</b>
Euphorie, insomnie, douleurs articulaires Sècheresse buccale	Vérifier posologie et prise matinale
Hypersensibilité généralisée	Arrêt du traitement Hospitalisation immédiate du malade Institution du traitement approprié
Polynévrite	Posologie à vérifier Vitamine B6 (pyridoxine)
Hépatite avec ictère	Arrêt du traitement Surveillance Après normalisation, reprise à dose progressive pour atteindre la dose adéquate au poids

**→Prévention de la transmission nosocomiale de la tuberculose**

Il est impératif de prendre des mesures pour réduire la transmission de la TB dans les structures sanitaires et pour protéger les personnels soignants en charge des patients tuberculeux et les patients VIH dans un contexte de prévalence élevée de tuberculose et d'épidémie généralisée du VIH. Ces mesures sont :

*Administratives :*

- Séparation physique des patients tuberculeux à microscopie positive ou suspects des patients VIH positifs non tuberculeux qui peuvent facilement s'infecter et développer une maladie tuberculeuse.
- Réduction autant que possible du temps que les suspects et les cas TPM+ passent dans le centre de santé ou à l'hôpital

*Environnementales :* rôle de réduire la concentration de gouttelettes contagieuses dans l'air.

- L'hygiène de la toux : le patient tuberculeux ou suspect doit se couvrir la bouche et le nez correctement au moyen d'un mouchoir en papier. Le mouchoir sera placé, après chaque usage dans un sac en plastique qui doit être évacué quotidiennement.
- L'aération régulière de la chambre, l'ouverture des portes et fenêtres, permet l'arrivée d'air frais

*Protection individuelle.*

- Protection respiratoire du personnel soignant par le port des masques filtrant particulièrement pour les personnels s'occupant des tuberculeux multirésistants
- Tout Personnel de santé séropositif pour le VIH ne doit pas s'occuper des patients tuberculeux.
- Encourager tout le personnel à réaliser régulièrement le test VIH et changer de poste de travail à ceux qui seront VIH positifs.

• **→ Vaccination au BCG**

Les nourrissons exposés au VIH doivent recevoir normalement leur vaccin à la naissance selon le programme élargi de vaccination.

Les enfants infectés avec un degré d'immunodépression avancés sont les plus à risque de développer des complications avec les vaccins vivants.

Le BCG étant un vaccin vivant atténué, il peut provoquer une maladie disséminée (BCGite) chez les personnes malades à cause du VIH. **Il ne doit par conséquent pas être administré aux enfants connus VIH positifs.**

## **2.2 Co-infection VIH-Hépatites virales**

### **1. Introduction**

Les co-infections VIH-VHB/VHD (virus de l'hépatite B/virus delta) et VIH-VHC (virus de l'hépatite C) sont devenues l'un des premiers facteurs de co-morbidités et de mortalité en dehors du VIH, en grande partie en raison de l'augmentation de la durée de vie des PVVIH.

Du fait des modes de transmission communs au VIH et au virus de l'hépatite B (VHB) (Par voie sanguine, sexuelle ou de la mère à l'enfant), au VIH et au VHC (par voie sanguine), la prévalence de la co-infection par le VHB et par le VHC dans la population des personnes infectées par le VIH est élevée. 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).

Chez les patients co-infectés par le VHB et le VHC, L'évaluation de la maladie hépatique par les hépatologues doit être la plus précoce possible car une évolution péjorative peut être prévenue par la mise en place des traitements antirétroviraux dont certains sont très efficaces sur l'infection par le VHB.

L'objectif thérapeutique est l'éradication du virus pour le VHC, une suspension de la réplication virale du virus B afin d'obtenir une régression de la fibrose et la prévention des complications.

## **2. Co-infection VIH-VHB**

### **2.1 Épidémiologie**

La prévalence de l'infection chronique par le VHB (Ag HBs+ ou ADN VHB+) chez les malades infectés par le VIH est peu documentée dans notre milieu mais serait de 8 à 10 % (Réf...).

L'hépatite B peut être efficacement prévenue par la vaccination chez des malades infectés par le VIH. De ce fait, il est indispensable de réaliser de façon systématique un dépistage sérologique et virologique VHB complet chez l'ensemble des patients infectés par le VIH (traités ou non), avec titrage des anticorps anti-HBs ou recherche de l'ADN VHB et d'une co-infection delta le cas échéant, à répéter annuellement, en parallèle à l'application de mesures préventives (notamment la vaccination anti-VHB).

### **2.2. Histoire naturelle**

#### **▪ Effets de l'infection par le VIH sur l'hépatite B**

- L'infection par le VIH modifie l'histoire naturelle du VHB et aggrave le pronostic de l'hépatite chronique B.
- L'infection par le VIH augmente le passage à la chronicité de l'hépatite aiguë B par augmentation de la réplication virale B
- L'infection par le VIH accélère la vitesse de progression de la fibrose, le développement de la cirrhose et du carcinome hépatocellulaire

Les facteurs de mauvais pronostic au cours de la co-infection VIH/VHB sont un taux bas de CD4, la persistance de l'AgHbe, les infections multiples (VHB, VHC, VHD) et la consommation d'alcool. Ces facteurs doivent être identifiés et pris en compte dans le processus de décision de traitement

#### **▪ Effets de l'infection par le VHB sur la progression de l'infection par le VIH**

Les études effectuées n'ont pas montré d'influence de l'infection virale B sur la survie ou la progression de l'infection par le VIH.

### **2.3. Rôle des multithérapies sur l'évolution de la co-infection VIH-VHB**

Les élévations des transaminases en cas de co-infection VIH-VHB sont fréquentes et d'origines diverses:

- Hépto-toxicité des ARV ou des traitements prophylactiques des infections opportunistes ;
- Syndrome inflammatoire de reconstitution immunitaire (IRIS) sous traitement ARV, en particulier lorsque le taux de CD4 est inférieur à 200/mm<sup>3</sup> et en présence de taux élevés d'ADN VHB.

### **2.4. Comment faire le diagnostic et le bilan de l'infection par le VHB en cas de co-infection VIH-VHB ?**

La recherche des marqueurs de l'infection par le VHB (antigène HBs, anticorps anti-HBc) doit être systématique de même que la recherche d'une immunisation contre le VHB (anticorps anti-HBs).

Chez tout porteur de l'Ag HBs, une recherche des anticorps anti-delta doit être effectuée. Une sérologie delta positive doit conduire à la recherche d'une répllication virale du VHD par biologie moléculaire (ARN du VHD).

Chez les patients porteurs de l'Ag HBs, une évaluation de la sévérité de l'hépatite B et du profil virologique doit être réalisée en milieu spécialisée (Hépto gastroentérologie, médecine Interne, Infectiologie). Elle comprendra:

- un examen clinique à la recherche de signes et de symptômes d'une maladie chronique du foie,
- un dosage répété des transaminases, surtout chez les patients Ag HBe négatifs, car les fluctuations sont fréquentes,
- une détermination de la charge virale du VHB (ADN VHB) par un test quantitatif avec une bonne sensibilité (tests reposant sur l'amplification génique en temps réel avec des résultats exprimés en UI/ml et en log d'UI/ml).
- Chez les patients qui ont une cytolyse inexplicée et un profil sérologique de type anti-HBc isolé, il est opportun d'effectuer un dosage d'ADN VHB afin d'éliminer une infection occulte à VHB qui pourrait être plus fréquente chez les patients co-infectés par le VIH et/ou le VHC.

Les triples infections VIH-VHB-VHD et les quadruples infections VIH-VHB-VHD-VHC peuvent se rencontrer dans certaines populations particulières (polytransfusés...). Ce type de situation nécessite impérativement une prise en charge en hépatologie.

### **2.5. Comment évaluer l'atteinte hépatique en cas de co-infection VIH-VHB ?**

Devant une élévation des transaminases et en présence d'une charge virale détectable du VHB (> 2 000 UI/ml), une évaluation de l'atteinte hépatique doit être réalisée pour déterminer le stade de la maladie, le risque de progression vers la cirrhose et ses complications, et aider à la décision thérapeutique.

Cette évaluation, qui a pour but d'évaluer l'activité nécrotico-inflammatoire et la fibrose, repose sur l'étude histologique du foie par la Ponction-Biopsie Hépatique (PBH). Bien que non encore validés dans cette indication, les marqueurs sériques de fibrose (Fibrotest-actitest®, Fibromère® et de l'élastométrie ultrasonore impulsionnelle (Fibroscan®) sont de plus en plus utilisés comme alternative à la PBH.

Une échographie abdominale et un dosage de l'α-foetoprotéine permettent de 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.

## 2.6. Quand instituer un traitement en cas de co-infection?

Les principaux facteurs à prendre en compte dans l'indication du traitement de l'infection par le VHB sont la sévérité de la maladie hépatique et le niveau de la réplication virale. Le traitement est indiqué en présence de preuves histologiques de maladie active et/ou avancée (activité ≥ A2 et/ou fibrose ≥ F2).

*Chez le patient co-infecté VIH-VHB, les traitements sont institués plus largement compte tenu de l'activité de certaines molécules anti-VIH (LAMIVUDINE, TENOFOVIR) contre le VHB.*

## 2.7. Quels médicaments anti-VHB en cas de co-infection VIH-VHB ?

On dispose :

- d'un traitement de durée limitée par l'interféron pégylé
- et d'un traitement de longue durée par des analogues nucléosidiques ou nucléotidiques.

### ▪ Interféron pégylé

De nombreuses études ont démontré son efficacité chez les patients mono-infectés par le VHB. Chez les patients co-infectés VIH-VHB, l'interféron peut être une option intéressante **s'il n'existe pas d'indication à débiter un traitement antirétroviral** et surtout en présence de l'Ag HBe, d'une réplication virale faible, d'un taux élevé d'ALAT et d'une infection à VHB de génotype A ou B, qui sont prédictifs d'une meilleure réponse au traitement. La durée de traitement est de 48 semaines, quel que soit le statut HBe. Son coût élevé et ses nombreux effets secondaires restent le principal facteur limitant d'accès à ce traitement.

### ▪ Lamivudine et emtricitabine

Ce sont deux analogues nucléosidiques largement utilisés dans l'infection par le VIH et actifs sur le VHB.

La Lamivudine a pour avantage sa simplicité d'utilisation et sa faible toxicité. Son principal inconvénient est d'induire constamment des mutations de résistance vis-à-vis du VHB. L'arrêt brutal de la Lamivudine sans relais par un autre traitement comporte un risque élevé de réactivation virale associée à un rebond clinique et biologique de l'hépatite B, parfois grave. Cet arrêt doit donc être évité. **L'usage de la Lamivudine en monothérapie anti-VHB n'est pas recommandé chez les patients co-infectés. Elle est donc toujours incluse dans les combinaisons antirétrovirales à la posologie de 300 mg/24 h.**

- **L'Emtricitabine** (200 mg/j) est une molécule très proche de la lamivudine dont elle partage les avantages, les inconvénients et les règles d'utilisation. La résistance à l'emtricitabine est croisée avec celle de la lamivudine.
- **Ténofovir**

Le Ténofovir (Viread®), est un analogue nucléotidique proche de l'Adéfovir, utilisé dans le traitement de l'infection par le VIH. L'efficacité du Ténofovir dans le traitement de l'hépatite chronique B a été démontrée chez les patients mono-infectés par le VHB et chez les patients co-infectés par le VIH-VHB.

Chez les patients co-infectés VIH-VHB, le Ténofovir est le plus souvent utilisé en association avec la Lamivudine ou l'Emtricitabine.

## 2.8. Quelles stratégies thérapeutiques en cas de co-infection VIH-VHB ?

Les trois paramètres pris en compte pour l'initiation du traitement sont :

- le niveau d'ADN VHB sérique (> 2 000 UI/ml) ;
- l'élévation des ALAT ;
- les lésions histologiques hépatiques, au mieux par PBH (activité  $\geq$  A2 et fibrose  $\geq$  F2).

Le choix thérapeutique repose sur deux éléments notamment l'indication ou non d'un traitement antirétroviral et la présence éventuelle d'une cirrhose.

**En pratique : En cas de co-infection VIH-VHB, certains experts conseillent devant l'indication d'un traitement ARV d'inclure systématiquement une multi thérapie comportant le Ténofovir+Lamivudine ou Ténofovir+Emtricitabine**

## 2.9. Comment surveiller le traitement ?

Chez les patients Ag HBs+ traités pour leur infection à VHB, une surveillance au moins trimestrielle des transaminases et de la charge virale du VHB doit être réalisée. L'efficacité des traitements doit être appréciée sur la baisse continue et l'obtention d'une charge virale indétectable, ainsi que sur la séroconversion HBe. La recherche de l'Ag HBs doit être faite régulièrement (6 ou 12 mois) pour apprécier une perte de ce marqueur, puis l'acquisition des anticorps anti-HBs, en particulier avec les traitements assurant un bon contrôle de la réplication virale.

Une résistance doit être suspectée, après vérification de l'observance, devant l'augmentation confirmée de plus d'un log de la charge virale. Dans cette situation, la détermination de la séquence du gène codant la polymérase virale peut être justifiée.

## 2.10. Quand et qui vacciner en cas de co-infection ?

La vaccination contre l'hépatite A des personnes infectées par le HIV est recommandée chez les personnes infectées par le VHC ou le VHB. Elle est indiquée surtout en cas de maladie hépatique sévère (cirrhose). La vaccination est conseillée après un contrôle de l'absence d'anticorps anti-VHA. Elle est moins efficace si les CD4 sont inférieurs à 200/mm<sup>3</sup>.

## 3. Co-infection VIH-VHC

### 3.1. Epidémiologie

La séroprévalence de l'infection par le VHC chez les patients infectés par le VIH a été estimée au Cameroun à 10 p. 100. Cette prévalence varie beaucoup en fonction des études réalisées.

### 3.2. Histoire naturelle de la co-infection VIH-VHC

#### Influence du VIH sur l'infection à VHC

L'infection par le VIH modifie significativement l'histoire naturelle du VHC :

- Augmente la charge virale VHC d'un facteur 2 à 8, ce qui entraîne d'une part une augmentation du risque de transmission materno-fœtale et de transmission sexuelle du VHC par rapport à la mono-infection VHC, et d'autre part une diminution de la guérison spontanée après une hépatite aiguë C.
- Aggrave le pronostic de l'infection par le VHC, avec une progression plus rapide de la fibrose hépatique. Un taux de CD4 inférieur à 200/mm<sup>3</sup> est un facteur indépendant associé à une progression plus rapide de la maladie VHC dans la plupart des études.

#### Influence du VHC sur l'histoire naturelle du VIH

L'infection par le VHC ne semble pas influencer l'évolution de l'infection par le VIH que ce soit en termes de progression de la maladie VIH ou de restauration immunitaire sous multi

thérapie antirétrovirale. Par contre, on note une toxicité hépatique plus fréquente des antirétroviraux.

### 3.3. Diagnostic et bilan de l'infection par le VHC

#### ▪ Comment faire le diagnostic biologique et virologique ?

Toute personne infectée par le VIH doit bénéficier d'une recherche d'anticorps anti-VHC par un test ELISA de dernière génération.

Lorsque les anticorps anti-VHC sont positifs, la recherche d'une répllication virale C par PCR doit être effectuée systématiquement. Sa positivité permet de discuter ou non l'intérêt de la détermination du génotype et d'une évaluation de l'atteinte hépatique (par Biopsie hépatique ou par des tests non invasifs comme le Fibrotest®, le Fibromètre®, le Fibroscan®), afin de discuter la mise en route d'un traitement.

La mesure de la charge virale doit également être effectuée chez toute personne infectée par le VIH ayant une sérologie antivirale C négative, lorsqu'il existe une élévation inexplicquée des transaminases et un facteur de risque d'exposition au VHC.

#### ▪ Comment faire l'évaluation de l'atteinte hépatique ?

Elle guide et conditionne l'attitude thérapeutique et la surveillance du patient. Elle relève du domaine des spécialistes (hépato gastroentérologues, infectiologues et internistes formés à la prise en charge des hépatites virales). *Il est important de noter qu'en raison du coût élevé de cette évaluation, celle-ci ne doit être réalisée que si la mise en route d'un traitement anti-VHC est possible.*

Elle comprend habituellement un premier bilan qui comporte au minimum les éléments suivants :

- ASAT, ALAT, GGT, PAL, bilirubine totale et conjuguée, albuminémie ;
- NFS, plaquettes ;
- TP
- ARN VHC (techniques de PCR)
- génotype VHC;
- Ag HBs (et Ac anti delta si Ag HBs positif)
- $\alpha$ -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. Si ce premier bilan ne montre pas de signe évident en faveur de lésions de cirrhose,

Une évaluation des lésions hépatiques par ponction-biopsie hépatique ou par techniques non invasives doit être réalisée.

### 3.4. Traitement de la co-infection VIH-VHC

#### ▪ Quel est l'impact du VHC sur les traitements antirétroviraux ?

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'abacavir 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.

#### ▪ Quel est l'impact des traitements antirétroviraux sur l'hépatite virale C ?

L'instauration d'une multithérapie antirétrovirale a le plus souvent un effet bénéfique sur l'évolution de la maladie hépatique C. 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.

- **Quelles sont les interactions entre traitements antirétroviraux et traitement de l'hépatite C ?**

La didanosine et la stavudine ont été retirés de l'arsenal thérapeutique des médicaments antirétroviraux. Leur association à la ribavirine était contre-indiquée en raison du risque majeur de pancréatite aiguë et/ou de cytopathie mitochondriale et d'anémie. L'introduction d'une bithérapie par interféron (IFN)-ribavirine est susceptible de majorer le risque de survenue d'une anémie par insuffisance médullaire chez les patients traités par zidovudine, du fait de sa myélotoxicité. Cette association doit être évitée. L'utilisation d'abacavir pourrait réduire la probabilité de succès virologique du traitement anti-VHC, possiblement du fait d'une interaction avec la ribavirine. Une telle association, lorsqu'elle est nécessaire, renforce la nécessité d'utiliser des doses conséquentes de ribavirine, voire de s'appuyer sur un monitoring des taux plasmatiques de ribavirine lorsqu'ils sont disponibles

- **Quel traitement anti-VHC et quelle durée en cas de co-infection ?**

- **Indications thérapeutiques**

La décision de traitement sera au mieux prise au sein d'une concertation multidisciplinaire où la parole du patient trouve une place essentielle, en intégrant les critères suivants :

- **Histologie :**

L'indication du traitement anti-VHC est une fibrose hépatique significative ( $\geq$  F2 en score METAVIR), quel que soit le degré d'activité, ou une fibrose hépatique modérée (F1) associée à des signes d'activité importante ( $\geq$  A2).

- **Génotype VHC:**

Les recommandations internationales, de la dernière conférence européenne de consensus, recommandent l'instauration d'un traitement anti-VHC sans évaluation des lésions histologiques hépatiques dans les cas suivants :

- infection par un VHC de génotype 2 ou 3
      - infection VHC par un génotype 1 avec une charge virale VHC faible ( $<800.000$ UI/ml). Pour les patients co-infectés de génotype 1 dont la charge virale VHC est élevée, la décision d'instaurer un traitement doit intégrer le stade de la maladie hépatique.

- **Biochimie**

Le taux de transaminases n'est pas corrélé avec le stade de la fibrose hépatique, notamment chez les co-infectés VIH-VHC. La normalité des transaminases ne doit donc pas constituer un argument pour différer un traitement anti-VHC. Dans cette situation, l'évaluation de l'atteinte hépatique fournit des arguments utiles à la prise d'une décision plus éclairée pour débiter ou différer le traitement anti-VHC

- **Clinique :**

L'instauration d'un traitement anti-VHC sans évaluation des lésions histologiques hépatiques est également admis en cas d'atteinte extra hépatique notamment vascularite cryoglobulinémique. En cas de cirrhose décompensée, les traitements à base d'interféron sont contre-indiqués.

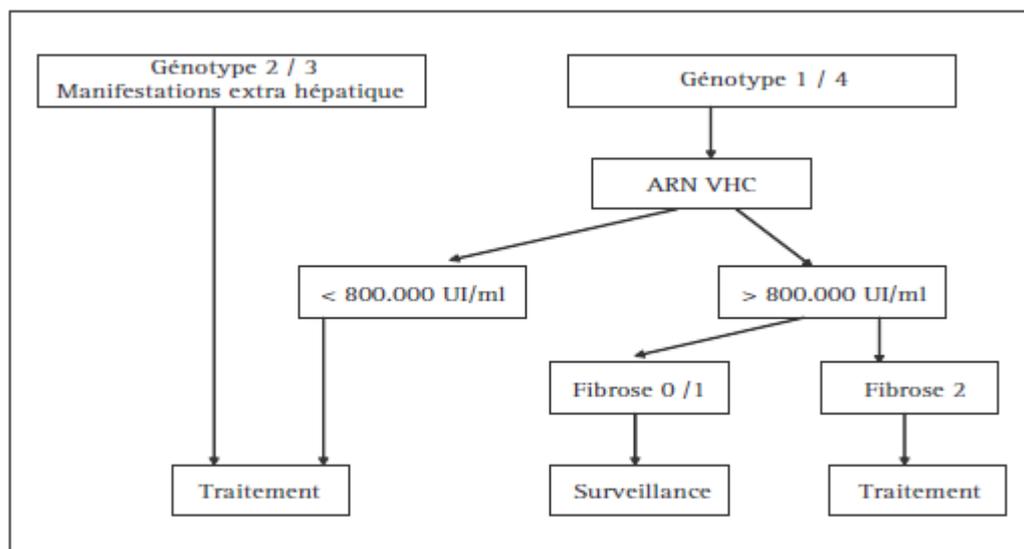


Figure 1. - Indications thérapeutiques VHC.

▪ **Comment surveiller les patients non traités ?**

La surveillance des patients non traités est indispensable pour détecter une progression de la fibrose hépatique et la survenue de complications.

Elle doit reposer sur l'évaluation au moins annuelle des marqueurs non invasifs de fibrose, l'échographie abdominale (tous les 3 mois en cas de fibrose  $\geq 3$ ) et éventuellement la réévaluation de l'atteinte histologique par PBH en cas de co-morbidités.

▪ **Quelles sont les stratégies de traitement ?**

Plusieurs situations peuvent être distinguées selon que la personne co-infectée reçoit ou non un traitement antirétroviral.

○ **Patient non traité pour le VIH et sans indication de traitement pour le VIH**

Il s'agit de la situation la plus simple puisque le traitement s'adresse à une personne immunocompétente. Dans cette situation, la conduite du traitement pour le VHC est proche de celle préconisée chez les sujets mono-infectés. Cependant, il convient de rester attentif au risque de diminution des CD4 d'environ 100/mm<sup>3</sup> (sans variation de pourcentage) sous interféron.

○ **Patient non traité pour le VIH avec indication de traitement pour le VIH**

Dans cette situation, le traitement du VIH doit être privilégié en utilisant un traitement antirétroviral prenant en compte le traitement anti-VHC à venir qui sera mis en place

○ **Patient recevant un traitement antirétroviral**

Un traitement antiviral C peut être envisagé si l'infection VIH est bien maîtrisée. Ce traitement est cependant émaillé par la survenue de nombreux effets indésirables. La mise à disposition d'antirétroviraux moins toxiques, une meilleure gestion des effets indésirables et l'utilisation plus large des facteurs de croissance ont amélioré la tolérance du traitement de l'hépatite C chez les patients traités par antirétroviraux.

**En pratique**

L'initiation d'un traitement antirétroviral chez un patient co-infecté VIH-VHC :

- ne doit pas être retardée et doit respecter les recommandations actuelles
- est prioritaire sur le traitement anti-VHC lorsque tous deux sont nécessaires
- doit prendre en compte le potentiel hépatotoxique de la plupart des antirétroviraux,
- nécessite d'adapter le choix des molécules ARV, en particulier :

- en cas d'insuffisance hépatocellulaire modérée (cirrhose Child-Pugh B), d'utiliser avec prudence les INNTI, certaines IP/r et l'abacavir
- en cas d'insuffisance hépatique sévère (cirrhose Child-Pugh C), d'éviter les INNTI, certains IP/r et l'abacavir, sauf si aucune alternative thérapeutique antirétrovirale efficace n'est envisageable
- doit prendre en compte le risque d'interactions avec une bithérapie anti-VHC concomitante ou prévue à court terme
  - en proscrivant la didanosine
  - en évitant d'utiliser la stavudine et la zidovudine
  - en étant prudent quant à l'utilisation de l'abacavir

### **Durée du traitement**

La durée du traitement est plus souvent prolongée en cas de co-infection VIH-VHC. en fonction de la cinétique de décroissance virale C, la durée de traitement en cas de co-infection peut être de 48 semaines en cas de génotype 2 ou 3 (contre 24 cas en cas de mono-infection) et 72 semaines en cas de génotype 1 et 4 (contre 48 semaines en cas de co-infection).

## **2.3. Infections sexuellement transmissibles et autres affections génitales non transmissibles**

### **1. Généralités**

Il arrive fréquemment d'observer chez le même patient une infection à VIH, d'autres IST et des infections de l'appareil reproducteur non transmissibles par voie sexuelle. La plupart des infections sont asymptomatiques, particulièrement chez la femme. Même asymptomatiques, les IST peuvent être à l'origine de complications et augmenter les risques d'acquisition ou de transmission du VIH.

En outre, l'infection à VIH modifie l'histoire naturelle des IST. Les objectifs du diagnostic et de la prise en charge des IST comprennent l'identification de l'infection, l'administration du traitement approprié et la prévention. En effet, conformément aux recommandations de l'OMS, de l'ONUSIDA et de l'UNFPA, la lutte contre les Infections Sexuellement Transmissibles est une composante prioritaire pour la prévention contre le VIH/SIDA notamment pour la transmission de l'infection à VIH de la mère à l'enfant. Aussi, le pays a intégré la prévention et la prise en charge syndromique des Infections Sexuellement Transmissibles dans le Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA.

Le dépistage, le diagnostic et le traitement des IST doivent être offerts de manière systématique dans le cadre des soins complets de l'infection à VIH chez l'adulte et chez l'adolescent.

### **2. Signes/symptômes, étiologies et conduite à tenir des principales IST**

La prise en charge des IST doit tenir compte de plusieurs objectifs qui sont :

- Identifier les IST chez tout patient, leur localisation, manifestations spécifiques et leurs complications
- Prendre en compte les interactions entre le VIH et les IST
- Appliquer les étapes cliniques de l'examen global du patient (voir dossier clinique)
- Traiter les IST et le VIH selon les recommandations nationales
- Travailler dans un contexte de prise en charge globale

**Deux approches :**

## 2- 1 APPROCHE SYNDROMIQUE

SYNDROME	SYMPTOMES	SIGNES	CAUSES-IST	CONDUITE A TENIR
Écoulement vaginal	Écoulement vaginal Inhabituel Démangeaison vaginale Dysurie (douleur à la miction) Dyspareunie (douleurs pendant les rapports sexuels)	Écoulement vaginal anormal	VAGINITE : – Trichomonase – Candidose CERVICITE : – Gonorrhée – Infection à chlamydia	<p><b>Premier choix :</b> <b>Métronidazole</b> 2 g, par voie orale en dose unique, ou <b>métronidazole</b> 400 ou 500 mg, par voie orale deux fois par jour pendant 7 jours.</p> <p><b>Autres médicaments hautement efficaces :</b> <b>Clindamycine</b> crème à 2 %, un applicateur entier (5 g), par voie intravaginale, au coucher, pendant 7 jours, ou <b>Clindamycine</b> 300 mg par voie orale 2 fois par jour pendant 7 jours ; <b>Tinidazole</b> 2 g, par voie orale, en dose unique, ou <b>tinidazole</b> 500 mg, par voie orale deux fois par jour pendant 5 jours.</p> <p><b>Traitement de la vaginite à candida albicans</b> <b>Premier choix :</b> <b>miconazole</b> 200 mg ovule vaginal, un par jour pendant 3 jours, ou <b>Clotrimazole</b> 100 mg, comprimés vaginaux, deux par jour pendant 3 jours, ou <b>fluconazole</b> 150 mg comprimé oral en dose unique.</p> <p><b>Autres médicaments hautement efficaces :</b> <b>Nystatine</b> 100 000 unité comprimé vaginal, 1 par jour pendant 14 jours.</p> <p><b>Si la femme est enceinte ou allaitante : après le premier trimestre :</b> <b>Miconazole</b> 200 mg suppositoires vaginaux, un par jour pendant 3 jours, ou <b>Clotrimazole</b> 100 mg, comprimés vaginaux, deux par jour pendant 3 jours,</p>

				ou <b>Nystatine</b> 100 000 unité comprimé vaginal, 1 par jour pendant 14 jours - Eduquer et conseiller
<b>Ecoulement urétral</b>	Ecoulement urétral Dysurie Mictions fréquentes	Ecoulement urétral (au besoin demandez au patient d'exprimer cet écoulement)	Gonorrhée Infection à Chlamydia	- <b>Ciprofloxacine</b> 500 mg par voie orale en dose unique + - <b>Doxycycline</b> 100 mg par voie orale 2 fois par jour pendant 14 jours + - Contrôle après 3 jours Eduquer et conseiller
<b>Ulcération genital</b>	Lésion génitale Vésicules ou lésions ulcératives	Ulcère génital	Syphilis Chancre mou Herpes génital	<b>Benzathine-pénicilline</b> 2,4 millions d'unités en une seule injection intramusculaire + <b>Ciprofloxacine</b> 500 mg per os 4 fois par jour pendant 7 jours + <b>Acyclovir</b> 200 mg per os 3 fois 2cp par jour pendant 7 jours. + <b>Polyvidone iodée</b> (Eosine aqueuse) Eduquer et conseiller
<b>Syndrome anal</b>	Douleurs anale saignement lors de la défécation Secrétions anormales jaunes ou saignement	Vésicules ou lésions ulcératives Secrétions anormales jaunes ou saignement Fissure Fistule	Herpes génital Maladie hémorroïdaire Cancer (HPV) Traumatisme Fissure Fistule	<b>Acyclovir</b> 200 mg per os 5 fois par jour pendant 5 à 7 jours. Pommades et suppositoires anti-hémorroïdaires Soins locaux en évitant les produits irritants Lutte contre la constipation Chirurgie si indication Référer si indication

<b>Douleurs abdominales basses</b>	Douleurs abdominales basses Dyspareunie (douleurs pendant les rapports sexuels)	Ecoulement vaginal Sensibilité abdominale basse à la palpation Température >38°	Gonorrhée Infection à chlamydia Infections mixtes Anaérobies	- <b>Ciprofloxacine</b> 500 mg per os 2 par jour pendant 3 jours + - <b>Doxycycline</b> 100 mg per os 2 par jour pendant 14 jours + - <b>Métronidazole</b> 500 mg per os 2 cp par jour pendant 14 jours, + - <b>Ibuprofène</b> 400mg cp per os 3cp par jour pendant 5 jours - Eduquer et conseiller
<b>Tuméfaction du Scrotum</b>	Douleur du scrotum et tuméfaction	Tuméfaction du scrotum	Gonorrhée Infection à chlamydia	- <b>Ciprofloxacine</b> cp 500 mg per os en dose unique Ou - <b>Erythromycine</b> cp 500 mg par voie orale 4 fois par jour pendant 7 jours + <b>Doxycycline</b> cp 100mg per os 2 fois par jour pendant 14 jours. - Analgésiques si nécessaire. - Contrôle après 7 jours Eduquer et conseiller
<b>Bubon inguinal</b>	Ganglions inguinaux hypertrophiés et douloureux	Ganglions inguinaux hypertrophiés Fluctuation Abscess ou fistules	Lymphogranulome vénérien (LGV) Chancre mou	- <b>Doxycycline</b> 100 mg par voie orale 2 fois par jour pendant 14 jours, Ou - <b>Erythromycine</b> 500 mg par voie orale 4 fois par jour pendant 14 jours + <b>Ciprofloxacine</b> 500 mg par voie orale 4 fois par jour pendant 7 jours Ou - <b>Azithromycine</b> 1 g par voie orale en dose unique, - Contrôle après 3 jours Eduquer et conseiller
<b>Conjonctivite du nouveau-né</b>	Paupières enflées Ecoulement Le bébé ne peut pas ouvrir les yeux	Œdème des paupières Ecoulement purulent	Gonorrhée Infection à chlamydia	sérum physiologique antibiotiques: - <b>Tétracycline 1% pommade</b> 2 applications par jours pendant 10 jours

				<p style="text-align: center;">+</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Ceftriaxone</b> : 50 mg en IM avec un maximum de 125mg en prise unique</li> <li>- Contrôle après 3 jours, 7 jours, 10 jours</li> <li>+ Prise en charge de la mère</li> </ul>
--	--	--	--	---

## 2-2 APPROCHE ETIOLOGIQUE

ETIOLOGIE	GERME	TRANSMISSION PAR TYPE DE RAPPORT SEXUEL	LOCALISATION	SYMPTOMATOLOGIE	CONDUITE A TENIR
<b>GONOCOCCIE</b>	Neisseria gonorrhea (bactérie)	Vaginal Oral Anal Oro anal	Urètre Vagin Gorge Anus	<p>Urétrite : sécrétion anormale jaune purulente plus ou moins brûlure à la miction ou à l'éjaculation</p> <p>Vaginite : Douleurs pendant les rapports sexuels ou sécrétions purulentes</p> <p>Pharyngite : gorge sèche, douleur pharyngée et toux évoquant une infection respiratoire virale</p> <p>Anite : sécrétion anormale jaune ou saignement plus ou moins douleur et saignements lors de la défécation ou des rapports anaux</p>	<p>Examen clinique plus test rapide si disponibilité (prélèvement)</p> <p>Traitement (antibiotiques) du patient et du (des) partenaire(s)</p> <p>Dépistage régulier pour les infections asymptomatiques</p>
<b>Chlamydirose</b>	Chlamydia trachomatis (bactérie)	Vaginal Oral Anal Oro anal	Urètre Vagin et organe génital féminin Scrotum Anus	<p>Urétrite : sécrétion anormale jaune purulente plus ou moins brûlure à la miction ou à l'éjaculation</p> <p>Vaginite :</p> <p>Infection du scrotum : inflammation et douleur autour des testicules</p> <p>Anite : sécrétion anormale jaune ou saignement plus ou moins douleur et</p>	<p>Examen clinique plus test bactériologique si disponibilité (prélèvement)</p> <p>Traitement (antibiotiques) du patient et du (des) partenaire(s)</p>

				saignements lors de la défécation ou des	Dépistage régulier pour les infections asymptomatiques
<b>Syphilis</b>	Tréponèma pallidum (bactérie)	Vaginal Oral Anal Oro anal	Peau ou muqueuse organes génitaux externe bouche SNC	3 stades de l'infection : Syphilis primaire. Ulcération (chancre) indolore, indurée, à l'endroit de l'inoculation Syphilis secondaire : éruption cutanée, atteinte neurologique (méningite), ophtalmologique Syphilis tertiaire : atteinte neurologique (paralysie générale, tabes)	Examen clinique plus test rapide si disponibilité (sinon RPR VDRL), test de confirmation Traitement (antibiotiques) du patient et du (des) partenaire(s) Dépistage annuel Dépistage régulier pour les infections asymptomatiques
<b>Chancre mou</b>	Haemophilus ducreyi		Peau ou muqueuse organes génitaux externes Ganglions inguinaux	Ulcération inflammatoire, douloureuse, profonde, non indurée, prurit Adénopathie satellite	Examen clinique Traitement (Ceftriaxone) aspiration des ganglions inguinaux
<b>Herpes</b>	Herpes simplex virus type 1 ou 2	Vaginal Oral Anal Oro anal	Peau ou muqueuse organes génitaux externes et bouche	Vésicules puis ulcération douloureuses uniques ou multiples	Examen clinique Traitement (acyclovir) du patient et du (des) partenaire(s) Dépistage annuel pour les infections asymptomatiques
<b>Condylomes ou crêtes de coq</b>	Human Papilloma Virus	Vaginal Anal	Région génito anale (plus	Végétation vénérienne : excroissances cutanéomuqueuses augmente le risque	Examen clinique y compris anoscopie

			urètre)	de cancer anal	Cryothérapie (lésion externe) ou exérèse chirurgicale et application topique
<b>Lymphogranulomatose vénérienne</b>	Chlamydia trachomatis	Vaginal Oral Anal Oro anal	Région génito anale (plus urètre)		Examen clinique Traitement (doxycycline) du patient et du (des) partenaire(s) Dépistage annuel pour les infections asymptomatiques
Hépatite A	Virus de l'hépatite A-VHA	Oro-fecal Sexe oro-anal Echange de sex toys	Systémique (Foie++)	Ictère, fièvre et défaillance hépatique aigue	Examen clinique plus sérologie (AcVHA type Ig M) Traitement symptomatique Vaccination Dépistage annuel pour les autres infections asymptomatiques
Hépatite B	Virus de l'hépatite B-VHB	Tous rapports sexuels non protégés, injection de drogue Transfusion sanguines à risque Transmission mère-enfant	Systémique (Foie++)	Hépatite aigue : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ asymptomatique</li> <li>▪ ou signes non spécifiques (nausée, vomissements, syndrome pseudogrippal)</li> <li>▪ ictère</li> </ul> Hépatite chronique : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ asymptomatique</li> <li>▪ ou signes non spécifiques (fatigue, ictère, urines foncées</li> <li>▪ ou signes de complication</li> </ul>	Examen clinique Examen virologique (Ag HBs, Ac HBc et Ac HBs) Examen biochimique (ALAT, ASAT) Si co-infection VIH-VHB, initiation précoce et adaptée des ARV Dépistage annuel pour les autres infections

				(cancer, cirrhose)	asymptomatiques
Hépatite C	Virus de l'hépatite C-VHC	Sexe anal (notamment fist-fucking) injection de drogue Transfusion de sang et dérivés	Systémique (Foie++)	Idem VHB	Examen clinique Examen virologique (Ac HCV, ARN VHC si Ac HCV positif) Examen biochimique (ALAT, ASAT) Traitement en fonction de l'éligibilité Si co-infection VIH-VHC, initiation précoce et adaptée des ARV Dépistage annuel pour les autres infections asymptomatiques

### 3. La prévention des IST

Toutes les IST, y compris le VIH sont évitables. La prévention repose sur les « 4 C » (conseil, contact, condom et compliance). Elle peut être primaire ou secondaire. La **prévention primaire** consiste à éviter que les individus soient infectés par une IST ou par le VIH, la **prévention secondaire** consiste en la fourniture de traitement et de soins aux personnes infectées pour éviter toute transmission de l'infection aux autres.

#### Prévention primaire

Adopter un comportement sexuel plus sûr et ne s'engager que dans des actes sexuels à moindre risque.

Un comportement sexuel plus sûr implique de :

- s'abstenir de toute relation sexuelle ;
- retarder l'âge du premier rapport ;
- rester réciproquement monogame toute sa vie ;
- réduire le nombre des partenaires sexuels ;
- utiliser correctement et systématiquement le préservatif.

Des actes sexuels à moindre risque impliquent de :

- ne s'engager que dans des rapports sexuels sans pénétration : masturbation mutuelle et caresses corporelles ;
- ne s'engager dans des rapports sexuels avec pénétration que si l'on utilise des préservatifs (masculins ou féminins). Les actes sexuels avec pénétration incluent les rapports sexuels vaginaux, oraux et anaux.

#### Prévention secondaire

Elle peut se faire par :

##### ➤ la promotion d'une attitude de recherche de soins par :

- des campagnes d'éducation du public ;
- l'ouverture d'établissements de santé non stigmatisants ni discriminatoires ;
- la fourniture de soins de qualité ;
- l'assurance d'un réapprovisionnement régulier en médicaments efficaces ;
- l'assurance d'un réapprovisionnement régulier en préservatifs ;

##### ➤ le traitement rapide et efficace des individus atteints d'IST :

- la prise en charge générale des syndromes des IST ;
- la formation des prestataires de services pour la prise en charge des cas ;

##### ➤ le dépistage des cas :

- l'examen des femmes présentant de légers symptômes lorsqu'elles viennent au centre de santé dans les services de santé maternelle et infantile et de planification familiale ;
- la notification au partenaire et son traitement ;
- l'éducation, le dépistage et le traitement des groupes de population cibles qui peuvent s'exposer aux risques d'infection, comme les professionnel(le)s du sexe, les chauffeurs routiers, les militaires, les hommes qui ont des rapports avec les hommes et les jeunes, y compris les sportifs et les artistes.

#### Conditions pour une bonne prise en charge globale des IST

- Centrer les soins sur la personne et se baser sur la famille et la communauté du malade (Traiter le(s) partenaire(s) sexuel(s))

- Inclure le soutien psychologique, les soins cliniques, le soutien économique et social, l'accès aux droits, ainsi que le soutien aux familles et aux communautés touchées par la pandémie (Donner des conseils pour l'observance du (des) traitement (s))
- Promouvoir des approches intégrées pour lutter contre les co-infections telles que VIH-tuberculose et VIH-hépatites
- Assurer une continuité entre les soins et le soutien aux malades, grâce à une meilleure coordination entre les services de santé publics et privés, et les programmes de soins à domicile (Accompagnement à l'observance)
- Donner des conseils pour la réduction des risques (conseil pour le dépistage du VIH et des hépatites, utilisation des préservatifs)
- Référer le patient à un autre niveau de compétence si nécessaire

## 2.4 Infection à cryptocoque

### 1. Dépistage et prophylaxie

La méningite à cryptocoque est l'une des infections opportunistes les plus importantes et contribue à une mortalité élevée chez les PVVIH au stade d'immunodépression avancé, avant et après l'initiation du traitement antirétroviral.

Le dépistage se fait par la recherche de l'antigène de *Cryptococcus neoformans* (AgCr) dans le sérum, plasma, LCR et urines.

Pour les patients asymptomatiques et avec antigenémie positive, considérer une prophylaxie antifongique si les CD4 sont inférieurs à  $100 /\text{mm}^3$ , avant le début traitement ARV pour réduire le risque de survenue de la maladie.

La prophylaxie primaire antifongique systématique pour l'infection à cryptocoque n'est pas recommandée chez les PVVIH avec  $\text{CD4} < 100/\text{mm}^3$  avant la mise sous TARV, lorsque l'Antigène de cryptocoque est négatif ou lorsque le statut antigénique n'est pas connu, La recherche systématique de l'Ag de cryptocoque et la prescription d'une prophylaxie antifongique chez les enfants et adolescents avec  $\text{CD4} < 100/\text{mm}^3$  avant l'initiation du TARV, n'est pas recommandée

### 2. Quand débiter le traitement antirétroviral en cas de cryptococcose méningée

Chez les patients atteints d'une méningite à cryptocoque la mise en route immédiate du traitement antirétroviral n'est pas recommandée en raison du risque élevé de survenue d'un syndrome de reconstitution immunitaire avec atteinte du système nerveux central, pouvant menacer le pronostic vital.

Chez un patient VIH avec diagnostic récent de méningite à cryptocoque, le TARV doit être différé jusqu'à l'obtention d'une bonne réponse clinique sous traitement antifongique : (Recommandations OMS 2011)

- Débiter le TARV après 2 à 4 semaines d'induction et de consolidation de traitement si le régime comporte l'amphotéricine + flucytosine ou fluconazole
- Ou après 4 à 6 semaines d'induction et de consolidation si le régime thérapeutique comporte du fluconazole par voie orale à fortes doses

## 2.5. Toxoplasmose

### 1. Définition et généralités

La toxoplasmose est l'ensemble de manifestations dues au toxoplasme, parasite protozoaire nommé *Toxoplasma gondii*. Il s'agit d'une parasitose cosmopolite. Chez le sujet

infecté par le VIH, les manifestations cliniques surviennent dans le cadre d'une ré-infestation endogène (réactivation des kystes restés à l'état quiescent).

La toxoplasmose survient en règle avec un taux de CD4+ < 200/mm<sup>3</sup> (rare quand CD4+ > 200/mm<sup>3</sup>) et en l'absence de prophylaxie spécifique.

## 2. Manifestations

Les localisations les plus fréquentes de la toxoplasmose au cours de l'infection à VIH sont la toxoplasmose cérébrale et la chorio-rétinite toxoplasmique. Plus rarement, il peut s'agir d'une pneumopathie interstitielle ou de la forme disséminée avec choc septique. Tous les organes peuvent être virtuellement envahis par le toxoplasme.

La toxoplasmose cérébrale est la plus fréquente des infections du système nerveux central. Elle est responsable d'un tableau aigu associant une fébricule ou une fièvre peu élevée, céphalées, signes de focalisation en fonction de la localisation des abcès, crises convulsives, parfois troubles de vigilance. Les localisations les plus fréquentes sont les lobes frontaux et les noyaux gris centraux. Le principal diagnostic différentiel de la toxoplasmose cérébrale est le lymphome cérébral.

L'atteinte chorio-rétinienne est caractérisée par une baisse de l'acuité visuelle, d'impression de « mouches volantes » et d'une rougeur oculaire.

## 3. Diagnostic

En cas de toxoplasmose cérébrale, l'imagerie cérébrale (scanner et imagerie par résonance magnétique) sans puis avec injection de produit de contraste révèle des images multiples prenant le contraste de manière nodulaire ou en cocarde, correspondant à des abcès.

Le diagnostic de la chorio-rétinite toxoplasmique est évoqué après examen ophtalmologique

La sérologie n'a d'intérêt que si elle est négative en permettant d'éliminer le diagnostic de toxoplasmose.

La détection directe du *Toxoplasma gondii* se fait par PCR sur les fragments de biopsie cérébrale (absence d'amélioration sous-traitement), sur le liquide céphalo-rachidien (faible sensibilité) ou sur les prélèvements des organes touchés (Liquide de lavage broncho-alvéolaire, biopsie d'organes).

## 4. Traitement

### Prévention primaire et secondaire

La prévention primaire et secondaire est faite par le cotrimoxazole à la posologie de 960mg/j. La prophylaxie secondaire peut être arrêtée si le taux de CD4 devient supérieur à 200/mm<sup>3</sup>.

### Traitement curatif :

La durée de traitement d'attaque est de 6 semaines. L'évolution de la toxoplasmose cérébrale est rapidement favorable sous traitement adapté. En l'absence d'évolution favorable, le diagnostic doit être rediscuté.

**1ère intention:** Pyriméthamine (MALOCIDE 100mg le 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> jour puis 1mg/kg/j soit 50 à 75 mg/j ) + Sulfadiazine (ADIAZINE 100 mg/kg/j, répartis en 4 prises avec un maximum de 6g/j) + Acide folinique (LEDERFOLINE, 25 mg/j).

En cas d'intolérance aux sulfamides, l'alternative à la sulfadiazine est la clindamycine (DALACINE 2,4 g/j en 3 à 4 prises sous forme intraveineuse ou orale).

**Alternative:** Cotrimoxazole 960mg : 2cp x 3/j ou équivalent 75/15 mg/kg/j chez l'enfant.

**Mesures adjuvantes:** Un traitement anticonvulsivant n'est recommandé qu'en cas de comitialité actuelle ou ancienne. De même, une corticothérapie n'est recommandée que s'il existe un syndrome de masse ou un œdème péri-lésionnel important en rapport avec les lésions focales encéphaliques. La kinésithérapie motrice doit être débutée précocement chez les malades ayant des déficits moteurs.

## 2.6. Pneumocystose pulmonaire

### 1. Définition, manifestations cliniques et diagnostic

La pneumocystose pulmonaire est une infection du parenchyme pulmonaire due à un parasite, le *pneumocystis jiverocii*. C'est l'une des infections opportunistes les plus fréquentes après la tuberculose. Elle survient chez des patients en état d'immunodépression avancé et signe le passage au stade de sida.

La pneumocystose est suspectée devant des signes respiratoires : toux sèche ou peu productive, fièvre modérée, et surtout une dyspnée au moindre effort chez un patient au stade d'immunodépression sévère. La radiographie de thorax quand elle est réalisée peut révéler une image de miliaire ou parfois peut être normale. Le diagnostic est confirmé par la mise en évidence des kystes de pneumocystis sur le liquide de lavage broncho-alvéolaire (LBA).

### 2. Traitement

#### Traitement curatif

Un traitement spécifique doit être rapidement institué devant toute suspicion. Le traitement de référence est le cotrimoxazole (triméthoprime/sulfaméthoxazole). La voie parentérale est recommandée dans les formes sévères et la voie orale dans les formes modérées

La posologie est de 15/75 mg/kg/j en 3 prises sans dépasser 12 ampoules /j voie IV et 6 cps à 160 mg/800mg/j voie orale. Durée de traitement 3 semaines. En cas d'allergie au cotrimoxazole, prescrire en alternative l'atovaquone (Wellvone, 750mg X 2/J) si disponible. L'adjonction rapide d'une corticothérapie dans les 72 heures au plus tard après l'initiation du cotrimoxazole est recommandée lorsque la dyspnée est importante (possible hypoxémie inférieure à 70 mmHg). Il convient d'éliminer avant toute prescription de corticothérapie, une tuberculose active associée. Elle doit être prescrite pour une durée totale de 14 jours, à doses régressives.

Corticothérapie recommandée : prednisone (ou équivalent) orale : 60 à 80 mg/j en 2 prises de J1 à J5, puis 40mg/J de J6 à J10 et de 20 mg/j de J11 à J14

#### Prophylaxie de la pneumocystose

Tout patient infecté par le VIH avec taux de CD4  $\leq$  500 mg doit recevoir la prophylaxie primaire avec le cotrimoxazole à la dose de 960 mg/j en une prise. La prophylaxie secondaire : elle fait suite au traitement d'attaque : cotrimoxazole 960 mg/j en une prise. Traitement alternatif, atovaquone (1500 mg/j en une prise) ou dapsonne (Disulone® 50 à 100 mg/j).

L'arrêt de la prophylaxie peut-être envisagé lorsqu'on obtient une restauration immunitaire sous traitement antirétroviral.

## 2.7. Paludisme

Les personnes infectées par le VIH vivant en zones d'endémies de paludisme sont à risque élevé de faire des complications du paludisme, et plus particulièrement les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. L'effet du paludisme sur le VIH s'expliquerait par une augmentation de la charge virale, 9 semaines environ après l'épisode du paludisme et

une accélération de la chute de taux de CD4. Le paludisme augmente la transmission transplacentaire du VIH de la mère à l'enfant

Les interventions clés pour le contrôle du paludisme incluent, un traitement rapide et efficace des cas par une combinaison d'antipaludéens à base d'artémisinine, l'utilisation des MILDA, la pulvérisation des insecticides à l'intérieur des habitations afin de lutter contre les moustiques vecteurs et le traitement intermittent préventif chez les femmes enceintes.

Les personnes infectées par le VIH qui développent le paludisme doivent recevoir le plus tôt possible un traitement antipaludique efficace. Un examen parasitologique de confirmation doit être effectué pour tout cas suspect soit par la microscopie soit par le test de diagnostic rapide (TDR)

Il peut y avoir des interactions entre les médicaments antipaludiques et les antirétroviraux (artémisinine, lumefantrine, INNRT et les IPs), Les patients recevant les deux traitements doivent être bien suivis à la recherche des effets secondaires. Les patients sous zidovudine ou efavirenz, doivent éviter si possible la combinaison –artémisinine avec l'amodiaquine à cause de l'augmentation du risque de neutropénie avec la zidovudine et l'hépatotoxicité avec l'efavirenz. Les patients VIH recevant la prophylaxie au co-trimoxazole ne doivent pas recevoir le traitement intermittent préventif avec la sulfadoxine-pyriméthamine.

## **2.8 Pneumonies aiguës communautaires (PAC)**

### **Généralités**

Les infections respiratoires aiguës à germes banals sont assez fréquentes chez les patients infectés par le VIH. Les PVVIH avec taux de CD4 < 200/mm<sup>3</sup> ont 5 fois plus de risque d'avoir une PAC que les sujets VIH négatif.

Les PAC sont plus sévères au cours de l'infection à VIH en raison d'une bactériémie plus fréquente. Les autres affections respiratoires (tuberculose, infections à germes particuliers) doivent être recherchées et éliminées chez les patients VIH présentant les signes suggérant une PAC.

La survenue de deux ou plus d'épisodes de PAC chez une PVVIH la classe au stade C de la CDC quel que soit le taux de CD4 et indique la mise sous traitement antirétroviral.

### **Prise en charge**

Le traitement de la PAC chez les sujets VIH positifs n'est pas fondamentalement différent de celui utilisé chez les sujets VIH négatifs. L'antibiothérapie de première intention fait appel aux b-lactamines (amoxicilline ou amoxicilline + acide clavulanique) et aux macrolides (spiramycine, érythromycine...).

La prophylaxie large au cotrimoxazole permet de réduire l'incidence des PAC au cours de l'infection à VIH.

## **2.9. Diarrhées chroniques**

La diarrhée chronique est définie par l'émission d'au moins 3 selles par jour de consistance anormale pendant au moins 1 mois.

La fréquence de la diarrhée chronique a drastiquement diminué depuis l'avènement de la trithérapie antirétrovirale, mais elle reste un problème majeur chez les PVVIH surtout dans les pays en voie de développement où le diagnostic de l'infection à VIH est encore habituellement fait à un stade tardif de l'immunodépression.

Les mécanismes de ces diarrhées restent très mal connus. La conjonction d'un mécanisme sécrétoire et d'un mécanisme de malabsorption semble assez fréquente,

notamment pour des germes tels que cryptosporidies et microsporidies. La malabsorption pourrait également expliquer certaines diarrhées secondaires à des lésions étendues par le cytomégalovirus ou par la maladie de Kaposi, ou en cas de pullulation de germes anaérobies. Les 2 étiologies principales sont les parasites et les diarrhées idiopathiques mais parmi ces dernières, des causes infectieuses sont probables. Ainsi, globalement, les étiologies des diarrhées chroniques sont souvent infectieuses.

Les étiologies les plus fréquentes des diarrhées ainsi que leurs caractéristiques et le traitement proposé sont résumées dans le tableau ci-après (Tableau).

Le traitement symptomatique doit être appliqué comme chez tous les malades ayant une diarrhée. Il comporte :

- La réhydratation (par SRO, ou par voie veineuse en cas de déshydratation sévère ou en cas de vomissements associés) est importante et doit combler les pertes.
- Les anti-diarrhéiques (Lopéramide jusqu'à 8cp/j)

**Tableau :** Causes, caractéristiques, moyens diagnostics et traitement des diarrhées chroniques chez les PVVIH

Type	Etiologies	Caractéristiques	Critères diagnostiques	Traitement
<b>Parasitaires</b>	cryptosporidies	- - critère de SIDA-maladie	EPS ± biopsies duodénales	Paromomycine Nitazoxanide (?)
	microsporidies		EPS ± biopsies duodénales	Fumagilline ?
	<i>Isospora belli</i>	Critère de SIDA-maladie Récidives fréquentes	EPS	Cotrimoxazole Métronidazole
	-Amibes -Giardia	Syndrome dysentérique	EPS	métronidazole
<b>Bactériennes</b>	-Salmonelles mineures ou non typhiques -Shigelles	- bactériennes fréquentes - tendance à la récurrence - colite érythémato-ulcérée possible - rarement en cause isolément dans le cadre des diarrhées chroniques	Coproculture Hémoculture	Quinolones Céphalosporines de 3 <sup>ème</sup> génération
	Campylobacter	idem	idem	Quinolones Macrolides
	<i>Clostridium difficile</i>	Sélection par antibiothérapie	- Coproculture avec recherche de la toxine - colite pseudo-membraneuse	Métronidazole Vancomycine
	Mycobactéries atypiques	Complex mycobacterium avium et intracellulare Rare, déficit	Biopsies duodénales culture	Association de plusieurs anitmycobactériens (peu efficaces)

		immunitaire sévère		
<b>Autres</b>	mycoses	Histoplasmoze, cryptococcose (très rares)	Biopsies coliques Cultures	Amphotéricine B Fluconazole (cryptococcose) Itraconazole (Histoplasmoze)
	Cytomégalovirus	Rarement en cause dans le cadre des diarrhées chroniques Critère de SIDA-maladie	Biopsies coliques	Ganciclovir Foscarnet
	tumorales	Lymphome et maladie de Kaposi	Biopsies	Chimiothérapie
	Idiopathiques (entéropathie VIH)	- Colites inflammatoires ? - Neuropathie autonome ? - VIH lui-même ?	Diagnostic d'exclusion	- Traitement symptomatique - Antibiotiques et/ou antiparasitaires classiques
	iatrogène : anti-rétroviraux	Didanosine et anti-protéases	Contexte évocateur	- Traitement symptomatique - Rarement arrêt du médicament

EPS : examen parasitologique des selles

### 3. Prévention et prise en charge des autres co-morbidités et soins chroniques

#### 3.1. Maladies chroniques non transmissibles

Les personnes vivant avec le VIH 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.

Avec un traitement antirétroviral efficace, les PVVIH, vivent plus longtemps et peuvent développer des MCNT associées à l'âge. La prise en charge du VIH et des MCNT nécessite que le système de santé puisse fournir des soins aigus et des soins chroniques efficaces, ainsi qu'un soutien à l'observance du traitement.

Les soins chroniques du VIH, offrent l'opportunité de dépister suivre et prendre en charge les MCNT, notamment par le biais des soins de santé primaires.

Il est important d'intégrer les interventions telles que le soutien nutritionnel, le sevrage tabagique, la promotion de l'exercice physique, le contrôle de la tension artérielle et le dosage du cholestérol sanguin dans le paquet complet des soins chroniques du VIH, afin de réduire le risque des MCNT chez les PVVIH.

#### 3.2. Maladie de kaposi

##### Généralités

La maladie de Kaposi (MK) est une tumeur maligne à point de départ vasculaire avec un tropisme cutané, muqueux et viscéral, d'évolution variable. La MK est la 2<sup>ème</sup> tumeur la plus fréquente après les lymphomes malins non hodgkiniens. Elle reste fréquente dans les pays d'Afrique centrale, zone d'endémie. Elle met en jeu le pronostic fonctionnel et vital.

L'agent étiologique est un virus de la famille des herpes appelé, Herpes Virus Humain 8 (HVH 8). La Transmission se fait principalement par voie sexuelle lors de certaines pratiques: relations oro-anales, pénétration anale réceptive, salive et accessoirement sécrétions séminales

##### Manifestations cliniques et diagnostic

Le tableau clinique habituel est celui des lésions cutanées et muqueuses type angiomes pouvant être associées à une atteinte lymphatique et viscérale. L'atteinte cutanée est la forme la plus fréquente et les atteintes viscérales font souvent la gravité de la MK. Cette affection survient **le** souvent dans le cadre d'une immunodépression avancée ( $CD4 < 200/mm^3$ ).

Le diagnostic de certitude se fait par l'histologie d'une pièce biopsique. Il est aisé dans la forme cutanée. La sérologie de l'HHV8 ne permet pas de poser le diagnostic de la MK.

La survenue de la MK chez le PVVIH classe d'emblée au stade clinique IV de l'OMS et constitue une indication de la mise sous TARV quelque soit le taux de CD4.

### **Traitement**

Le traitement de première intention repose sur un traitement antirétroviral efficace. Il permet d'obtenir une stabilisation ou une rémission complète grâce à la reconstitution immunitaire, diminuant ainsi la prévalence de la maladie de kaposi d'environ 30 à 60%. Les traitements locaux (exérèse chirurgicale d'une lésion de kaposi radiothérapie) et ou généraux (interféron alpha recombinant ou chimiothérapies antimitotique) sont indiqués en plus du TARV

### **3.3. Le lymphome**

#### **Définition et généralités**

- Le risque de développer un Lymphome Non hodgkinien (LNH) est environ 200 fois plus élevé pour une personne infectée par le VIH et 20 fois plus de développer une maladie de Hodgkin (MdH).
- Le risque de survenue est d'autant plus important que les CD4 sont bas.
- Le virus EBV (Epstein Bar Virus) n'est concerné que pour la moitié des cas

#### **Particularités cliniques**

##### **Lymphome malin non-hodgkinien (LMNH)**

- Le LMNH révèle parfois l'infection à VIH.
- Parmi les aspects cliniques spécifiques des LMNH associés au VIH, on note la fréquence des atteintes viscérales et les difficultés pour les différencier de certaines infections opportunistes.
- Les lymphomes des séropositifs se présentent différemment de ceux de la population générale en termes d'aspect (forte masse tumorale) et de localisation. L'atteinte viscérale est localisée et peut toucher tous les organes. Les formes extra-ganglionnaires les plus fréquentes sont l'appareil digestif (25 %) et le système nerveux central (20 %) sous la forme d'une ou plusieurs masses cérébrales.
- Des signes généraux peuvent exister et représentent les signes d'évolutivité du LMNH: amaigrissement; fièvre; sueurs nocturnes abondantes réveillant le malade, parfois prurit tenace.
- Les formes plus fréquemment rencontrées sont: ganglionnaires, digestives, neurologiques et pulmonaires. D'autres atteintes (rate, thyroïde, , ovaires, thyroïde, muscles, peau, glandes salivaires, testicules, espace épidual...) peuvent aussi être rencontrées
- Lymphome de Burkitt : l'atteinte viscérale peut être due à un lymphome de Burkitt rapidement extensif avec dissémination hépatique, splénique, médullaire et neurologique (paire crânienne et/ou méningite). Plusieurs types de présentation sont possibles : une volumineuse masse axillaire, cervicale ou inguinale, ou une volumineuse masse abdominale responsable de douleurs et d'un syndrome occlusif,

ou une pancytopénie fébrile ou hyperleucocytose (leucémie), ou une atteinte d'une paire crânienne, ou une tumeur testiculaire, ou une insuffisance rénale. Ce type de lymphome peut avoir une croissance extrêmement rapide (doublement en moins de 48 h), être responsable d'un syndrome de lyse avec insuffisance rénale et hyperuricémie, et nécessiter un diagnostic en urgence.

### **Maladie de Hodgkin (MdH)**

La maladie de Hodgkin n'est pas reconnue comme une des manifestations du sida. La MdH associée au VIH semble constamment liée à l'EBV. Elle peut survenir en l'absence de déficit immunitaire majeur, c'est-à-dire chez des patients ayant entre 150 et 200 CD4. Son expression clinique est différente de celle de la population générale. Les formes ganglionnaires localisées sont rares et les formes disséminées avec atteinte viscérale sont les plus fréquentes. L'atteinte médullaire est présente dans plus de deux tiers des cas.

#### **Traitement**

L'approche thérapeutique se rapproche de celle des lymphomes des patients HIV- et fait appel à la polychimiothérapie et à la radiothérapie. Le choix du protocole dépend de l'état général du malade.

Quand le lymphome est diagnostiqué chez un patient naïf de traitement, la chimiothérapie doit être associée à un traitement antirétroviral efficace.

## **3.4 Cancer du col de l'utérus**

### **Généralités**

Le cancer du col de l'utérus est dû dans la grande majorité des cas à une infection au papilloma virus. Le cancer du col de l'utérus peut-être prévenu et est curable s'il est diagnostiqué à un stade précoce. Les femmes vivant avec le VIH ont un risque plus élevé des lésions précancéreuses et de cancer du col de l'utérus.

### **Prise en charge**

La survenue du cancer du col est une affection classant au stade IV de l'OMS et indique donc la mise sous traitement antirétroviral.

Toutes les femmes infectées par le VIH doivent bénéficier d'un dépistage de cancer du col de l'utérus et d'un suivi régulier.

La vaccination contre le papilloma virus et la prise en charge du cancer du col est superposable à ce qui est fait chez les personnes non infectées par le VIH.

## **3.5 Santé mentale**

Les personnes vivant avec le VIH et le personnel de santé en charge peuvent à un moment donné avoir besoin d'une prise en charge en santé mentale; les comorbidités les plus fréquentes sont la dépression, l'anxiété, la démence et d'autres troubles psychologiques pouvant être en rapport avec les médicaments ARV ou autres substances psychoactives. Ces pathologies ainsi que leur traitement peuvent avoir une influence sur l'observance thérapeutique et sur la rétention dans les soins.

La détection et la prise en charge de ces pathologies doivent faire partie du paquet de soins chroniques offert chez tout PVVIH.

**Il n'existe aucune recommandation spécifique pour le dépistage et le traitement des troubles mentaux chez les PVVIH**

### 3.6 Consommations de drogue et troubles liés à la consommation de drogues

Les PVVIH qui consomment de la drogue peuvent développer un certain nombre de troubles tels que la dépendance, des signes d'intoxication, de sevrage et d'overdose. La consommation de drogue par injection est associée à certains infections transmissibles et des infections locales notamment l'hépatite virale B et C, une septicémie, une endocardite bactérienne.

Il est recommandé de mettre en place des interventions clés pour la prévention, le traitement et les soins

### 4. Prophylaxie au cotrimoxazole

- La prophylaxie au cotrimoxazole (960mg/j) doit être instituée chez tous les PVVIH quelque soit leur taux de CD4 et qu'ils soient traités par ARV ou non. Ceci permet de réduire non seulement l'incidence de plusieurs infections opportunistes survenant à un taux de CD4 < 200/mm<sup>3</sup>, mais aussi de prévenir les infections banales et le paludisme chez tous les sujets VIH positif.

- Il est particulièrement important de rechercher une hypersensibilité au cotrimoxazole et interrompre ce traitement.

### 5. Vaccination

- La vaccination par les vaccins vivant atténués (BCG, vaccin anti-marijuana=vaccin contre la fièvre jaune) sont à proscrire chez toute personne vivant avec le VIH Les nouveaux nés de mères infectées par le VIH doivent être vaccinés au BCG sauf s'ils présentent des signes patients d'immunodépression (muguet buccal...).

La vaccination anti virale B est recommandée chez des PVVIH mono-infectés n'ayant pas d'anticorps anti-HBs.

- La vaccination par les vaccins inactivés suit les directives générales de la vaccination à ces agents. En général, la vaccination est plus efficace chez les sujets recevant une thérapie ARV efficace et chez ceux qui n'ont pas d'immunodépression sévère.

### REFERENCES

- WHO Global tuberculosis report. Geneva, World Health Organisation, 2013
- WHO policy on collaborative TB/HIV activities: guidelines for national programmes and other stakeholders. Geneva, World Health Organisation, 2012 [www.who.int/tb/publications/2012/tb\\_hiv\\_policy\\_9789241503006/en](http://www.who.int/tb/publications/2012/tb_hiv_policy_9789241503006/en)
- Guide technique pour le personnel de santé. Programme National de Lutte contre la tuberculose, Cameroun. Edition 2012
- Guide national de prise en charge globale des adultes et adolescents vivant avec le VIH au Cameroun. Edition 2008
- Guide national pour la prise en charge des enfants exposés et infectés par le VIH au Cameroun. Edition 2007
- Yeni P. Rapport 2010. prise en charge médicale des personnes infectés par le VIH, recommandations des groupes d'experts, Ed spéciale, AIDS 2010 (Vienne, 18,23 JUILLET 2010)
- WHO consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Recommendations for a public health approach. Geneva, World Health Organisation, June 2013
- Guidelines for intensified tuberculosis case-finding and isoniazid preventive therapy for people living with HIV in resource-constrained settings. Geneva, World Health

- Organization, 2011  
([www.who.int/tb/challenges/hiv/ICF\\_IPTguidelines/en/infex.html](http://www.who.int/tb/challenges/hiv/ICF_IPTguidelines/en/infex.html)).
- Guidelines on prevention of viral hepatitis B and C among people who inject drugs. Geneva, World Health Organization, 2012 ([www.who.int/hiv/pub/guidelines/hepatitis/en/index.htm](http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hepatitis/en/index.htm)).
  - Essential prevention and care interventions for adults and adolescents living with HIV in resource-limited settings. Geneva, World Health Organization, 2008 ([www.who.int/hiv/pub/prev\\_care/OMS\\_EPP\\_AFF\\_en.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/OMS_EPP_AFF_en.pdf)).
  - Rapid advice: diagnosis, prevention and management of cryptococcal disease in HIV-infected adults, adolescents and children. Geneva, World health organization, 2011 ([www.who.int/hiv/pub/cryptococcal\\_disease2011](http://www.who.int/hiv/pub/cryptococcal_disease2011)).
  - De Castro N, Scemla A, Gallien S, Molina J-M. Pneumonie à *Pneumocystis jirovecii* chez les patients infectés par le VIH. *Rev Mal Respir.* 2012 Jun;29(6):793–802.
  - Godet C, Beraud G, Cadranet J. Pneumonies bactériennes chez les personnes infectées par le VIH (hors mycobactéries). *Rev Mal Respir.* 2012 Oct;29(8):1058–66.
  - Bouchaud O. Conduite à tenir devant une diarrhée chronique chez un malade VIH+. *Acta Endoscopica.* 2000, 30 (3) : 185-193.
  - Guidelines on cotrimoxazole prophylaxis for HIV-related infection among children, adolescents and adults: recommendations for a public health approach. Geneva, World Health Organization, 2006 ([www.who.int/hiv/pub/plhiv/ctx/en](http://www.who.int/hiv/pub/plhiv/ctx/en)).
  - Human papilloma virus vaccines: WHO position paper. *Weekly Epidemiological Record,* 2009, 84:118-131 ([www.who.int/wer/2009/wer8415.pdf](http://www.who.int/wer/2009/wer8415.pdf)).
  - Package of essential non-communicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings. Geneva, World Health Organization, 2010 ([www.who.int/cardiovascular\\_diseases/publications/pen201/en](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/pen201/en)).
  - Girard PM, Katlama C, Pialoux G. VIH. 8e édition, Rueil Malmaison [France]: Doin, 2011; 839 p.
  - Jabri L. Lymphomes et VIH : actualités. *Ann Pathol.* 2008 Nov;28(1):S114–S117.
  - Comprehensive cervical cancer prevention and control: a healthier future for girls and women. Geneva, World Health Organization, 2013 ([www.who.int/reproductivehealth/topics/cancers/en/index.html](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/cancers/en/index.html)).
  - mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialised health settings. Geneva, World Health Organization, 2011 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241548069\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241548069_eng.pdf)).

## **PARTIE B: OPERATIONNEL**

## **SECTION 6 : Accompagnement**

## LA PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE

Les patients aux prises avec le VIH/SIDA 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.

En outre eux et leur réseau de soutien social doivent faire face aux bouleversements psychologiques et sociaux marqués par la sévérité des états émotionnels qui peut varier au fil des jours, par des sentiments de peur, de colère, de culpabilité ou de honte ou l'inquiétude des troubles dépressifs et anxieux incapacitants. Cet état de mal être psychologique interpelle le psychologue clinicien qui a deux rôles à jouer :

- faciliter le bien-être et le rétablissement des patients en les aidants à bien faire face à la maladie;
- créer une relation dans laquelle les patients peuvent exprimer leur anxiété et leurs peurs et parler de leur état dépressif lié à leur situation.

A partir de l'observation, de la perception et de l'écoute des processus psychiques ainsi que de leurs aléas, le psychologue clinicien repère la nature des mécanismes mis en jeu dans le fonctionnement psychique dit normal ou/et pathologique. Et propose la CAT.

## DIRECTIVES POUR L'ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE

**La prise en charge psychologique doit être opérationnelle dans tous les secteurs de la santé**

- 1) Toute personne infectée au VIH doit bénéficier d'un accompagnement psychologique
- 2) Toute affectée au VIH peut bénéficier d'un accompagnement psychologique
- 3) Tout personnel de santé faisant office d'accompagnateur psychologique devrait être formé et outillé à cet effet

## ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE

Elle est une démarche de soutien thérapeutique fondée sur une relation soignant-soigné et qui assure la continuité des soins en liaison avec l'environnement social.

Elle consiste à :

- **Ecouter** avec bienveillance, donner la place aux mots et aussi à ce qui ne se dit pas encore,
- **Soutenir** dans les moments difficiles et dans les moments porteurs...
- **Aider à prendre conscience** des blessures, à les panser, à les nettoyer...

**Accompagner dans la transformation** vers un mieux-être et une voie en cohérence avec des aspirations profondes...dans **un espace et un temps qui sont ceux du patient** loin du tumulte de la vie quotidienne

### Pratique du psychologue clinicien

Il réalise des consultations psychologiques auprès de tout patient PVVIH présentant une souffrance psychologique. Ces consultations sont régies par la méthode clinique composée de :

- L'écoute
- L'observation
- L'entretien clinique à visé diagnostique (approche psychopathologique, approche syndromique)

**NB :** La démarche de l'entretien clinique dépend en partie de la stratégie thérapeutique (cure psychanalytique, thérapie comportementale et cognitive, entretien non directif de Carl Rogers...)

- Les tests

## **L'ÉVALUATION**

Un travail d'évaluation est fait au cours de cet entretien. Il consiste pour le psychologue à cerner au plus près, la genèse et la nature de la problématique du patient. Il s'agit d'identifier la symptomatologie, son origine, ce qui l'a déclenchée, ainsi que les facteurs qui contribuent à la maintenir en place. Il s'agit enfin, d'observer les conséquences qui en découlent, dans les différents secteurs de la vie du patient.

A la fin de cette évaluation, une prise en charge individualisée est proposée.

## **LE SUIVI**

Le suivi psychologique et sa durée dépendent aussi de l'orientation psychothérapeutique du clinicien (les thérapies analytiques, TCC, ...). Le psy peut également faire des bilans psychologiques

## **LES TESTS**

Les tests peuvent être réalisés pour un meilleur pronostic. Ils visent l'évaluation de la personnalité du patient avec trait de personnalité et sa structure psychopathologique. Le but étant d'avoir des connaissances sur l'organisation psychique de la personnalité. (Tests projectifs thématiques et les tests projectifs structuraux)

## **ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE ET SOUTIEN SOCIAL (APS)**

L'accompagnement psychologique et le soutien social correspond à l'effet perçu de l'aide apportée et la mesure dans laquelle celui-ci ressent que les attentes sont satisfaites. Il est composé du volet psychologique et du volet soutien social.

### **En pratique**

**L'APS** devrait être capable d'identifier la souffrance psychique (désagréable d'une situation réelle ou imaginaire qui déclenche un sentiment et une sensation de mal être), réduire l'angoisse existentielle, et faire émerger un sentiment de bien être pour renforcer l'espoir du malade.

L'APS met en jeu une qualité particulière de communication verbale et non verbale, fondée sur **l'écoute**.

Son objectif est de réduire l'état de crise, desserrer l'angoisse de la personne, réduire l'agitation, pour établir un minimum de contact.

Au cours d'un entretien individuel, il essaie de comprendre l'historicité du vécu du patient, ressort les éléments morbides qui révèlent un état de mal être sur les plans cognitif, (pensées, émotions, sentiments...) affectif, comportemental. Ensuite il les répertorie et procède par élimination. Il pourrait utiliser une proche systémique de réduction des troubles de comportements. Enfin, il fera un suivi. Mais au cas où il n'est apte à le faire il réfère le patient au psychologue clinicien.

## PEC PSYCHOLOGIQUE DE L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

Directives :

La prise en charge psychologique de l'enfant et de l'adolescent doit être intégrée dans tous les secteurs de santé

Elle doit faire partie intégrante au suivi de l'enfant et de l'adolescent

Tout enfant et adolescent infecté au VIH doit bénéficier d'une PEC psy

La PEC psy doit être assurée par le psychologue clinicien

### Pratique

Le psychologue clinicien devrait appliquer les mêmes modalités de PEC psy mais tout en l'adaptant à l'enfant et à l'adolescent. Il doit utiliser les outils psy selon sa cible.

## CONSEIL ET DEPISTAGE

### RECOMMANDATIONS :

**Tout patient désireux de se faire dépister doit bénéficier d'un counselling.**

**Tout personnel de santé qui assure le counselling doit être formé et outillé**

Le Counselling fait partie intégrante de la démarche de dépistage de l'infection à VIH.

**Le conseiller psychosocial** est formé (à la conduite d'entretien et au VIH/Sida) pour mener un Counselling auprès de tout patient désireux de se faire dépister.

**L'entretien motivationnel** est l'élément de base de ce Counselling qui est entendu d'après l'OMS, comme «... est un dialogue confidentiel entre un client et un prestataire de services en vue de permettre au client de surmonter le stress et de prendre des décisions personnelles par rapport au VIH/sida. Le Counselling consiste notamment à évaluer le risque personnel de transmission du VIH et à faciliter l'adoption de Comportements préventifs » ;

Son **rôle** consiste à faciliter l'expression du client, de l'aider dans sa compréhension des difficultés rencontrées pour qu'il puisse assimiler les informations reçues au cours de l'entretien et prendre une décision.

Le CPS doit respecter la **confidentialité** et avoir le **consentement éclairé** de son client.

### ETAPES COUNSELLING

- Pré-test
- Post-test
- Suivi

A toutes ces étapes :

- le soutien psychologique est essentiel
- la communication mise en place doit tenir compte du fait que la personne est un cas particulier, ayant des difficultés et des besoins spécifiques
- le conseiller doit savoir aborder des sujets sensibles, comme les pratiques sexuelles, en tenant compte des réactions émotionnelles et des caractéristiques socio-culturelles de la personne.

## PRATIQUE : COUNSELLING PRE-TEST

**NB** : Le counseling pré-test vise à préparer la personne au test de dépistage du VIH. Un counseling pré-test bien mené facilite l'annonce du résultat.

Pour commencer, le conseiller se présente, explique son rôle et rassure la personne quant au respect de la confidentialité.

Ensuite, le conseiller examine avec la personne la question du VIH et les avantages à pratiquer ou non un test de dépistage. Pour structurer son entretien, il doit aborder successivement les points suivants :

- 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 ;
- 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, le thème de la contraception chez la femme.
- le dépistage de couple/partenaires

**NB** : Le *counseling* pré-test peut nécessiter plusieurs entretiens, par exemple si la personne n'est pas sûre de vouloir se faire dépister ou souhaite encore poser des questions.

À l'issue du *counseling* pré-test, le conseiller fixe le rendez-vous pour le *counseling* post-test (Idéalement, le même jour, quelques heures plus tard) et s'assure à cette occasion que la personne est prête à recevoir le résultat.

## PRATIQUE DU COUNSELLING POST-TEST

Le Counseling post-test est l'entretien au cours duquel le résultat du test de dépistage du VIH (positif, négatif ou indéterminé) est porté à la connaissance de la personne qui l'a fait pratiquer :

Pour commencer l'entretien, le conseiller : s'assure de l'identité du client, le rassure de la confidentialité de l'entretien, le félicite d'être revenu. Ensuite il fait un bref rappel de l'entretien initial et s'enquiert des sentiments du client pendant le temps d'attente.

Ensuite il ouvre l'enveloppe pour la découverte conjointe du résultat, donne le résultat d'un ton neutre et sans jugement, explique clairement la signification, vérifie la compréhension du résultat par le client et enfin encourage des questions et donne des réponses exhaustives

Passée la phase d'annonce, l'entretien se poursuit de façon différente en fonction du résultat :

– **en cas de résultat négatif**, les points abordés seront :

- la (faible) possibilité d'être en phase de séroconversion avec nécessité d'un test de contrôle 3 mois après la dernière exposition au risque ;
- les moyens de prévention de l'infection à VIH et l'importance du port de préservatifs (avec révision éventuelle du plan de réduction des risques discuté lors du *counseling*)

pré-test), en rappelant qu'un résultat négatif ne signifie pas qu'on est protégé du VIH (même au sein d'un couple sérodifférent) ;

- la notion de sérodifférence, la notification du résultat au partenaire et la décision à prendre par le partenaire de se faire dépister ;

**– en cas de résultat positif :**

- déterminer les informations les plus adaptées aux besoins particuliers de la personne (dont les capacités d'attention aux explications sont limitées après annonce d'une séropositivité VIH) et insister sur les éléments qui peuvent la rassurer ;
- expliquer la signification du résultat ;
- rappeler que, grâce à une prise en charge médicale adéquate, une vie normale à long terme est possible ;
- aborder la question de la prévention de la transmission (préservatif) et ses implications ;
- en cas de grossesse, insister sur le fait qu'une prise en charge rapide et la mise sous traitement ARV permettent d'éviter l'infection du futur bébé ;
- chez les femmes en âge de procréer, indiquer qu'il est possible d'avoir des grossesses ultérieures sans risque pour le partenaire et sans risque important pour le futur bébé, sous réserve d'un bon suivi médical et de conseils de prévention ;
- aborder la question de la prise en charge psychologique et sociale ;
- conclure en proposant une orientation vers une structure de prise en charge médicale, psychologique et sociale

**– en cas de résultat indéterminé :**

- organiser la réalisation du test de contrôle (par un test différent du premier), le plus rapidement possible et dans les meilleures conditions (si besoin, dans une autre structure) ;
- mettre en place une prise en charge psychologique, au même titre qu'après l'annonce d'une séropositivité.

**SUIVI AU-DELA DE L'ANNONCE DU RESULTAT DU TEST**

- Les personnes dépistées séronégatives doivent être accompagnées pour adopter un plan de vie permettant d'éviter le risque d'une contamination.
- Les personnes dépistées séropositives doivent recevoir le soutien psychologique nécessaire et être orientées vers une structure de soins permettant la mise en œuvre d'une prise en charge adéquate.

**Cas particulier du *counseling* du couple**

Lors du *counseling* d'un couple, plusieurs étapes doivent être réalisées séparément auprès de chacun des deux partenaires :

- obtention du consentement pour participer aux entretiens ;
- évaluation du risque d'acquisition d'une infection à VIH lors du *counseling* pré-test (chacun doit pouvoir évaluer librement ses propres risques) ;
- annonce des résultats des tests lors du *counseling* posttest, à moins que les deux partenaires n'aient exprimé le souhait de recevoir leurs résultats ensemble et à condition de s'assurer qu'ils l'ont fait librement.

Après l'annonce des résultats, les partenaires du couple, s'ils le souhaitent, peuvent être reçus ensemble pour la poursuite du *Counseling* post-test.

Après l'annonce des résultats, 3 situations sont possibles, faisant l'objet d'un conseil différent :

**– cas du couple concordant séronégatif :**

- réviser le plan de réduction du risque développé lors du *Counseling* pré-test, en insistant auprès du couple sur les moyens pour maintenir des comportements à moindre risque et pour protéger leur santé ;
- expliquer la notion de période de séroconversion et la nécessité de faire un test de contrôle dans les 3 mois qui suivent la dernière exposition au risque ;

**– cas du couple concordant séropositif :**

- savoir faire face aux réactions psychologiques des deux partenaires, en veillant à accorder à chacun d'entre eux un entretien individuel et à prendre les dispositions nécessaires pour un rapprochement ;
- prendre un temps spécifique pour discuter du point de vue de la femme, ce qui permet de dissiper les malentendus au sein du couple et contribue à réduire le risque de réactions violentes à son encontre ;
- aider les partenaires à identifier les solutions leur permettant de maintenir leur entente et de se prendre en charge médicalement ;
- la surinfection étant un événement possible, mais dont les conséquences au sein des couples semblent minimales, le port du préservatif au sein du couple n'est pas indispensable en dehors de l'utilisation pour la contraception

**– cas du couple sero différent :**

- aider les partenaires à surmonter leurs tensions et leurs émotions : le partenaire séronégatif doit parvenir à accepter son conjoint et à le soutenir, le partenaire séropositif doit être encouragé à vivre le plus positivement possible ;
- discuter d'un plan de réduction du risque à long terme destiné à protéger le partenaire séronégatif d'une contamination ;
- expliquer la notion de séroconversion et la possibilité que le partenaire séronégatif ait eu un rapport contaminant dans les 3 mois précédents, puis encourager le partenaire séronégatif à faire un test de contrôle 3 mois après le dernier rapport non protégé ;
- insister sur l'importance de l'utilisation du préservatif, surtout si le partenaire infecté n'est pas traité ;
- expliquer la possibilité d'un traitement post-exposition et la nécessité d'un test VIH de contrôle en cas de rapport non protégé ou de rupture de préservatif.

**Cas particulier du *counseling* de l'enfant**

Dans la majorité des cas, le dépistage du VIH chez l'enfant fait suite à des manifestations cliniques évocatrices d'un déficit immunitaire, à la découverte d'une séropositivité chez la mère ou à un viol.

Le *counseling* va presque toujours impliquer l'enfant, mais aussi ses parents ou tuteurs.

Dans l'hypothèse d'une séropositivité de l'enfant, alors que les parents sont séronégatifs, l'accompagnement psychologique des parents peut être nécessaire pour éviter une réaction de rejet.

**Cas particulier du *counseling* de l'adolescent**

Pour les adolescents mineurs, il n'est pas légal de réaliser un test de dépistage sans le consentement des parents/tuteurs légaux. Le conseiller doit encourager le mineur à obtenir l'autorisation parentale.

Si l'enfant se présente au *counseling* accompagné de ses parents, il convient de ménager des étapes d'entretien seul à seul avec lui pour qu'il puisse s'exprimer librement, notamment sur la question de la sexualité.

Le conseiller apporte un soutien psychologique qui consiste en des soins relationnels qui ont pour but d'aider une personne ou un groupe de personnes à surmonter des difficultés physiques et/ou mentales lors d'un état de crise, à l'occasion d'une pathologie, d'un handicap ou d'un traumatisme.

## **QUALITES REQUISES POUR L'ACCOMPAGNEMENT**

### ***Empathie***

L'empathie consiste à comprendre ce que ressent la personne sans pour autant ressentir les mêmes émotions.

Elle nécessite de la part de l'accompagnant une distance lui permettant de demeurer professionnel, objectif et efficace.

### ***Maîtrise de soi***

La maîtrise de soi doit permettre de comprendre les réactions des personnes vivant avec le VIH et de leurs proches, qu'elles soient négatives ou positives, tout en maîtrisant ses propres réactions.

Elle est indispensable même si la personne refuse de coopérer ou manifeste de la résistance ou de l'hostilité.

Elle rassure les personnes accompagnées et facilite la mise en place d'une relation de confiance.

### ***Neutralité et tolérance***

Le prestataire doit :

- être ouvert d'esprit, capable de surmonter ses propres préjugés et stéréotypes ;
- s'abstenir de juger (en positif ou en négatif) les personnes accompagnées, quels que soient leur tradition, leur religion, leurs croyances, leur style de vie ou leur orientation sexuelle ;
- ne pas se substituer au guide religieux.

### ***Capacité de mise en confiance***

Pour parvenir à créer une relation de confiance, l'accompagnant doit :

- s'efforcer d'instaurer un dialogue sincère et véridique ;
- pratiquer une écoute active pour que la personne perçoive l'attention qui lui est portée.

### ***Clarté et précision***

En tant qu'interlocuteur sur le VIH, l'accompagnant doit :

- maîtriser parfaitement les connaissances sur le sujet ;
- être capable de fournir des explications simples et compréhensibles.
- Si le prestataire n'est pas sûr d'une information, il ne doit pas hésiter à le dire à la personne accompagnée et à l'orienter, si besoin, vers les intervenants adéquats.

### ***Capacité de travail en équipe***

• Afin de répondre aux besoins des personnes séropositives et de leurs proches, l'accompagnement psychologique exige une **prise en charge en réseau**, dans le cadre d'un continuum de soins et de compétences.

• Le travail en équipe suppose :

- de savoir travailler avec d'autres prestataires, en particulier dans un cadre interdisciplinaire, que ce soit au sein d'une organisation ou d'une institution, ou en liaison avec d'autres organisations et institutions ;

– d’avoir le réflexe d’orienter les personnes concernées, avec leur accord, vers d’autres personnes et structures, quand cela est nécessaire.

### **Engagement**

Tout accompagnant impliqué auprès de personnes vivant avec le VIH doit avoir conscience de l’engagement physique, émotionnel et psychologique indispensable que nécessite son action.

Son engagement doit s’inscrire dans un processus continu, inévitablement ponctué par des temps forts lors des périodes difficiles.

Une motivation sincère est indispensable.

Cet engagement doit cependant avoir des limites qui comprennent notamment la nécessité de séparer sa vie professionnelle de sa vie privée.

### **Connaissance de ses limites**

Connaître ses limites est indispensable au soignant pour savoir demander l’aide technique ou éventuellement psychologique devant une situation difficile.

### **Objectifs à atteindre au cours de l’accompagnement :**

Tout bon accompagnement commence par **une explication claire des modalités, des enjeux et des éventuelles contraintes de la démarche.**

L’objectif est de **favoriser une bonne communication**, car ce n’est qu’en analysant ce qu’elle ressent que la personne pourra opérer des changements constructifs.

L’objectif est aussi **d’aider les personnes à devenir acteurs et autonomes** vis-à-vis de la maladie. L’accompagnant doit délivrer à la personne toutes les informations nécessaires pour lui permettre de comprendre et de connaître sa maladie, de s’approprier son statut sérologique et de valoriser ses capacités ou ses compétences, afin de mettre en œuvre des stratégies d’adaptation à sa séropositivité.

L’accompagnateur **utilisera des questions ouvertes** appelant une discussion plutôt que des questions fermées.

Par exemple : « Que pensez-vous de l’annonce de votre sérologie à votre partenaire ? » ; éviter le monologue « donneur de leçon », qui est inefficace.

### **ÉVALUER LES CAPACITES PSYCHOLOGIQUES :**

- reconnaître les signes de détresse psychologique (tenue vestimentaire négligée, pleurs, regard fuyant...) ;
- identifier les capacités de résistance psychologique de la personne, en l’interrogeant sur ses réactions lors d’événements de vie difficiles déjà traversés, la sexualité...

### **Dé dramatiser sans banaliser :**

– être honnête avec la personne en l’informant sans complaisance, même si cela est douloureux ;

– identifier les ressources qui permettront de l’aider à surmonter la situation.

### **Respecter 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 ;

– ne pas effectuer d’activité jugée intrusive, déplacée ou inacceptable par la personne (par exemple, des visites systématiques à domicile sans accord préalable, parfois mal vécues) ;

– ne pas faire part de sa propre vie privée, sous peine d’inverser les rôles ...

**Promouvoir** la responsabilité individuelle des personnes vivant avec le VIH et valoriser leurs compétences

**Maitriser** les techniques de communications...

## **ORGANISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL**

Différentes structures ou outils peuvent être utilisés pour aider les personnes séropositives en fonction des besoins et de ce qui existe.

### **Visite à domicile**

La visite à domicile (VAD) consiste à se rendre au domicile de la personne pour apporter un service de soutien et/ou de conseil.

La VAD a lieu dans les cas suivants :

- personne grabataire ou handicapée ne pouvant se déplacer que difficilement ;
- personne ayant manifesté le besoin d'une médiation vis-à-vis de ses proches (sensibilisation et information sur les besoins du patient, mesures d'hygiène élémentaires, pour éviter les rejets et la discrimination) ;
- personne perdue de vue pour en comprendre le motif et, si possible, l'aider à reprendre son suivi.

Une VAD doit toujours faire l'objet d'un accord avec la personne concernée :

- une VAD ne doit jamais être organisée à l'insu du patient et sans son accord ;
- il est important de vérifier si la personne a fait part de sa séropositivité à sa famille et/ou ses proches ;
- il ne faut pas que la personne se sente contrainte d'accepter la VAD ou la vive comme un « contrôle ».

Une VAD doit être planifiée dans le temps et structurée dans son contenu :

- la personne doit en comprendre les objectifs et le bénéfice qu'elle peut en tirer ;
- les VAD permettent de donner des conseils pour améliorer hygiène et qualité de vie, de vérifier le niveau d'observance, de vérifier avec la personne si les moyens et ressources sont utilisés de façon efficace et, dans certains cas, de fournir des soins infirmiers.

### **Visite à l'hôpital**

La visite à l'hôpital (VAH) consiste à se rendre dans un centre de soins pour soutenir le patient hospitalisé.

- Elle est organisée à la demande du patient, parfois par l'intermédiaire du personnel médical.
- La VAH peut avoir plusieurs objectifs :
  - aider le patient à réaliser ses soins d'hygiène vestimentaire et corporelle ;
  - fournir un soutien psychologique ;
  - fournir un soutien nutritionnel (aider le patient à s'alimenter, l'aider à bénéficier des aliments qu'il désire manger...) ;
  - soutenir le patient pour l'achat des médicaments prescrits par le personnel médical ;
  - faire de la **médiation** entre le patient, sa famille et/ou ses proches, voire parfois l'équipe médicale ;
  - rompre l'isolement du patient qui se trouve, dans certains cas, abandonné par sa famille ou ses proches.

### **LES CONDITIONS D'UNE VAH :**

- respecter la confidentialité ;
- obtenir l'accord du patient ;

- obtenir l'accord du personnel médical ou paramédical ;
- respecter les heures de visites indiquées par le centre de soins ;
- éviter de perturber la quiétude d'autres patients hospitalisés.

NB : Le personnel effectuant une VAH doit se faire connaître du personnel médical pour échanger avec celui-ci sur les apports et résultats de la visite.

## **ACTIVITES DE GROUPE :**

### **GROUPE DE PAROLE**

Le groupe de parole est une stratégie utilisée principalement par les structures communautaires (associations ou centres de soins communautaires). Le principal **objectif** est de permettre aux personnes vivant avec le VIH de partager leur vécu de la maladie, ce d'autant qu'il est difficile d'en parler dans son entourage habituel (famille, travail...).

Il consiste à regrouper des patients partageant les mêmes problématiques afin d'échanger sur un sujet particulier qui touche leur état de santé, que ce soit d'ordre « technique » ou plus souvent psychologique (désir d'enfant, difficultés de couples sérodifférents ou différents, difficultés à parler de la maladie à son entourage, difficultés à trouver un conjoint, difficulté d'observance, gestion des effets secondaires des ARV, diététique...).

Le groupe de parole est mené par un accompagnateur VIH ayant une expérience du thème abordé.

Les personnes peuvent parfois exprimer des ressentis très douloureux et créer des émotions très fortes au sein d'un groupe, qu'un animateur doit savoir gérer.

Le nombre de participants dans un groupe de parole peut aller de 5 à 20 au maximum.

Le groupe de parole doit permettre aux participants de se sentir à l'aise pour aborder toutes les questions qui les concernent et qui ont trait au sujet à l'ordre du jour.

### **ANIMATION D'UN GROUPE DE PAROLE**

- Cadre confidentiel
- Accueil et présentation
- Objectif et durée de la séance
- Exploration des connaissances
- Identification des préoccupations
- Création d'une dynamique
- Reformulation
- Reprise des éléments clés
- Synthèse
- Négociation du prochain thème et RDV

## L'EDUCATION THERAPEUTIQUE

### DIRECTIVES POUR L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT :

- L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DOIT FAIRE PARTIE INTEGRANTE AU SUIVI DU PATIENT
- TOUT PERSONNEL DE SANTE ASSURANT CETTE ACTIVITE DOIT ETRE FORME ET OUTILLE
- TOUT PATIENT INFECTE PAR LE VIH DOIT BENEFICIER DES SEANCES D'ETP
- TOUTE PERSONNE AFFECTEE PAR LE VIH PEUT BENEFICIER DES SEANCES D'ETP

### Définition

- Démarche visant l'apprentissage du patient (et de son entourage) lui permettant d'acquérir des capacités et des compétences
  - Pour se soigner
  - Pour s'adapter à sa maladie
  - Pour vivre le mieux possible avec sa maladie et son traitement
  - Pour coopérer avec les soignants
- Rendre le patient capable de:
  - Prendre en charge de manière active sa maladie, ses soins, la prévention de la transmission en partenariat avec les soignants
  - Prévenir les complications liées à la maladie
- Améliorer l'observance thérapeutique
- Maintenir ou améliorer sa qualité de vie

### DEMARCHE DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE

Le point de départ de l'éducation thérapeutique est un **diagnostic éducatif** permettant d'identifier les compétences dont le patient a besoin pour mieux vivre avec sa maladie puis de construire en lien avec lui un programme répondant au plus près à ses besoins. Ensuite il convient de négocier un **contrat d'éducation** avec le patient partant du référentiel des compétences et d'objectifs.

NB : L'ETP doit être évolutive et redéfinir les objectifs en tenant compte des changements dans la vie du patient :

- une mauvaise tolérance ou une évolution de la maladie qui nécessite d'adapter les traitements
- une situation de vulnérabilité psychologique, un changement professionnel, familial ou autre
- Une nouvelle priorisation des besoins peut alors intervenir

Le diagnostic éducatif est actualisé

### MISE EN ŒUVRE

Les séances peuvent être individuelles ou collectives en fonction des possibilités ou du souhait du patient. En séances collectives, ne pas dépasser 15 participants (pour préserver l'interactivité du groupe)

La durée est de 45 minutes, dans une salle dédiée à l'ETP.  
L'utilisation d'un outil d'apprentissage est indispensable au cours d'une séance d'ETP

## EVALUATION

Il y a la nécessité d'évaluer les compétences acquises par le patient et sa satisfaction après un temps d'éducation.

## SUIVI

Après la mise en œuvre des séances d'apprentissage, le suivi régulier ou approfondi est proposé au patient.

**Un programme personnalisé d'ETP** permet de développer :

- **Compétences d'auto soins**

Elles déterminent les **connaissances et acquis** que le patient possède sur sa maladie et qu'il **sollicite** pour prendre des **décisions** pour gérer au mieux sa maladie au quotidien.

- **Compétences d'adaptation :**

**D'ordre personnel**, elles sont mobilisées **par et pour le patient lui même** (gérer ses émotions, renforcer son sentiment d'auto efficacité)

**D'ordre interpersonnel**, elles sont mobilisées par le patient dans **sa relation aux autres** (informer son entourage)

## À QUEL MOMENT PROPOSER L'ETP ?

- **Lors de la découverte de la séropositivité** (que ce soit lors d'un dépistage systématique ou à l'occasion d'une IO).
- **À la mise sous traitement et pendant le suivi du traitement**

– Phase de préparation au traitement :

- 3 séances minimum dont le contenu doit être structuré et évolutif sur les 3 séances, le feu vert pour le traitement étant donné quand les principales données sont considérées comme acquises ;
- ces séances sont habituellement réparties sur 2 à 3 semaines maximum, voire sur quelques jours dans les cas où le traitement doit être débuté rapidement.

En aucun cas les séances d'ETP ne doivent être un frein à l'initiation des ARV.

- **Les 6 premiers mois de traitement :**

- les premiers mois après la mise sous traitement sont une période nécessitant une attention particulière pour repérer d'éventuelles difficultés ;
- une première séance systématique suivant la prescription initiale est recommandée **à J15 puis à M1, M3, M6 M9, M12.**

- **À chaque renouvellement des ARV** (tous les mois en général) :

- sous une forme brève au minimum (soutien à l'observance) avec référence du patient à une consultation d'ETP complète, si identification d'une difficulté ;  
L'observance est en effet, un phénomène dynamique qui peut varier dans le temps : un patient parfaitement observant pendant plusieurs mois ou années peut à l'occasion d'un événement traumatisant devenir inobservant.

À l'inverse, un patient régulièrement non observant peut devenir observant.

- **À tout moment en cas de :**
  - demande du patient

- problèmes d'observance
- échec du traitement ;
- modification du traitement ARV
- désir de grossesse
- partage du statut
- difficultés de tout ordre : psychologique, sociale, économique, juridique.

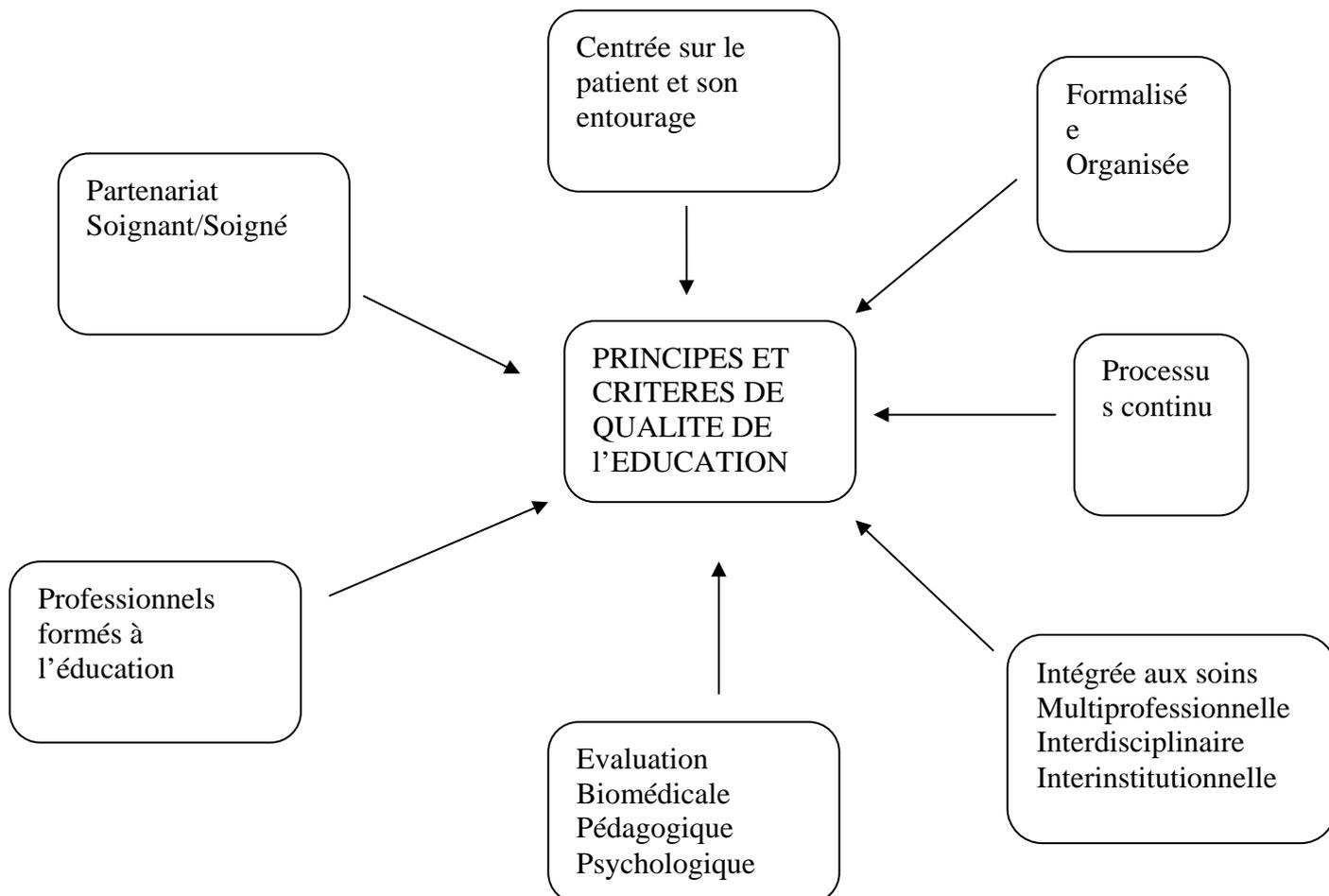
On veillera à orienter le patient vers une structure ou un service adapté.

## LES OUTILS D'APPRENTISSAGE

- Classeur imagee
- Vrai/faux certitude
- Planning thérapeutique
- Jeu de plateau
- Photo expression...

## LES CRITERES DE QUALITE DE L'ETP

L'éducation thérapeutique doit répondre à plusieurs critères de qualité. Elle nécessite:



## QUI SONT LES ACTEURS ?

- Un infirmier diplômé d'état
- Et/ou un pharmacien
- Et/ou un médecin
- Et/ou un psychologue
- Et/ou un assistant social
- Et /ou une diététicienne
- Et/ou un patient ou un représentant des associations des malades

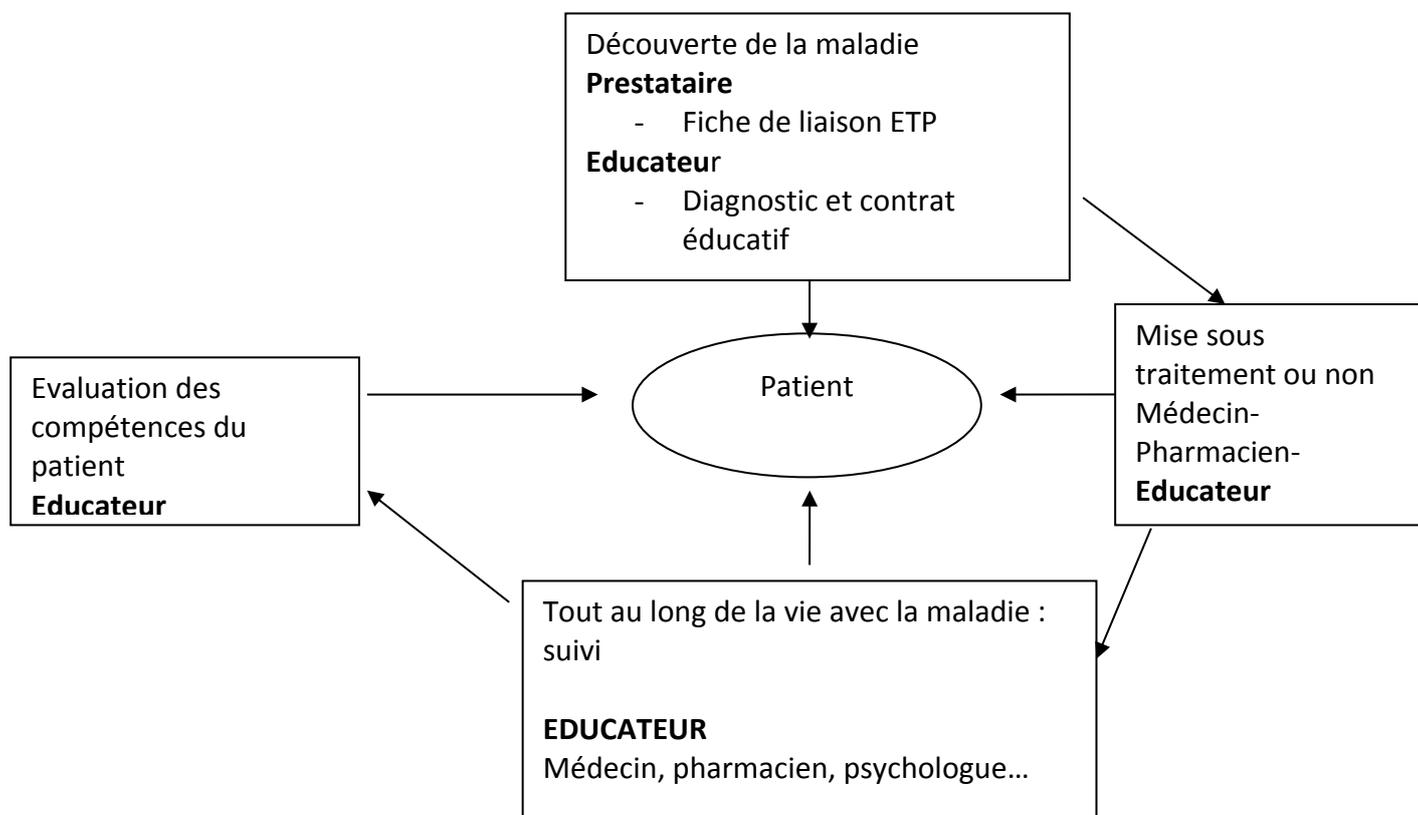
Tout ce personnel devrait être formé en éducation thérapeutique

## PRATIQUE DE L'ETP

### STRUCTURER UNE SEANCE D'ETP

- Présenter l'objectif de la séance et faire le lien avec la séance précédente
- Faire exprimer le patient sur ses connaissances antérieures et expériences sur le thème abordé
- Valider les connaissances et compléter si besoin, apport de nouvelles connaissances
- Envisager le transfert ou l'utilisation de ses connaissances dans son quotidien
- Faire une synthèse / demander au patient de faire la synthèse
- Faire le lien avec la séance suivante et prendre un rendez vous si utile

## INTEGRATION DE L'ETP dans le circuit de PEC



## ETP ENFANT /ADO

### DIRECTIVES :

Tout enfant infecté au VIH âgé à partir de 3 ans doit bénéficier des séances d'ETP.

### EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT EN PEDIATRIE

Il n'existe pas de définition officielle de l'ETP en pédiatrie. Cependant, l'expérience permet de préciser, à partir de la définition générale de l'ETP, la spécificité en pédiatrie : Cette démarche vise **l'apprentissage** de l'enfant et/ou de son entourage lui permettant d'acquérir des **compétences : il s'agit donc bien de développer des activités dans lesquelles l'enfant est ACTEUR, seul et/ ou avec son entourage.**

Elle a pour objectif de rendre l'enfant plus **autonome** et donc capable, en fonction de son degré de maturité de:

- ✗ **Participer** à la prise en charge de sa maladie, de ses soins, de la prévention de la transmission en partenariat avec les soignants et avec son entourage
- ✗ **Adhérer** à son traitement et son suivi
- ✗ **Prendre des décisions adaptées** pour le maintien de sa santé et l'amélioration de sa qualité de vie

Cette démarche est composée de 4 étapes :

- ✗ **Diagnostic éducatif** : analyser les besoins éducatifs de l'enfant et/ou de ses parents/tuteurs
- ✗ **Négociation des objectifs éducatifs** avec l'enfant en fonction de son degré de maturité et/ou les parents/tuteurs
- ✗ **Mise en œuvre de séances éducatives** individuelles et/ ou collectives avec les enfants seuls et/ou avec les parents/tuteurs
- ✗ **Evaluation des acquis** de l'enfant et/ou des parents/tuteurs

### PARCOURS ETP DE L'ENFANT

En pédiatrie, différents parcours ETP doivent être discutés en équipe, en fonction des groupes d'âge, du degré de maturité des enfants et de la connaissance ou non de leur maladie :

- ✗ Pour les moins de 3 ans avec leurs parents/tuteurs
- ✗ Pour les 3-6 ans, accompagnés ou non de leurs parents (pas de connaissance de leur maladie)
- ✗ Pour les 7-11 ans (annonce partielle)
- ✗ Pour les plus de 12 ans (quand l'annonce est faite)

La définition de ces parcours aide à organiser les moyens nécessaires.

### LES DEMARCHES DE L'ETP

Le diagnostic éducatif chez l'enfant

Il permet à **l'enfant de** :

- s'exprimer sur sa vie, sa maladie, ses besoins, son projet
- s'exprimer sur son expérience et mieux la comprendre
- prendre conscience de son besoin d'apprendre
- comprendre le sens de l'éducation et renforcer sa motivation
- découvrir la personne du soignant éducateur et ses impératifs.

Le diagnostic éducatif est indispensable pour connaître l'enfant, ce qu'il sait, ce qu'il vit, où il en est, les questions qu'il se pose ou qu'il ne se pose pas. C'est le premier contact entre l'enfant et le soignant/éducateur. Il évolue dans le temps, et doit être actualisé régulièrement et systématiquement lors de la survenue de tout élément nouveau.

➤ **Comment se déroule un entretien de diagnostic éducatif ?**

**On se présente.....**

*Je m'appelle (prénom de l'éducateur), je suis (fonction de l'éducateur), je travaille aussi dans l'équipe de prise en charge et je te reçois aujourd'hui pour une éducation thérapeutique. Et toi ? Peux-tu me dire qui tu es ?*

**J'explique pourquoi on est là....**

*Le médecin m'a demandé de te voir pour ce premier entretien. C'est pour mieux se connaître et décider ensemble si on va se revoir.*

*Sais-tu quel est mon travail d'éducateur? As-tu une idée de ce que je peux faire pour toi en tant qu'éducateur ?*

*C'est de t'aider à comprendre des choses sur ta maladie, tes médicaments, répondre à tes questions en fonction de tes demandes et besoins.*

**On se met d'accord....**

*Es-tu d'accord pour m'accorder un peu de temps ?*

*Si tu veux bien je vais écrire ce que tu me dis pour ne rien oublier. Toutefois si tu veux me dire des choses en secret j'en tiendrai compte. (Mettre en confiance)*

Les objectifs éducatifs sont définis en éducation thérapeutique au moment du diagnostic éducatif.

Ils correspondent à ce dont l'enfant a besoin de savoir et savoir-faire pour résoudre des situations de la vie quotidienne et pour ne pas se mettre en danger.

Ils contribuent à aider l'enfant à se construire, à se développer dans une vie « normale » avec la maladie.

On distingue deux types de compétences :

- **compétences d'auto-soins** (tout ce qui concerne la maladie et le traitement). Ce sont les compétences qui permettent à l'enfant de gérer sa maladie –surveiller ce qui se passe-, faire face aux problèmes, prendre son traitement
- **compétences d'adaptation** à la maladie (tout ce qui concerne l'adaptation de sa vie avec la maladie). Ce sont les compétences qui aident à établir un nouveau rapport à soi, aux autres, à l'environnement.

Aborder les compétences d'adaptation permet de « rendre les programmes d'ETP plus proches de la réalité des personnes ».

En pédiatrie, on différencie deux groupes cibles :

- Les enfants
- Les parents et/ou tuteurs

Les besoins et donc les objectifs éducatifs de ces deux groupes diffèrent.

Chez les adultes, le diagnostic éducatif permet de préciser leurs besoins.

Chez les enfants également, et en particulier, ils diffèrent en fonction de :

- Leur **développement psycho-moteur**, c'est pourquoi il est **INDISPENSABLE** de prendre en compte les stades de développement de l'enfant pour apprécier ce qu'ils peuvent ou ne peuvent pas faire.
- Leur niveau de connaissance de leur statut VIH (annonce non faite, annonce partielle, annonce totale)

Globalement, les besoins éducatifs concernent :

**Le « comprendre » pour les enfants et les parents**

- Effets sur la vie sociale
- Effets sur la vie affective et sexuelle
- Effets sur sa santé, son corps
- Effets sur ses habitudes, comportement en santé
  
- **Le « Faire » pour l'enfant**
- Expliquer ce qu'il a
- Identifier à qui le dire, comment le dire
- Adapter ses réponses aux situations rencontrées dans la vie sociale et affective
- Etc....
  
- **Le « Faire » pour les parents/tuteurs**
- Répondre aux questions de l'enfant concernant la maladie, le traitement
- Annoncer sa propre maladie à l'enfant
- Déceler des signes d'inconfort, d'anxiété, de mal-être et être présent
- Faire appel aux soignants
- Solliciter le soutien d'autres membres de la famille ou de l'entourage
- Etc....

**REFERENTIEL D'OBJECTIFS EDUCATIFS POUR LES ENFANTS**

**Objectifs éducatifs pour les enfants de 3 à 5 ans**

- Montrer son traitement
- Dire ce qu'il aime ou n'aime pas
- Dire le goût de ses médicaments
- Associer la prise des médicaments à un événement de sa journée
- Dire à sa mère (ou autre) qu'il a faim, mal, vomi, s'est blessé, saigne
- Identifier les membres de sa famille
- Repérer les objets d'hygiène personnelle et dangereux (brosse à dents, lame, piquant)
- Pratiquer un lavage des mains et l'associer à un événement

### Objectifs éducatifs pour les enfants de 6 à 12 ans (par tranche d'âge)

	6-8 ans	9-10 ans	10-12 ans
Exprimer son vécu de la maladie et du traitement			
Exprimer son ressenti sur la santé	X	X	X
Exprimer ses difficultés, ressentis vis à vis de son traitement	X	X	X
Exprimer ses émotions face à l'annonce			X
Comprendre, s'expliquer sa maladie			
Expliquer la maladie (ce qu'il a) en utilisant des analogies (« microbe », « soldats » ....)	X	X	
Donner le nom du virus et de la maladie		X	X
Raconter l'importance du traitement à prendre et ses effets sur les microbes et l'organisme	X	X	X
Expliquer le fait de ne pas se sentir forcément malade		X	X
Décrire sa sensibilité aux microbes due à son manque de défense immunitaire		X	X
Dire l'importance de respecter les rendez-vous d'un suivi régulier		X	X
Repérer les symptômes dont il a souffert en lien avec la maladie			X
Citer les modes de transmission du VIH et de prévention		X	X
Citer les moyens de prévention			X
Comprendre, s'expliquer son traitement et le suivi à l'hôpital			
Comprendre l'importance du suivi médical et biologique	X	X	X
Citer ses médicaments et/ou les montrer	X	X	X
Décrire les différents moments où il prend ses médicaments	X	X	X
Expliquer l'intérêt de la prise régulière du traitement en utilisant des analogies	X	X	X
Interpréter, analyser, repérer			
Repérer les objets d'hygiène personnelle et dangereux	X	X	X
Identifier des personnes ressources dans son entourage	X	X	X

Résoudre des problèmes de la vie quotidienne			
Identifier les lieux de stockage des médicaments		X	X
Ranger ses médicaments		X	X
Expliquer quoi faire en cas d'oubli, de vomissement	X	X	X
Expliquer quoi faire pour éviter les ruptures de stock de médicaments			X
Expliquer quoi faire en cas de blessure, de saignement	X	X	X
Demander de l'aide, le soutien d'un membre de la famille	X	X	X

### Objectifs éducatifs pour les enfants plus de 12 ans (adolescents)

Faire connaître ses besoins et ses difficultés avec le traitement
Exprimer ses ressentiments face aux contraintes liées à son suivi
Exprimer ses difficultés dans son cadre familial face à la gestion de son traitement
Faire connaître ses besoins et ses difficultés sur sa vie sexuelle
Exprimer ses questionnements appréhensions et doutes face aux pratiques sexuelles
Discuter de ses relations avec sa famille et son réseau social
Appréhender les notions de désir, séduction,
Explorer le rapport à son corps
Mettre en œuvre des conduites préventives
Discuter l'intérêt d'utiliser un préservatif
Poser un préservatif masculin ou féminin
Analyser les situations à risques de contamination
Citer les moyens de prévention à sa disposition
S'expliquer sa maladie, son traitement, son suivi
Expliquer les modes de transmission du VIH
Expliquer l'évolution de la maladie avec et sans traitement
Faire la distinction entre les messages contradictoires des sessions d'éducation scolaire à la santé sur le VIH et le SIDA et les messages éducatifs qu'il entend pendant les consultations

Expliquer les raisons de son suivi à l'hôpital
Expliquer l'importance d'un suivi biologique régulier
Expliquer quelques manifestations liées au traitement
Expliquer la nécessité de continuer son suivi en médecine adulte
Expliquer quelques manifestations liées au traitement
Gérer son traitement
Assurer le renouvellement de ses médicaments
Planifier sa prise de traitement
Assurer la surveillance de son état de santé
Expliquer /analyser les résultats biologiques
Identifier les symptômes évocateurs de la maladie
Expliquer le but d'un traitement préventif
Résoudre un problème en lien avec sa santé ou son traitement
Identifier les lieux de stockage des médicaments
Préparer ses médicaments pour la journée et en cas de voyage
Décider quoi faire en cas d'oubli, de vomissement, d'effets secondaires
Expliquer quoi faire pour éviter les ruptures de stock de médicaments
Expliquer quoi faire en cas de blessure, de saignement
Demander de l'aide, le soutien d'un membre de la famille, des soignants
Noter, programmer et venir aux rendez-vous de suivi
Adapter sa vie sociale
Identifier les personnes avec qui il peut partager son statut
Informé une personne sur son statut
Appréhender les réactions de son entourage après l'annonce de son statut
Intégrer un groupe

## **SECTION 7 : Continuum des soins**

## SOINS PALLIATIFS ET VIH

### I- GENERALITES

#### 1-ORIGINE

Ethymologiquement palliatif vient du latin **PALLIARE** qui signifie dissimuler, couvrir, adoucir la violence de certains processus.

Apparaît en 1945 la figure de **Cecily Saunders**, assistante sociale et infirmière de *St. Luke's*, qui prend conscience des besoins des malades terminaux.

**“Ce sont les médecins qui abandonnent les mourants”**

#### 2-DEFINITION

Les soins palliatifs sont des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale.

#### ➤ POURQUOI LES SOINS PALLIATIFS AU CAMEROUN ?

**Très peu connus et très peu pratiqués**

- L'OMS estime qu'en 2030, près de **21,4 millions** de nouveaux cas de **cancers** seront diagnostiqués au niveau mondial.
- Les pays à faible et moyen revenus devraient **représenter 61% de tous les cancers** dans le monde d'ici 2050 (Bray et al, 2006).
- En 2050, la prévalence **du VIH / SIDA** devrait augmenter de 278 000 000 (FNUAP, 2003)
- Au moins **25%** des patients du VIH /SIDA **et 80%** des patients atteints de cancer **souffrent de douleurs** dans la phase terminale de la maladie (Organisation mondiale de la Santé, 2004).

#### ➤ A QUI S'ADRESSENT LES SOINS PALLIATIFS ?

Soins palliatifs chez patient atteint de VIH : début dès que le diagnostic est posé et tout au long de l'évolution de la maladie que le patient reçoive ou non un traitement dirigé contre le VIH et affections associées.

A des personnes en **phase terminale**, dont le décès est imminent (dans 6 mois)

- A des personnes souffrant des maladies chroniques qui on a **un pic de douleur** très sévère.
- Ou lorsque les traitements curatifs deviennent **trop agressifs et sans résultats** contre la maladie (rechutes, généralisation d'un cancer, épuisement général de la personne...).

#### ➤ QUI FAIT LES SOINS PALLIATIFS ?

Une équipe multidisciplinaire, composée au minimum d'un médecin et d'une infirmière et, selon les besoins, d'autres compétences et spécialistes (diététicien, assistante sociale, psychologue, religieux etc....) pour pouvoir répondre aux différentes problématiques posées par le malade et sa famille.

#### ➤ QU'APPORTE DE PLUS LES SOINS PALLIATIFS EN MEDECINE ?

- Une **approche plus humaine** de la relation patient-personnel soignant.
- Une **vision holistique** de la personne humaine dans toutes les étapes de sa vie, même proche de la mort.

- Des moyens pour le **contrôle de la douleur** et des autres **symptômes**
- Des moyens d'**accompagnement psychologique** à la souffrance et à la mort.

**Avec les soins palliatifs, la réponse n'est jamais <<on ne peut rien faire>>.**

- ✓ Nous devons nous attacher à ce que nous pouvons faire, plutôt que de nous laisser décourager par ce que nous ne pouvons pas faire.
- ✓ Nous ne pouvons pas guérir les maladies incurables, mais nous pouvons contrôler de nombreux symptômes source de douleurs.
- ✓ Nous ne pouvons pas éliminer la douleur du deuil, mais nous pouvons accompagner ceux qui portent le deuil et partager leur tristesse.
- ✓ Nous ne pouvons pas avoir toutes les réponses, mais nous pouvons écouter toutes les questions.

## **II-OBJECTIFS DES SOINS PALLIATIFS**

- ✓ Soulager les douleurs physiques
- ✓ soulager les autres symptômes
- ✓ Prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle afin d'améliorer la qualité de vie des patients.

## **III -DECISIONS EN SOINS PALLIATIFS**

### **1-DECISIONS EN SITUATION D'AGONIE (derniers jours ou heures de vie)**

La fin de la vie doit être sans douleur, tranquille.

Le patient peut présenter une amélioration, limitée dans le temps.

**La souffrance mal soulagée durant les jours qui précèdent la mort du malade persistera dans la mémoire de sa famille.**

#### ➤ **Identifier les souffrances du patient pour:**

- ✓ Limiter les mesures diagnostiques et thérapeutiques
- ✓ Limiter l'alimentation
- ✓ Limiter l'hydratation
- ✓ Fixer des priorités
- ✓ Prendre des décisions.

#### ➤ **Critères pour établir un pronostic limité**

- ✓ Maigre réponse au traitement spécifique
- ✓ Complications fréquentes
- ✓ Effondrement de l'état général
- ✓ Problèmes pour l'alimentation
- ✓ Etat fonctionnel
- ✓ Comorbidité

### **2-SIGNES ET SYMPTOMES DE L'AGONIE**

- Fatigue extrême, à progression rapide
- Alitement

- Administration impossible des médicaments par voie orale
- Dysphagie
- Difficulté à communiquer, indifférence
- Râles, respiration bruyante, pauses d'apnée
- Extrémités froides
- Altération des constantes vitales
- Diminution importante du tonus musculaire
- Apparition de nouveaux symptômes, ou aggravation des symptômes existants
- Oligurie/anurie
- Diminution du niveau de conscience
- Agitation/hallucinations
- Stupeur et coma
- Intense repercussion émotionnelle
- Perception de mort imminente

### ➤ Mesures générales

Retirer les médicaments non indispensables	Voie sous-cutanée
Eviter l'aspiration	Contact physique et verbal
Soins de la bouche	Ne pas forcer l'alimentation
Contact fréquent avec la famille	

### 3-CONTROLE DES SYMPTOMES

- ✓ **Râles crepitants:** Buscapine ou Scopolamine
- ✓ **Dyspnée:** Morphine
  - Comme co-adjuvant: le Midazolam,
  - Dexaméthasone si obstruction voie aérienne
  - Oxygène
- ✓ **Douleur :** administrer la bonne dose et au bon moment avec les antalgiques de palier I, II ou III de l'OMS.

Le choix de la molécule est déterminé par la sévérité de la douleur, le site et le type de douleur.

- ✓ **Delirium et agitation-anxiété:** Haloperidol ½ amp / 15-20 min 1ère h après chaque 60 min, Max 20mg/24h
  - Lévomepromazine: 12,5-50mg/4-8h
  - Midazolam: 2,5-5mg/3h en SC
- ✓ **Crises épileptiques:** Diazepam 5-10mg IV/IM
- ✓ **Insomnie :** benzodiazépine
- ✓ **Rechercher : rétention d'urine (sondage vésical) et fécalome.**
- ✓ **Asphyxie ou Hémorragie :** Midazolam
- ✓ **Nursing et soins locaux**
- ✓ **Sédation palliative :** Midazolam, Levopromazine, Haloperidol

Elle est appliquée dans le cas d'échec clinique des mesures pharmacologiques et non pharmacologiques habituelles, avec l'objectif de diminuer la conscience du patient quand il présente de symptômes intolérables et la mort est proche.

Les symptômes réfractaires les plus fréquents sont :

<b>DYSPNEE</b>	<b>DETRESSE PSYCHOLOGIQUE</b>
<b>DELIRIUM</b>	<b>DOULEUR</b>

La sédation ne doit pas être un procédé systématique à la fin de la vie.

Le médecin doit contrôler les symptômes tout en maintenant le niveau de conscience, si possible les dernières paroles, les derniers gestes.

➤ **MEDICAMENTS UTILISES EN SOINS PALLIATIFS (voie SC)**

<b>Morphine</b>	<b>Dexametasone</b>
<b>Midazolam</b>	<b>Tramadol</b>
<b>Haloperidol</b>	<b>Metoclopramide</b>

**Sérum physiologique et sérum mixte.**

**ASSURER UNE PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE.**

LA BONNE MORT doit être:

- ✓ Sans douleur
- ✓ Tranquille
- ✓ Accompagnée
- ✓ Acceptation familiale
- ✓ Sensation de la part de l'équipe soignante, de travail bien fait.

**IV- CONCLUSION**

Quelle que soit la maladie, il y a toujours quelque chose à faire pour améliorer la qualité de vie d'un malade.

La mort fait partie de la vie, et les patients doivent être autorisés à mourir en paix et dans le respect de leur dignité.

Pour assurer une meilleure prise en charge des patients le ministère de la sante devrait rendre disponible et accessible la morphine.

## **SECTION 8 : Prise en charge communautaire**

## REMERCIEMENTS

## ABBREVIATION

ACRONYMES : ..... 9

INTRODUCTION..... 10

**I. GENERALITES SUR LA TRANSMISSION MERE ENFANT (PTME) ..... 11**

**I.1. Définitions : ..... 11**

I.2. Fréquence de la transmission..... 11

I.3. Moments de la TME ..... 11

I.4. Mécanismes de la TME du VIH ..... 11

I.5. Facteurs influençant la TME ..... 12

**II. STRATEGIES DE PREVENTION DE LA TME DU VIH AU CAMEROUN ..... 14**

II.1. L'intégration de la PTME et de la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) : ..... 14

II.2. L'approche familiale de la prise en charge de l'infection à VIH ..... 16

II.3. La délégation des tâches/décentralisation des services ..... 16

II.4. La mise en œuvre de l'option B+ pour la PTME ..... 16

**III. PRISE EN CHARGE DE LA FEMME ENCEINTE AU SEIN DU PROGRAMME DE PTME ... 16**

III.1. La consultation prénatale : principale porte d'entrée dans le programme de PTME ..... 16

III.2. Le conseil et dépistage de l'infection à VIH..... 20

L'algorithme de dépistage du VIH chez la femme enceinte : ..... 21

III.3. Prise en charge de la femme enceinte ou allaitante séropositive par les ARV ..... 22

III.4. Prise en charge du travail, de l'accouchement et du post-partum ..... 25

**IV. PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT NE DE MERE SEROPOSITIVE ..... 29**

IV.1. La prophylaxie ARV chez l'enfant né de mère séropositive ..... 29

IV.2. Le suivi de l'enfant né de mère séropositive ..... 29

IV.3. L'alimentation de l'enfant né de mère séropositive ..... 33

V.4. Le dépistage de l'infection à VIH chez l'enfant né de mère séropositive ..... 35

V.5. Vaccination de l'enfant né de mère séropositive: ..... 37

**INFECTION A VIH ET PLANNING FAMILIAL ..... 40**

<b>RETENTION ET SOUTIEN A L'ADHERENCE AU SEIN DU PROGRAMME DE PTME: .....</b>	<b>41</b>
VII.1. Comment organiser le système de suivi de la rétention des clients au sein de la formation sanitaire: .....	41
VII.2. Comment organiser le système d'aide à l'observance du traitement au sein d'une formation sanitaire .....	42
<b>ORGANISATION DES SERVICES ET REFERENCE AU SEIN D'UNE FORMATION SANITAIRE ....</b>	<b>42</b>
VIII.1. Organisation des services.....	42
VIII.2. Le système de référence et de contre-référence.....	42
VIII.3. Mise en place d'un système de suivi de la rétention des clients et d'aide à l'observance du traitement.....	43
<b>LIENS ENTRE LA FORMATION SANITAIRE ET LA COMMUNAUTE:.....</b>	<b>43</b>
<b>GESTION DES INTRANTS DE LA PTME .....</b>	<b>44</b>
X.1. Quantification, réquisition, approvisionnement et distribution .....	44
X.2. Stockage et gestion des stocks .....	44
X.3. Système de régulation des intrants :.....	44
<b>LE SUIVI EVALUATION DU PROGRAMME INTEGRE PTME/SMNI .....</b>	<b>44</b>
XI.1. Les outils de suivi évaluation : .....	45
XI.2. Les indicateurs : .....	45
XI.3. Le circuit de remontée des données de la PTME .....	45
XI.4. Analyse et utilisation des données du programme.....	46
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>46</b>
<b>ANNEXES :.....</b>	<b>47</b>
8.12 Le rythme du suivi clinique d'un enfant infecté par le VIH sous traitement antirétroviral est mensuel pendant les 6 premiers mois puis trimestriel (tous les 3 mois). En cas de régime à base de NVP, évaluation à J14 de l'état clinique, des constantes physiques, de la compréhension du traitement, de l'adhésion au traitement, de l'observance et d'éventuels effets secondaires (en l'absence de problème, passer à pleine dose de NVP). .....	55
8.13 L'évaluation clinique du traitement est basée sur la recherche des signes majeurs en réponse au traitement ARV : .....	55
8.17- les objectifs pédagogiques de l'éducation thérapeutique de l'enfant infecté sous TARV en fonction de l'âge sont les suivants : .....	56
Cas du nouveau-né et du nourrisson de moins de 6 mois dont la mère est atteinte d'une tuberculose contagieuse .....	85

<b>2. Signes/symptômes, étiologies et conduite à tenir des principales IST .....</b>	<b>95</b>
<b>La prise en charge des IST doit tenir compte de plusieurs objectifs qui sont :.....</b>	<b>95</b>
• Identifier les IST chez tout patient, leur localisation, manifestations spécifiques et leurs complications.....	95
• Prendre en compte les interactions entre le VIH et les IST .....	95
• Appliquer les étapes cliniques de l'examen global du patient (voir dossier clinique)..	95
• Traiter les IST et le VIH selon les recommandations nationales .....	95
• Travailler dans un contexte de prise en charge globale .....	95
<b>Deux approches : .....</b>	<b>95</b>
<b>2- 1 APPROCHE SYNDROMIQUE .....</b>	<b>96</b>
sérum physiologique.....	98
antibiotiques: .....	98
<b>3. La prévention des IST .....</b>	<b>103</b>
Prévention secondaire.....	103
Particularités cliniques.....	110
Lymphome malin non-hodgkinien (LMNH).....	110
• Girard PM, Katlama C, Pialoux G. VIH. 8e édition, Rueil Malmaison [France]: Doin, 2011; 839 p. ....	113
➤ Comment se déroule un entretien de diagnostic éducatif ? .....	131
On se présente.....	131
J'explique pourquoi on est là.....	131
On se met d'accord....	131
<b>REMERCIEMENTS .....</b>	<b>142</b>
<b>ABBREVIATION .....</b>	<b>142</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>147</b>
Contexte/justification .....	147
<b>DEFINITION DES CONCEPTS et TERMES .....</b>	<b>147</b>
La Mobilisation Communautaire .....	147
La Communication pour le développement .....	148
<b>OBJECTIFS transporter en début de chapitre .....</b>	<b>148</b>

<b>FORMATION DES ASC/MEMBRES DES GROUPES DE SOUTIEN EN PEC INTEGREE COMMUNAUTAIRE DU VIH (mettre un agenda de formation en annexe.....</b>	<b>149</b>
<b>ACTIVITES DE LA PEC COMMUNAUTAIRE DU VIH .....</b>	<b>149</b>
<b>AUTRES ACTIVITES EN FAVEUR DE LA SANTE.....</b>	<b>151</b>
Lutte contre la stigmatisation et la discrimination .....	151
<b>ACTIVITES CURATIVES .....</b>	<b>151</b>
Recherche des perdus de vue (Vaccination, TB, VIH, CPN, malnutrition ...)	151
<b>ACTIVITES PROMOTIONNELLES .....</b>	<b>152</b>
Participation aux activités de masse.....	152
Réhabilitation/Réinsertion.....	152
<b>AUTRES ACTIVITES DE SANTE .....</b>	<b>152</b>
<b>SUIVI ET EVALUATION DE LA PEC COMMUNAUTAIRE .....</b>	<b>152</b>
<b>APPROVISIONNEMENT ET GESTION DES INTRANTS.....</b>	<b>153</b>
iii) Stockage.....	154
iv) Distribution/dispensation .....	154
v) Utilisation .....	154
▪ Cas des Réactifs.....	154
▪ Cas des Préservatifs,.....	155
▪ Cas des Médicaments (ARV, MIO, autres ....) .....	155
<b>ORGANISATION DE LA RÉFÉRENCE/CONTRE RÉFÉRENCE.....</b>	<b>155</b>
<b>MECANISME DE PERENISATION DES ACTIVITES DES ASC.....</b>	<b>156</b>
Mécanismes structurels.....	156
Mécanismes fonctionnels .....	156
<b>RECOMMANDATIONS : les mettre à la fin du document global.....</b>	<b>156</b>
<b>ÉTABLISSEMENT ET GESTION DES LIENS ENTRE LES ASC ET LES SERVICES DE SOINS .....</b>	<b>157</b>
<b>ACTIVITES DE LA PEC COMMUNAUTAIRE DU VIH .....</b>	<b>157</b>
PTME.....	157
PEC PEDIATRIQUE .....	158
Dépistage/ annonce du résultat .....	158
Suivi enfant infecté.....	158
ADOLESCENTS et ADOLESCENTES .....	158
PEC DES CO-INFECTIIONS.....	158
PEC DES IST-HV .....	158
PEC DES ADULTES .....	159
CONCLUSION.....	160
BIBLIOGRAPHIE .....	160
<b>ANNEXES.....</b>	<b>160</b>

<b>DÉCENTRALISATION DE L'ACCÈS AUX ARV .....</b>	<b>161</b>
<b>MOBILISATION ET IMPLICATION DE TOUS LES PARTENAIRES .....</b>	<b>161</b>
<b>RÔLE DES DIFFÉRENTS ACTEURS DE LA PEC .....</b>	<b>161</b>
<i>Rôle des travailleurs psychosociaux.....</i>	<i>161</i>
<i>Rôle des associations, PVVS, Agents Relais Communautaires .....</i>	<i>161</i>
<i>Rôle des leaders d'opinion et des communicateurs .....</i>	<i>162</i>
<b>RÔLE DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT .....</b>	<b>162</b>
<i>Les conditions de déroulement d'un bon counselling : .....</i>	<i>162</i>
<i>Identification des acteurs et de leurs rôles .....</i>	<i>163</i>
<i>Liste des outils des activités à base communautaire et niveau de remplissage.....</i>	<i>164</i>
<b>FICHE DE VERIFICATION DE LA VISITE A DOMICILE (VAD) .....</b>	<b>165</b>
<i>ÉTAPES DE RÉALISATION D'UNE VISITE À DOMICILE .....</i>	<i>165</i>
<i>L'évaluation de la séance de causerie éducative : .....</i>	<i>167</i>
<b>Commentaires .....</b>	<b>167</b>
<b>FICHE D'ACTIVITE MENSUELLE POUR CONSEILS PRE-TEST .....</b>	<b>167</b>
<b>FICHE D'ACTIVITE MENSUELLE POUR CONSEILS POST-TEST .....</b>	<b>168</b>
<b>FICHE D'ACTIVITE POUR CAUSERIES EDUCATIVES (CE) .....</b>	<b>168</b>
<b>FICHE D'ACTIVITE POUR RECHERCHE DE PERDU DE VUE (PDV).....</b>	<b>169</b>
<b>FICHE D'ACTIVITE MENSUELLE POUR CONSEILS DE SUIVI .....</b>	<b>171</b>
<b>FICHE D'ACTIVITE POUR VISITE A DOMICILE ROUTINE (VAD).....</b>	<b>171</b>
<b>FICHE DE SYNTHESE D'ACTIVITÉS MENSUEL POUR AGENTS SANTE COMMUNAUTAIRES (ASC).....</b>	<b>173</b>
<b>PRISE EN CHARGE GLOBALE ET ACCOMPAGNEMENT .....</b>	<b>174</b>

## INTRODUCTION

### Contexte/justification

Dans un contexte de ressources limitées (humaines, matérielles, financières) et de recherche de l'efficacité dans les résultats de santé, le Ministère en charge de la Santé Publique a adopté le développement des programmes d'Agents de Santé Communautaires conformément aux diverses recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé et de l'Alliance Mondiale pour les Personnels de Santé.

Des agents de santé communautaires polyvalents sont formés et contribuent de manière intégrée, à la mise en œuvre du, au continuum de soins des personnes vivants avec le VIH/Sida, à la recherche des perdus de vues pour le VIH et la tuberculose et au traitement à la prise en charge du paludisme.

### DEFINITION DES CONCEPTS et TERMES

#### La Mobilisation Communautaire

La mobilisation communautaire est la sensibilisation de la communauté, en vue d'améliorer sa qualité de vie/ la survie à travers un choix informé de vie et l'utilisation des services de santé. Pour y arriver il faut qu'elle soit impliquée à tous les stades du développement des services de soins de santé, notamment dans l'identification des besoins/*exprimer les objectifs, planification, mise en œuvre, suivi et évaluation.*

#### La communauté :

C'est un groupe de personnes (les familles, les villages voisins ou les communes voisines) vivant dans une aire géographique donnée, ayant des intérêts communs et partageant les mêmes préoccupations de santé.

Variété de gens qui dans le contexte de l'infection à VIH ont un rôle important dans la prise en charge communautaire sont:

- PVVIH
- ONG/Groupes de Soutien
- Famille, amis
- Leader d'opinion/Chefs de communauté (religieux, guérisseurs traditionnels...)
- Agents de santé communautaires

**Agent de Santé Communautaire** : homme ou femme appartenant à une communauté, choisi (e), soutenu (e) par celle-ci, et formé (e) pendant une courte durée pour s'occuper de ses problèmes de santé sous la supervision des services de santé.

**Agent de Santé Communautaire Polyvalent** : ASC formé et capable de mettre en œuvre les interventions de plusieurs programmes au sein d'une même communauté.

**Interventions Sous Directives Communautaires** : une ou plusieurs prestations sanitaires menées au niveau communautaire et sous l'égide de la communauté elle-même.

La différence entre les concepts de « à base communautaires » et « sous directives communautaires » se situe au niveau de l'appropriation par la communauté ; « sous directives communautaires » étant le niveau maximal de l'appropriation.

**Intégration** : Stratégie qui prône la mise en œuvre conjointe des interventions de plusieurs programmes par un même agent ou un même groupe d'agents dans un même espace, au même moment et avec les mêmes ressources.

## **Le Plaidoyer**

Le plaidoyer est un ensemble d'actions cohérentes menées pour convaincre ou influencer un ou des décideurs en vue d'obtenir un changement dans l'intérêt d'une communauté.

Le plaidoyer ambitionne de changer les politiques, positions ou programmes d'une institution. Dès qu'un changement nécessitant l'intervention d'une action politique doit avoir lieu, le plaidoyer a un rôle à jouer.

## **Causerie éducative:**

C'est une méthode d'animation de groupe au cours de laquelle un animateur échange des idées et les informations sur des problèmes de santé liés à ce groupe ou à la communauté.

## **Counselling:**

Le counselling est une technique de communication face à face au cours de laquelle une personne aide une autre ou deux à prendre une décision en vue de la résolution d'un problème.

## **Visite à domicile (VAD) :**

La visite à domicile est le fait de se rendre dans une famille pour rencontrer une personne ou un couple (counselling) ou encore un groupe de personnes (causerie éducative) afin de leur donner des informations, des conseils ou aider à la résolution de leur problèmes de santé.

## **La Communication pour le développement**

Un ensemble de méthodes et d'approches d'échanges de connaissances, d'expériences, et d'opinions entre les populations participantes qui vise à provoquer l'adoption de nouveaux comportements par rapport à une situation donnée. Elle renforce la diffusion de l'information en mettant une emphase sur le dialogue et l'échange basé sur des arguments conformes aux repères socio-culturels.

## **LA REFERENCE**

La référence est le mouvement guidé de clients pour obtenir des services basés sur les besoins spécifiques. Une référence peut impliquer l'envoi d'un client à partir d'un établissement de santé à un autre organisme, personne ou entité. La référence peut être l'envoi d'un client d'une formation sanitaire à une autre formation sanitaire de catégorie supérieure en vue d'assurer la continuité et l'amélioration des soins, en respectant le fonctionnement de la pyramide sanitaire, ou d'une organisation à base communautaire, privée ou autres organisations pour le continuum des soins.

## **OBJECTIFS transporter en début de chapitre**

L'objectif général de la prise en charge communautaire du VIH est de contribuer à la réduction des nouvelles infections, l'amélioration de la qualité des Soins et le soutien aux PVVIHs et la réduction de l'impact du SIDA sur la société.

Plus spécifiquement:

- Fournir des orientations sur les principales questions opérationnelles de prestation de services au niveau communautaire ;
- Offrir les soins afin d'améliorer l'accès aux services en rapport avec l'infection à VIH,

- Renforcer le continuum de soins de l'infection à VIH ;
- Intégrer d'avantage la fourniture des ARV et autres intrants associés dans les systèmes de santé ;

## **FORMATION DES ASC/MEMBRES DES GROUPES DE SOUTIEN EN PEC INTEGREE COMMUNAUTAIRE DU VIH (mettre un agenda de formation en annexe**

La formation est un élément essentiel de la compétence de l'ASC. Dans ce cadre, elle doit bénéficier d'une attention particulière de tous les intervenants. La première formation de tout Programme doit comporter le module de base sur la compréhension des rôles et responsabilités, des techniques de communication interpersonnelle et de mobilisation, les thématiques de base sur la promotion des Pratiques Familiales Essentielles (PFE) universelles. Ces pratiques sont des gestes qui sauvent, qui ont un fort impact centré sur la famille, le bien-être de la communauté et qui sont disponibles au niveau communautaire.

Ensuite Ils bénéficieront d'une formation complémentaire spécifique aux Programmes de la lutte contre le VIH dans le but d'intégration. Il s'agit de ;

- Définition des concepts (VIH, SIDA, PVVIHs ....)
- Modes de transmission du VIH
- Signes et symptômes du VIH
- Signes de danger du VIH
- Prise en charge intégré communautaire du VIH

La formation, qu'elle soit initiale, complémentaire ou continue, est placée sous la responsabilité des équipes-cadres de districts avec l'appui des Programmes, et doit être menée selon une fréquence régulière (au moins une fois par an pour les sessions et au moins une fois par mois lors des supervisions).

## **ACTIVITES DE LA PEC COMMUNAUTAIRE DU VIH**

Les Agents de Santé Communautaires peuvent apporter leur contribution dans les domaines promotionnels, préventifs, curatifs et de réhabilitation, sous la supervision active des personnels de santé du district. IL s'agit notamment entres autres:

Les activités preventives

- prévention du paludisme ;
- Conseil et dépistage du VIH dans la communauté ;
- Plaidoyer/diagnostic communautaire des problèmes liés à l'infestation à VIH /SIDA ;
- éducation pour le changement de comportement (counselling, causerie éducative, visites à domicile ;
- lutte contre lastigmatisation et la discrimination ;
- accompagnement des femmes enceintes séropositives du VIH et des nouveaux nés des mères séropositives ;
- dépistage du VIH chez les enfants malnutris ;
- offre de service initiée en collaboration avec les services de santé ;
- identification des effets secondaires ;

- collecte, synthèse, analyse et transmission des informations en conformité avec le circuit valide (décès maternel, néonatal, infantile, accouchement à domicile).

#### Les activités curatives

- traitement des cas simple d'IRA (pneumonie) avec les antibiotiques ;
- traitement des cas simple de paludisme ;
- traitement des cas simple de diarrhée avec une SRO à faible osmolarité et du Zinc ;
- réalisation du test rapide de dépistage du paludisme ;
- Prise en charge de la malnutrition aiguë modérée ;
- traitement d'autres maladies dont les études ont prouvé une prise en charge à domicile ;
- recherche des perdus de vue (vaccination, TB, VIH, CPN, malnutrition ;
- aide au suivi de l'observance et à la prise en charge des effets secondaires des ARV ;
- préparation du patient et/du parent au traitement antirétroviral, éducation thérapeutique du patient et/ou du parent, distribution des ARV.
- Soutien psychosocial, spirituel, juridique, etc ;
- Référence des malades vers les Formations Sanitaires ;

\_ Remplissage des outils de suivi communautaires de la maladie et acheminement desdits outils au responsable de la Formation Sanitaire de l'Aire

- prise en charge de la nutrition et de l'hygiène du patient VIH ;
- soins palliatifs (évaluation de la douleur, soutien psychosocial et de fin de vie) ;
- campagne de distribution de masse : MII, vit A.

#### Les activités promotionnelles

- Promotion de la PFE.
- Promotion de l'allaitement maternel protégé ( mère sous ARV pour prévenir la transmission) ou alimentation artificielle exclusive les 6 premiers mois
- promotion des règles d'hygiène de base (consommation de l'eau potable, lavage des mains avec de l'eau et du savon ou de la cendre;
- promotion de l'utilisation des latrines améliorées et de l'hygiène et l'assainissement du milieu de vie ;
- supplément de la vit A ;
- suivi de l'application du calendrier vaccinal complet de l'enfant de 0 à 11 mois ;
- orientation des femmes enceintes en CPN ;
- orientation des femmes enceintes au Centre de Santé pour accouchement ;
- promotion du dépistage du VIH ;
- promotion de la PF ;
- promotion et protection des droits à la santé pour tous, surtout pour les populations clés et les personnes vulnérables ;
- participation aux activités de santé de masse ;
- éducation pour un changement de comportement pour tout autre problème de la société requérant ce changement (alcoolisme, gestion des vivres familiaux) ;

Les activités de réhabilitation

- aide à la réhabilitation fonctionnelle ;
- aide à la réhabilitation sociale ;
- aide à la réinsertion sociale (malades mentaux, lèpre, fustule, etc ;

#### **AUTRES ACTIVITES EN FAVEUR DE LA SANTE**

- mobilisation des ressources locales ;
- collecte et transmission des informations sanitaires (gestion des stocks d'intrants, nombre d'accouchement à domicile, décès maternels et infantile, etc ;
- participation aux activités de recherche dans la communauté ;

En cas d'épidémie généralisée d'infection à VIH, il est recommandé de réaliser, en plus du conseil et du dépistage à l'initiative du prestataire, un conseil et un dépistage du VIH à base communautaire accompagnés de l'établissement de liens avec les services de prévention, de soins et de traitement (*recommandation forte, données de faible qualité*).

Certains enfants n'étant pas identifiés comme exposés au VIH ou étant perdus de vue après l'accouchement, une recherche active au sein de la communauté doit être faite par les membres des groupes de soutien/ASC et les référer vers la FOSA.

Les adolescents doivent recevoir un conseil sur les avantages et les risques potentiels de partager leur statut sérologique avec une autre personne, ainsi que les moyens et le soutien pour déterminer s'ils doivent partager ce statut, quand le faire, comment et avec qui (*recommandation soumise à conditions, données de très faible qualité*).

#### **Lutte contre la stigmatisation et la discrimination**

La stigmatisation se réfère aux attitudes et croyances défavorables à l'endroit d'une personne ou d'une chose. La discrimination est un comportement/acte qu'on a vis-à-vis d'un ou groupe d'individus avec partialité et préjugés. La stigmatisation liée au VIH/SIDA apparaît de plus en plus comme le principal obstacle au ralentissement de la progression du VIH/SIDA.

L'ASC va intensifier la sensibilisation dans la communauté, le respect des droits des PVVIH, renforcer les soins et soutien et accompagnement

#### **ACTIVITES CURATIVES**

Le renforcement des capacités des ASC permet qu'ils soient en mesure de prendre en charge certains cas simple des maladies à domicile surtout avec une supervision par le personnel de la sante.

#### **Recherche des perdus de vue (Vaccination, TB, VIH, CPN, malnutrition ...)**

En relation permanente avec le personnel de santé dans la formation sanitaire, l'ASC prend connaissance des PVVIHs sur TAR et/ou les besoins de suivi. En cas de non-respect de rendez-vous, le prestataire de soins avertit l'ASC pour signaler le non suivi du malade/client

dûment consignée dans **le registre des perdus de vue**. Ensuite l'ASC intègre cette recherche du malade/client dans son plan de travail (appel téléphonique, messages par sms, prise de rendez-vous, descente sur le terrain etc).

## **ACTIVITES PROMOTIONNELLES**

Ces activités qui vise à encourager la population a adopté les comportements seins pour la sante en matière de prise en charge communautaire du VIH.

### **Participation aux activités de masse**

La mobilisation communautaire est la clé pour offrir à la communauté des informations dont ils ont besoin pour participer activement à l'amélioration de leurs conditions de Santé.

Le but de la mobilisation communautaire est de :

- Créer un véritable partenariat entre les services de soins de santé/FOSA et la communauté
- Impliquer la communauté à tous les stades du développement des services de soins de santé, notamment dans l'identification des besoins/*exprimer les objectifs, planification, mise en œuvre, suivi et évaluation*.

L'implication de la communauté veille à ce que ces services destinés à la communauté répondent à leurs besoins exprimés non satisfaits.

La mobilisation communautaire a pour but de sensibiliser la communauté, d'améliorer la qualité de vie/ la survie de la population à travers un choix informé de vie et l'utilisation des services de santé.

## **Réhabilitation/Réinsertion**

## **AUTRES ACTIVITES DE SANTE**

La participation des ASC dans les études menées et la collecte des informations sanitaire au niveau de la communauté et bien d'autres activités relève de leur compétence

## **SUIVI ET EVALUATION DE LA PEC COMMUNAUTAIRE**

**Le suivi des activités de prise en charge communautaire** veille sur la qualité de lamise en oeuvre des activités et peut se faire par des missions de supervision sur le terrain ou l'analyse des rapports d'activités.

### **Les buts du suivi**

Le suivi de la PEC vise plusieurs buts, il s'agit entre autre de :

- Identifier les difficultés rencontrées lors des activités
- Apporter des solutions aux problèmes identifiés
- Assurer des services de qualité
- Apprécier les performances de l'agent de santé communautaire
- Motiver le travailleur communautaire

### **Le suivi proprement dit**

Il peut se faire à travers :

- L'analyse des rapports d'activités
- Les visites de terrain
- L'analyse des fiches de suivi remplies par l'agent de santé communautaire
- Les réunions d'échanges

## **OUTILS DE SUIVI DE LA TAR SUR LA PEC COMMUNAUTAIRE**

- **carte de suivi et de monitoring**
- **Fiche de suivi patients sousTAR**
- **Fiche de référence contre référence**
- **Fiche de vérification de la VAD**
- **Fiche de la Causerie éducative**
- **rapport mensuel d'activité**
- **Fiche journalière de suivi des intrants**
- **Fiche de recherche/référence des perdus de vue**
- **Fiche de de communication**

## **APPROVISIONNEMENT ET GESTION DES INTRANTS**

L'objectif général recherché pour réussir la prise en charge communautaire, est de mettre tout en œuvre pour assurer aux PVVIH éligibles :

L'accès équitable aux médicaments essentiels ayant un bon rapport qualité/prix et d'innocuité acceptable, pour prendre en charge les maladies prioritaires: VIH/SIDA, TB, Malaria et PCIME;

L'usage rationnel de ces médicaments par le personnel de santé et les patients.

Aussi, les Préalables suivants sont requis :

- Intégrer le Système d'approvisionnement en médicaments et réactifs dans le système national
- Encourager et renforcer la transparence par la mise en place des mécanismes de concertation et de coordination à tous les niveaux : Cellule Régionale de Coordination des Approvisionnements..
- Former le personnel des FOSA à la gestion des stocks à tous les niveaux : la sélection, l'approvisionnement, le stockage, la distribution, et l'utilisation.

### **i) La sélection**

- La sélection des Médicaments des Protocoles thérapeutiques nationaux adoptés de manière consensuelle au niveau national, notamment les

molécules de 1<sup>ere</sup> ligne : la référence peut jouer ici car on va inclure uniquement les traitements de 1<sup>e</sup> intention.

- La sélection des réactifs contenus dans les algorithmes de dépistage nationaux, conformément aux équipements de laboratoires

L'agent de santé communautaire reçoit la liste des intrants de la formation sanitaire leader de son Aire de Santé.

## **ii) L'approvisionnement**

Cette opération se fera grâce à la mise en œuvre des procédures d'approvisionnement harmonisées;

- L'acquisition des intrants (.....) doit se faire autant que faire se peut en conformité avec les besoins des FOSA : Médicaments et réactifs de bon rapport qualité/prix, disponibles et accessibles (éviter les ruptures de stocks)
- S'assurer que des stocks adéquats de médicaments sont disponibles à tout moment.
- Outils de gestion (évaluation des besoins, commande, livraison, stocks) appropriés ;
- Le système d'information et de gestion logistique performant (données de qualité pour le calcul des besoins en intrants)
- Etablir et Renforcer le Système National d'Approvisionnement en Médicaments (formation des gestionnaire des intrants, circuit de transmission des données, rétro-information.....)
- Tenir compte des Coûts et des options de Financement

Le Chef de l'Aire de santé accorde une dotation en intrants aux agents de santé communautaire selon les besoins identifiés.

## **iii) Stockage**

Le respect des bonne pratiques de stockage est requis notamment :

- Des surfaces de stockage adéquates
- Conditions de stockage appropriées
- Classement des intrants par catégorie
- Mesures de sécurité conformes

Les produits sont stockés dans les pharmacies des FOSA des Aires de Santé. Toutefois l'ASC recevra une quantité d'intrants pour les besoins identifiés de sa communauté.

## **iv) Distribution/dispensation**

Le Système de distribution/dispensation doit être efficace et efficient

- Définir/affiner les réseaux de distribution/dispensation:
- Organiser et rendre fonctionnel un système de circulation de l'information entre la structure qui distribue et celle qui dispense les intrants;

L'ASC ne distribue pas les intrants. Il dispense sous la supervision du personnel de santé de la formation sanitaire leader.

## **v) Utilisation**

- *Cas des Réactifs*

L'ASC mobilise la population vers les services ou unité de dépistage où il réalise le dépistage au niveau de la communauté en utilisant des tests diagnostiques rapides du VIH (à partir du sang prélevé par piqûre au bout du doigt), ceci facilite l'expansion du conseil et du dépistage en milieu communautaire, notamment à domicile, dans les gares de transport, dans les lieux de culte, dans les écoles, dans les universités, sur le lieu de travail et dans les lieux fréquentés par les populations clés.

Selon les résultats obtenus du dépistage, il oriente les personnes séropositives vers les FOSA pour intégration dans le système de soins. Elles sont donc évaluées selon le protocole clinique et biologique et si mis sur traitement, l'ASC assure leur rétention dans la filière active. Si non, l'ASC réfère les personnes séropositives dans les structures de soutien de la communauté.

▪ **Cas des Préservatifs,**

L'ASC assure la sensibilisation continue des personnes dépistées séronégatives dans leur communauté. Il assure la promotion de l'utilisation correcte, la distribution et la dispensation/vente des préservatifs

▪ **Cas des Médicaments (ARV, MIO, autres ....)**

L'agent de santé communautaire reçoit les intrants en tenant compte des prescriptions initiales des malades auprès des FOSA. Il peut assurer le ravitaillement/distribution pendant les visites à domicile, par rapport au résultat de dépistage des intrants sus-visés.

Il assure le remplissage approprié de la fiche de suivi des intrants.

## **ORGANISATION DE LA RÉFÉRENCE/CONTRE RÉFÉRENCE**

### **Les informations nécessaires à L'ASC pour référer un malade :**

- Les formations sanitaires et leurs plateaux techniques
- Les structures de soutien disponibles (OBC, ONG local, Structure de dialogue, Confessionnel, Structure apparente, GS etc....)
- Les protocoles de soins par niveau : quand référer ainsi qu'une continuité dans la communauté
- Un paquet de soins défini et disponible par niveau
- Les mécanismes de prise en charge financière du malade/client
- Des outils de référence contre référence disponibles
- Les moyens de transport

### **La référence proprement dit :**

L'ASC doit :

- identifier le problème ou besoins non satisfaits,
- remplir la fiche référence, organiser le transport,
- assurer que la famille a les moyens financiers pour assurer la survie et la continuité de soins.
- établir la communication avec la structure de référence
- solliciter l'appui des structures de soutien.
- Accompagner physiquement le malade/client au lieu de référence.
- Faire le suivi de contre référence du malade/client

## **MECANISME DE PERENISATION DES ACTIVITES DES ASC**

Les mécanismes structurels et fonctionnels de pérennisation doivent permettre la mise en œuvre durable des interventions sous directives communautaires :

### **Mécanismes structurels**

- Identification des ASC et leurs rôles
- Mise en place d'un cadre juridique adapté
- Mobilisation des ressources locales pour les activités sous directives communautaires
- Développement du partenariat local

### **Mécanismes fonctionnels**

- Planification et mise en œuvre intégrée des activités des ASC
- Supervision des ASC
- Suivi/évaluation des activités des ASC
- Utilisation des outils de gestion
- Motivation des ASC
- Financement des interventions sous directives communautaires

## **RECOMMANDATIONS : les mettre à la fin du document global**

La réussite de la prise en charge communautaire appelle les recommandations essentielles suivantes :

### **1. Mise en place d'un cadre de Suivi/évaluation pour la compliance et l'adhérence au traitement**

- Simplifier les outils pour la supervision et le monitoring sur l'utilisation des médicaments, l'efficacité et l'efficacité du programme de traitement par les agents communautaires et autres travailleurs des services de santé.
- Développer des outils simplifiés, un système coordonné et systématique de suivi, de surveillance et de monitoring utilisable par les prestataires impliqués dans la PEC communautaire.

### **2. Les étapes à appliquer pour réussir la Mise en œuvre :**

- Disponibilité des documents de politique et de définition de stratégie claire
- Cartographie des services existants
- Développement d'une stratégie de communication pour réduire la stigmatisation, une bonne dissémination de l'information, disponibilité des informations/données de base
- Modification des guides thérapeutiques pour renforcer les prestataires des services communautaires ainsi que les professionnels de santé dans la prescription des ARV.
- Réaménagement des structures sanitaires pour offrir une qualité des soins de santé
- Implication des PVVIH, des organisations basées sur les soins communautaires ;
- Développement d'une masse critique en planification à tous les niveaux : plans qui comprennent l'allocation de ressources pour les programmes ARV à l'intention des groupes vulnérables, difficiles à atteindre comme les pauvres, les femmes, les jeunes et les enfants ;
- Un seul plan prenant en compte les interventions des partenaires :
- Intensification de l'éducation de la communauté,

### **3. Du point de vue gestion du programme de prise en charge communautaire**

- Développer une Approche participative avec implication des cliniciens, d'autres spécialistes et de tous les intervenants
- Renforcer la Coordination, l'Appropriation, la Capitalisation et la Pérennisation.

## **ÉTABLISSEMENT ET GESTION DES LIENS ENTRE LES ASC ET LES SERVICES DE SOINS**

### **Bonnes pratiques pour établir des liens avec les services de soins**

Les interventions visant à améliorer les liens avec les services de soins doivent être évaluées de manière plus rigoureuse.

Plusieurs bonnes pratiques peuvent aider les ASC à améliorer les liens avec les services de soins. Il s'agit notamment:

- d'impliquer les agents en charge de mener des actions communautaires de proximité afin qu'ils identifient les personnes perdues de vue,
- d'assurer un soutien par les pairs ou par des patients experts et
- d'utiliser les nouvelles technologies, comme l'envoi de messages SMS à l'aide d'un téléphone portable comme outil de rappel afin d'encourager cette observance.

## **ACTIVITES DE LA PEC COMMUNAUTAIRE DU VIH**

### **PTME**

- Assurer La sensibilisation et la mobilisation communautaire pour susciter l'utilisation systématique des services de PTME ;
- Contribuer au retraçage des cas de rendez-vous manqués et la recherche des perdus de vue
- Renforcer les liens avec les organisations à base communautaire en vue du soutien psychosocial et l'aide à l'observance des traitements
- Mettre en place des membres des groupes de soutien et de renforcer leurs capacités à la mobilisation en faveur de la PTME.

Plus spécifiquement, conformément aux recommandations pour la prévention de la TME, les ASC vont :

- Fournir un conseil aux mères dont l'infection à VIH est connue et les suivre afin qu'elles allaitent au sein en recevant des interventions par ARV ou afin qu'elles évitent tout allaitement au sein, en fonction de leur contexte spécifique.
- Encourager et appuyer l'allaitement au sein et les interventions par ARV pour donner la meilleure chance de survie sans VIH aux nourrissons nés d'une mère dont l'infection à VIH est connue :
- La prophylaxie postnatale pour le nourrisson reste cruciale. Un nourrisson né d'une mère qui reçoit un TAR et allaité au sein doit recevoir une prophylaxie du nourrisson par administration quotidienne de NVP pendant six semaines ;
- Des interventions spécifiques (telles que l'intégration du suivi dans les services de vaccination et d'autres services visant à assurer le bien-être de l'enfant) doivent être envisagées pour améliorer le suivi des paires mère-nourrisson après l'accouchement, ce suivi étant insuffisant dans la plupart des programmes ;

- Et les effets positifs de l'allaitement au sein avec l'utilisation d'ARV et les aspects concernant la durée de l'allaitement au sein à prendre en considération au plan local doivent être communiqués de manière claire et efficace à la communauté et aux usagers des services.

## **PEC PEDIATRIQUE**

### ***Dépistage/ annonce du résultat***

- ❖ Incitation au dépistage (counselling)
- ❖ PCIME Communautaire

### ***Suivi enfant infecté***

- ❖ Identifier les perdus de vue dans le registre des perdus de vue
- ❖ Dispensation du Cotrimoxazole aux enfants non éligibles
- ❖ Aide au Suivi systématique avec rappel des rendez vous

### **TARV**

- ❖ DOTS TB
- ❖ Aide à l'observance
- ❖ Identifier les PDV avec VAD (décès, déménagement, etc...)

## **ADOLESCENTS et ADOLESCENTES**

- ❖ Services conviviaux pour adolescents et adolescentes

## **PEC DES CO-INFECTIONS**

L'ASC doit référer en cas de :

- Toux quelque soit la durée, Fièvre ;
- Amaigrissement, Sudation nocturne ;
- en cas de symptômes suspect de TB au CDT ;
- En cas d'yeux jaune (ictère) survenant pendant le traitement, conseiller au patient de Consulter.

L'ASC doit s'assurer de l'adhérence du patient au traitement, lui apporter un soutien psychologique ; Orienter vers la FOSA pour consultation tout PVVIH présentant les symptômes suivants ; Céphalées, diarrhées aiguës ou chroniques (conseillerTRO) Jaunisse ou ictère.

## **PEC DES IST-HV**

Conformément aux recommandations de l'OMS, de l'ONUSIDA et de l'UNFPA, la lutte contre les Infections Sexuellement Transmissibles est une composante prioritaire pour la prévention contre le VIH/SIDA notamment pour la transmission de l'infection à VIH de la mère à l'enfant. Aussi, le pays a intégré la prévention et la prise en charge syndromique des Infections Sexuellement Transmissibles dans le Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA.

### **Prévention primaire**

- ❖ s'abstenir de toute relation sexuelle ;
- ❖ retarder l'âge du premier rapport ;

- ❖ rester réciproquement monogame toute sa vie ;
- ❖ retardant le début de l'activité sexuelle (pour les adolescents) ;
- ❖ réduisant le nombre des partenaires sexuels ;
- ❖ utilisant correctement et systématiquement le préservatif.
- ❖ Promouvoir le Safer sex
- ❖ L'ASC doit promouvoir la CCC afin de réduire les risques d'infection à VIH et les IST :  
Formation des groupes homogènes (âge, sexe, genre)
- ❖ Établir si leur comportement présente un risque élevé d'infection par le VIH et les IST
- ❖ -Faire comprendre et reconnaître les risques découlant de leur comportement, leur mode de vie et l'image qu'ils ont d'eux-mêmes
- ❖ -Les aider à voir comment modifier leur comportement
- ❖ -Travailler avec eux à adopter de nouveau comportement et à s'y tenir
- ❖ Conseil, Contact, Condoms, compliance

### **Prévention secondaire**

L'ASC doit prendre en compte: **la promotion des attitudes de recherche de soins par des campagnes d'éducation du public ;**

-l'assurance de la notification des cas;

-l'assurance d'un réapprovisionnement régulier en préservatifs ;

-l'éducation, des populations clés, les professionnel(le)s du sexe, les chauffeurs routiers, les militaires, et les jeunes, y compris les sportifs et les artistes, à la fois scolarisés et non scolarisés.

Conseil, Contact, Condoms, Compliance

### **PEC DES ADULTES**

Les ASC vont agir pour étendre davantage la couverture d'accès aux ARV, dans le cadre de la décentralisation du TAR vers les services de soins, ainsi que pour assurer l'efficacité et la pérennité de ces programmes d'extension au niveau opérationnel

Pour cela, il s'agira d'œuvrer au sein de la communauté en vue du renforcement de :

- la rétention dans les soins ;
- l'observance du TAR ;
- les ressources humaines ;
- les modèles de prestation de services.

Plus spécifiquement les ASC vont :

- Assurer la poursuite de la TAR au niveau communautaire(en dehors des établissements de santé par exemple dans les sites extra-institutionnels, les services à domicile ou les organisations à base communautaire) en alternance avec les visites à domicile régulières dans des services de consultation.
- Etablir des liens et diriger les patients vers les services spécialisés de soins continus de l'infection à VIH et de TAR

## **CONCLUSION**

L'agent de santé communautaire/membre du groupe de soutien est la pièce maîtresse de tout ce processus et sert de lien entre la communauté et les services de santé. Il devra faire en sorte que chaque partie prenante (femmes, partenaires/conjoints, familles, leaders, personnels de santé, ONG associations, groupes de soutien etc.) puisse contribuer à améliorer la prise en charge des PVVIH/TB/VH/IST et contribuer ainsi à une meilleure couverture de la cible en matière de prévention et prise en charge du VIH.

## **BIBLIOGRAPHIE**

Directives OMS 2013

Guide PEC sous directives communautaires Minsanté 2012

Modules mobilisation communautaire en faveur de la SMNI/PTME UNICEF 2011

PCIMA/PCIGA OMS 2013

## **ANNEXES**

## DÉCENTRALISATION DE L'ACCÈS AUX ARV

Le rythme d'enrôlement des nouvelles unités de prise en charge sera d'environ 40 à 60 par an pour couvrir l'ensemble des hôpitaux de districts de santé en 3 à 4 ans

Les prérequis de la décentralisation réussie de l'accès aux ARV sont les suivants :

- Evaluer les capacités actuelles de prise en charge dans les formations sanitaires concernées
- Préciser les besoins en ressources humaines, matérielles, équipements et système d'approvisionnement et de distribution des médicaments et système d'information
- Equiper les formations sanitaires pour la prise en charge des PVVS
- Produire et disséminer les modules de formation et les supports de prise en charge
- Former le personnel de santé et les agents communautaires aux protocoles nationaux de PEC
- Mettre en place les équipes des différentes structures
- Produire et disséminer les outils de collecte de données et de suivi/évaluation
- Organiser la supervision et le tutorat par les centres de référence
- Documenter le processus et les résultats de la décentralisation de la PEC par les ARV

## MOBILISATION ET IMPLICATION DE TOUS LES PARTENAIRES

### RÔLE DES DIFFÉRENTS ACTEURS DE LA PEC

#### *Rôle des travailleurs psychosociaux*

Il consiste à :

- Clarifier auprès des PVVS les connaissances liées à la prise des ARV (explication sur les effets secondaires, la toxicité, les contraintes horaires, le coût, la notion de résistance) ;
- Prévenir les obstacles pouvant perturber le traitement ;
- Identifier les obstacles et les nouveaux besoins des patients ;
- Résoudre les problèmes liés aux obstacles ;
- Aider le patient à faire des choix personnels en matière d'adhésion aux traitements ;
- Aider à la réinsertion sociale ;
- Promouvoir un comportement à moindre risque ;
- Promouvoir une bonne hygiène de vie (évitement de l'alcool et du tabac) ;
- Référer dans une formation sanitaire autant que faire se peut.

#### *Rôle des associations, PVVS, Agents Relais Communautaires*

Les PVVS devront être davantage impliquées, leur rôle consistera à :

- Visiter le patient à domicile ;
- Expliquer aux patients comment prendre leur traitement ARV et éventuellement d'autres traitements (antituberculeux, anti malariques, ...etc) ;
- Encourager le patient en cas de lassitude ;
- Eduquer les patients sur les éventuels effets secondaires, sur les infections opportunistes ;
- Rechercher des patients perdus de vue ayant d'abandonné les traitements ;
- Inciter les familles et les communautés à s'impliquer ;
- Apporter des conseils nutritionnels ;
- Administrer des soins de première nécessité ;
- Faire un compte rendu de leurs visites aux médecins traitants et équipes de soins ;
- Orienter les patients vers le CTA ou l'UPEC en cas de problème ;

- Encourager le dépistage volontaire ;
- Apporter un appui aux programmes d'éducatons ;
- Faire des témoignages sur site pour ce qui est des PVVS.

### ***Rôle des leaders d'opinion et des communicateurs***

La communication pour le changement de comportements et la mobilisation sociale sont les meilleurs garants de l'acceptation socio-culturelle et de la réduction de l'exposition des populations les plus vulnérables aux IST/VIH/SIDA. Le rôle des communicateurs, leaders d'opinions consiste à apporter des informations simplifiées sur la prévention, les ARV, la stigmatisation, la nutrition et l'observance.

### ***RÔLE DES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT***

L'appui au développement de l'accès aux ARV passe par une mobilisation soutenue et coordonnée des partenaires multilatéraux, bilatéraux, des organisations non gouvernementales du pays.

Les appuis techniques, le plaidoyer, l'allocation des ressources et le renforcement des capacités du système de santé et des organisations à base communautaires sont les lignes d'intervention prioritaires de ce partenariat dans le respect des orientations nationales de la réponse au VIH/SIDA.

### ***Les conditions de déroulement d'un bon counselling :***

- Un environnement calme et discret
- Avoir au moins deux chaises, au lit du patient
- Une bonne ambiance qui incite à la confidentialité
- Bonne disposition des meubles

### **La méthode du counselling est basée sur la démarche dite du « BERCER »**

- **Bienvenue:** accueillir et mettre le patient à l'aise
  - **Entretien:** permettre au patient de s'exprimer
  - **Renseignements:** informer le patient sur le problème/la situation qui l'amène/ Evaluation du risque
  - **Choix:** aider le patient à adopter un plan d'action
  - **Explications:** comment vivre, gérer sa situation et appliquer son plan d'action
- Retour:** prendre en charge le patient en l'orientant vers les services dont il a besoin (laboratoire, pharmacie, spécialiste, structure de soutien etc.) En fixant le rendez-vous pour le suivi



## Identification des acteurs et de leurs rôles

INTERVENANTS	ROLES
<b>Communauté</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participe au processus de sélection des ASC ;</li> <li>- Participe au suivi- évaluation des ASC ;</li> <li>- Mobilise les ressources pour la mise en œuvre des interventions sous directives communautaires ;</li> <li>- Convainc les membres de la communauté à adhérer au processus.</li> </ul>
<b>Agent de Santé Communautaire (ASC)</b> <b>Membres des groupes de soutien (GS)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Met en œuvre le paquet intégré d'interventions ;</li> <li>- Collecte et transmet les informations sanitaires au responsable de l'aire de santé de sa localité ;</li> <li>- Participe à la surveillance épidémiologique des maladies ;</li> <li>- Sert de courroie de transmission entre la communauté et les services de santé ;</li> <li>- Rend compte au chef de la communauté.</li> </ul>
<b>Comité de Santé(COSA)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensibilise les communautés dans le processus de sélection des ASC ;</li> <li>- Participe au choix des ASC ;</li> <li>- Participe à l'évaluation des ASC ;</li> <li>- Mobilise les ressources pour les interventions sous directives communautaires ;</li> <li>- Convainc les membres de la communauté à adhérer au processus ;</li> <li>- Facilite l'approvisionnement en médicaments et intrants pour le centre de santé et les ASC.</li> </ul>
- <b>Comité de Santé de District (COSADI)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensibilise les communautés dans le processus de sélection des ASC ;</li> <li>- Participe au choix des ASC ;</li> <li>- Participe à l'évaluation des ASC ;</li> <li>- Mobilise les ressources pour les interventions sous directives communautaires ;</li> <li>- Convainc les membres de la communauté à adhérer au processus ;</li> <li>- Participe à l'amélioration de la qualité des prestations de santé dans le DS ;</li> <li>- Facilite l'approvisionnement et la gestion de médicaments et des intrants pour les formations sanitaires du District de Santé et les ASC.</li> </ul>
<b>Equipe de l'Aire de Santé (EAS)/ Equipe Cadre de District (ECD)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Veille à la mise en place du processus de sélection des ASC ;</li> <li>- Coordonne les interventions sous directives communautaires ;</li> <li>- Forme et supervise les ASC ;</li> <li>- Participe à l'évaluation des ASC ;</li> <li>- Programme les activités dans la communauté en</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>collaboration avec les ASC;</li> <li>- Synthétise et analyse les rapports d'activités des ASC;</li> <li>- Prend des décisions pour résoudre les problèmes qui entravent le bon déroulement des activités ;</li> <li>- Facilite l'approvisionnement des médicaments et intrants pour les ASC ;</li> <li>- Contribue à la motivation de l'ASC ;</li> <li>- Documente les interventions sous directives communautaires.</li> </ul>
<b>Délégation Régionale de la Santé Publique (DRSP)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mobilise les ressources pour la mise en œuvre des activités de la santé ;</li> <li>- Supervise et forme les ECD ;</li> <li>- Participe à l'évaluation des activités des DS ;</li> <li>- Assure la programmation des activités intégrées ;</li> <li>- Coordonne les activités des DS ;</li> <li>- Facilite l'approvisionnement des médicaments et intrants pour les formations sanitaires ;</li> <li>- Traduit en activités la politique de santé sur les Approches Communautaires ;</li> <li>- Documente les interventions sous directives communautaires.</li> </ul>
<b>Les Collectivités Territoriales Décentralisées (CTD)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assurent la tutelle administrative des interventions sous directives communautaires ;</li> <li>- Contribuent à la motivation des ASC ;</li> <li>- Mobilisent les ressources pour la mise en œuvre interventions sous directives communautaires.</li> </ul>
<b>MINSANTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Est responsable de la mise en place d'un cadre juridique ;</li> <li>- Coordonne les interventions sous directives communautaires ;</li> <li>- Assure le plaidoyer auprès des partenaires ;</li> <li>- Elabore le module de base de formation des ASC sur les PFE.</li> </ul>
<b>Les secteurs apparentés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apportent un appui technique, logistique et financier</li> </ul>
<b>Les partenaires</b>	Apportent un appui technique et/ou financier.

### Liste des outils des activités à base communautaire et niveau de remplissage

<b>Etre observant c'est</b>	<b>Ne pas être observant c'est</b>
Respecter les doses prescrites par le médecin. Ne pas prendre plus de médicaments ou moins de médicaments que ceux prescrits	Prendre plus de médicaments ou moins de médicaments que ceux qui ont été prescrits par le médecin.

Respecter la forme des médicaments prescrits : par exemple en comprimés ou en sirop.	Ouvrir les gélules et mélanger le contenu avec de la nourriture ou de la boisson.
Respecter le nombre de prises de médicaments par jour.	Diminuer ou augmenter le nombre de prises de médicaments.
Respecter les horaires de prise et les intervalles entre les prises de médicaments conseillés.	Changer les horaires de prise et les intervalles entre les prises de médicaments qui ont été conseillés.
Respecter les conseils d'alimentation, de jeûne, et de prise de boissons qui ont été donnés	Manger juste avant ou avec la prise des médicaments si le médicament doit être pris à jeun (c'est-à-dire l'estomac vide).
Ne pas prendre d'autres médicaments qui n'ont pas été prescrits par le médecin sans lui en parler.	Prendre d'autres médicaments qui n'ont pas été prescrits par le médecin sans lui en parler.
Ne pas prendre de substances qui peuvent influencer l'efficacité du traitement.	Prendre des substances qui peuvent influencer l'efficacité du traitement (alcool, drogues)

## FICHE DE VERIFICATION DE LA VISITE A DOMICILE (VAD)

### I DÉFINITION :

La VAD est une visite que l'on rend à une personne ou à une famille en vue de :

- ✓ Prodiguer des conseils
- ✓ Donner des informations sur un sujet précis
- ✓ Trouver une solution à un problème.

### ÉTAPES DE RÉALISATION D'UNE VISITE À DOMICILE

. Que faut-il faire avant :	oui	non	Mal fait	Suggestions
- Identifier la famille	-	-	-	
- Identifier le problème	-	-	-	-
- Fixer l'objectif de la visite (qu'est ce que je veux faire exactement au sein de la famille ?	-	-	-	-
- Élaborer la stratégie d'approche (comment dois-je faire pour atteindre l'objectif fixé)	-	-	-	-
- Réviser les connaissances par rapport aux objectifs de la visite	-	-	-	-
- Préparer les supports que l'on voudrait utiliser (images, dépliants, etc...)	-	-	-	-
- Rassembler tout le matériel nécessaire a la causerie pendant la visite	-	-	-	-
- Prévenir la famille du jour de la visite (négocier un rendez-vous).	-	-	-	-
<b>2. Que faut-il faire pendant la visite :</b>				

- Se rendre dans la famille et s'introduire selon les mœurs et les coutumes du milieu	-	-	-	-
- Échanger les salutations d'usage	-	-	-	-
- Se présenter si vous n'êtes pas encore connu dans la famille	-	-	-	-
- Établir un climat de confiance avec les membres de la famille	-	-	-	-
- Dire les motifs de la visite	-	-	-	-
- Laisser la famille expliquer ses soucis/préoccupations	-	-	-	-
- Rassurer la famille de la confiance de l'entretien	-	-	-	-
- Expliquer les contenus en relation aux soucis/préoccupations de la famille et compléter / donner des informations justes et claires sur le sujet concerné	-	-	-	-
- En discussion avec la famille, poser des questions claires et précises pour recueillir les opinions de la famille et donner les informations nécessaires à l'atteinte des buts fixés	-	-	-	-
- À travers des informations, des exemples concrets, aider la famille à adopter des solutions adaptées aux problèmes qui se posent	-	-	-	-
- Tout au long de la visite, le visiteur (l'animateur) doit se montrer disponible, attentif, courtois, respectueux, patient, etc. (appliquer toutes les qualités d'un bon animateur)	-	-	-	-
- Faire des synthèses partielles.	-	-	-	-
<b>À la fin de l'entretien :</b>				
- Faire la synthèse générale de la rencontre en faisant ressortir les conclusions importantes que la famille doit retenir de la discussion.	-	-	-	-
- Remercier la famille pour sa disponibilité et prendre un autre rendez-vous si nécessaire.	-	-	-	-
<b>3. Après la visite :</b>				
- - Ranger le matériel et demander la route	-	-	-	-
- - Remplir la fiche technique d'animation et revoir son plan de travail si nécessaire	-	-	-	-

### L'évaluation de la séance de causerie éducative :

Cette étape concerne l'appréciation du déroulement de la séance par rapport aux compétences mises en application par l'animateur. Pour ce faire, on peut se servir du formulaire d'auto-évaluation suivant.

Au cours de la séance d'éducation, l'animateur a :	- Appréciations					Commentaires
	+	1	2	3	4	
1. introduit la séance						
2. mis les participants à l'aise						
3. expliqué les objectifs de la séance						
4. posé des questions engageant la participation						
5. utilisé les capacités d'écoute						
6. fait participer les membres du groupe						
7. facilité la communication au sein du groupe						
8. assuré la transition entre les points développés						
9. utilisé les supports éducatifs						
10. transmis des informations appropriées						
11. su synthétiser						
12. géré le temps						

### FICHE D'ACTIVITE MENSUELLE POUR CONSEILS PRE-TEST

Nom de l'ASC/membreGS : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Formation sanitaire: \_\_\_\_\_ Association : \_\_\_\_\_

NOMBRE DE PERSONNES CONSEILLEES						
DATE	Hommes		Femmes		Enfants (<15 ans)	
	≥ 15 ≤ 24 ans	> 24 ans	≥ 15 ≤ 24 ans	> 24 ans	M	F

--	--	--	--	--	--	--

## FICHE D'ACTIVITE MENSUELLE POUR CONSEILS POST-TEST

Nom de l'ASC/membreGS : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Formation sanitaire: \_\_\_\_\_ Association : \_\_\_\_\_

NOMBRE DE PERSONNES CONSEILLEES AYANT RETIRE LEURS RESULTATS												
DATE	Hommes				Femmes				Enfants (<15 ans)			
	≥ 15 ≤ 24 ans		> 24 ans		≥ 15 ≤ 24 ans		> 24 ans		M		F	
	+ve	-ve	+ve	-ve	+ve	-ve	+ve	-ve	+ve	-ve	+ve	-ve

## FICHE D'ACTIVITE POUR CAUSERIES EDUCATIVES (CE)

Nom de l'ASC/membreGS : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Formation sanitaire: \_\_\_\_\_ Association : \_\_\_\_\_

CE N° : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Thème abordé												
Domaine (cocher)	<input type="checkbox"/> Prévention (IEC/CCC) <input type="checkbox"/> Aide à l'observance <input type="checkbox"/> Nutrition <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____											
NOMBRE DE PERSONNES TOUCHEES												
TOTAL	PVVIH	Non PVVIH	Hommes		Femmes		Enfants (<15 ans)					
			≥ 15 ≤ 24 ans	> 24 ans	≥ 15 ≤ 24 ans	> 24 ans	M	F				
Matériels éducatifs distribués (nombre de dépliants)												
Prévention :	Aide à l'observance :		Nutrition :				Autre (préciser) : _____					

Des grandes questions abordées par les participants	1	
	2	
	3	
Informations à préparer pour la prochaine causerie avec le même groupe si applicable	1	
	2	
	3	
Autres points d'intérêt soulevés par les participants	1	
	2	

\_\_\_\_\_  
Signature de l'ASC/membre GS

\_\_\_\_\_  
Visa responsable de la formation sanitaire

\_\_\_\_\_  
Date

## FICHE D'ACTIVITE POUR RECHERCHE DE PERDU DE VUE (PDV)

Nom de l'ASC/membre GS : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Formation sanitaire: \_\_\_\_\_ Association : \_\_\_\_\_

Code du bénéficiaire : \_\_\_\_\_

(Une fiche par PVIH suivi)

**Informations sur le bénéficiaire** : sexe \_\_\_\_\_ âge \_\_\_\_\_ téléphone : \_\_\_\_\_ quartier : \_\_\_\_\_

Date du dernier rendez-vous manqué par le patient : \_\_\_\_\_

Nombre de rendez-vous manqués : \_\_\_\_\_

### PREMIER CONTACT

**Date** : \_\_\_\_\_

Le contact a été pris  par un appel téléphonique au patient

(Cocher)

par un appel téléphonique à un proche (préciser) \_\_\_\_\_

pendant une descente dans la communauté

**AU CAS OU LE PATIENT EST LOCALISE SUITE A UNE DESCENTE DANS LA COMMUNAUTE**

**Situation générale de la famille :**

Quartier facile d'accès ou non : \_\_\_\_\_ Maison en dur/ précaire (décrire) : \_\_\_\_\_

Existence d'une source de revenu dans la famille: \_\_\_\_\_  
(Régulière, irrégulière, aucune, + ou - de 10 000 /mois)

Autres informations pertinentes : \_\_\_\_\_

**Noter tout descriptif plus complet dans le gros cahier. Toujours utiliser le code du patient dans les documents écrits.**

**NB :** Tout ce que vous écrivez doit pouvoir être lu par la personne visitée, reprendre uniquement ce qu'elle vous dit elle-même avec ses mots. Faites préciser ce que vous comprenez mal, n'interpréter pas, reformuler ce que la personne dit pour être sûr de l'avoir bien comprise.

**CONCLUSIONS DU PREMIER CONTACT**

\_\_\_ Le patient a oublié son rendez-vous ; nouveau rendez-vous fixé (à suivre)

Préciser date du nouveau rendez-vous : \_\_\_\_\_

\_\_\_ Le patient ne veut pas venir à son rendez-vous (à suivre)

Préciser raisons si possible : \_\_\_\_\_

\_\_\_ Le patient est suivi dans une autre formation sanitaire

Préciser laquelle : \_\_\_\_\_

\_\_\_ Le patient n'est pas joignable

Cocher la raison : \_\_\_ décès (date si disponible : \_\_\_\_\_) \_\_\_ adresse / téléphone non valide

**ACTIONS RECOMMANDEES SUITE AU PREMIER CONTACT (COCHEZ UNE OPTION)**

\_\_\_ Vérifier si le patient respecte son prochain rendez et assurer un suivi (VAD de routine, conseils de suivi, etc.)

\_\_\_ Programmer une descente de suivi au cas où le patient refuse de venir à son rendez-vous

\_\_\_ Actualiser le registre au cas où le patient est transféré dans une autre formation sanitaire (sortie de la file active)

\_\_\_ Actualiser le registre au cas où le patient est décédé (sortie de la file active)

**DESCENTES DE SUIVI**

**N° :** \_\_\_\_\_

**Date :** \_\_\_\_\_

**TACHES REALISEES PAR L'ASC/membreGS LORS DE LA DESCENTE :**

\_\_\_ IEC / CCC

Thèmes principaux abordés (cocher) : \_\_\_ prévention ; \_\_\_ prévention positive ; \_\_\_ vie positive

\_\_\_ Autre (préciser) : \_\_\_\_\_ Conseils

Thèmes principaux abordés par le patient (cocher) : \_\_\_ aide à l'observance ; \_\_\_ nutrition ; \_\_\_ stigma ;

\_\_\_ Autre (préciser) : \_\_\_\_\_ Soins de base à domicile

Intervention de l'ASC/membreGS (décrire) : \_\_\_\_\_ Référence / contre référence

Détails de la référence (décrire) : \_\_\_\_\_

Constat : \_\_\_ patient prêt à réintégrer le circuit de PEC \_\_\_ une autre descente de suivi programmée (date : \_\_\_\_\_)

\_\_\_ Impasse (information à remonter au responsable de la formation sanitaire)

Autres informations pertinentes : \_\_\_\_\_

Bénéficiaire : \_\_\_\_\_

**N° :** \_\_\_\_\_

**Date :** \_\_\_\_\_

**TACHES REALISEES PAR L'ASC LORS DE LA DESCENTE :**

\_\_\_ IEC / CCC

Thèmes principaux abordés (cocher) : \_\_\_ prévention ; \_\_\_ prévention positive ; \_\_\_ vie positive

\_\_\_ Autre (préciser) : \_\_\_\_\_ Conseils

Thèmes principaux abordés par le patient (cocher) : \_\_\_ aide à l'observance ; \_\_\_ nutrition ; \_\_\_ stigma ; \_\_\_ Autre (préciser) :

\_\_\_ Soin de base à domicile Intervention de l'ASC (décrire) : \_\_\_\_\_

\_\_\_ Référence / contre référence Détails de la référence (décrire) : \_\_\_\_\_

Constat : \_\_\_ patient prêt à réintégrer le circuit de PEC \_\_\_ une autre descente de suivi programmée (date : \_\_\_\_\_)

\_\_\_ Impasse (information à remonter au responsable de la formation sanitaire)

Autres informations pertinentes : \_\_\_\_\_

Décharge Bénéficiaire : \_\_\_\_\_

## FICHE D'ACTIVITE MENSUELLE POUR CONSEILS DE SUIVI

Nom de l'ARC/membre GS: \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Formation sanitaire: \_\_\_\_\_ Association : \_\_\_\_\_

NOMBRE DE PERSONNES CONSEILLEES								
DATE	PVVIH	Non PVVIH	Hommes		Femmes		Enfants (<15 ans)	
			≥ 15 ≤ 24 ans	> 24 ans	≥ 15 ≤ 24 ans	> 24 ans	M	F

## FICHE D'ACTIVITE POUR VISITE A DOMICILE ROUTINE (VAD)

Nom de l'ASC/membre GS : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Formation sanitaire: \_\_\_\_\_ Association : \_\_\_\_\_

Code du bénéficiaire : \_\_\_\_\_

(Une fiche par PVVIH suivi à domicile)

### PREMIERE VISITE (PRISE DE CONTACT)

Date : \_\_\_\_\_

Le contact a été pris \_\_\_ par le patient \_\_\_ par un proche \_\_\_ suite à une référence (Cocher)

Informations sur le bénéficiaire : sexe \_\_\_\_\_ âge \_\_\_\_\_ situation matrimoniale \_\_\_\_\_

La personne visitée a-t-elle/souhaite-t-elle informer ses proches :

oui  non  certains proches  
Préciser (qui, déjà informé ou à venir)

Nombre de personnes	dans le foyer	dont présentes lors de la visite	dont personnes affectées
Adultes (25 ans et +)			
Jeunes (15-24ans)			
Enfants (< 15 ans)			
Total			

**Situation générale de la famille :**

Quartier facile d'accès ou non : \_\_\_\_\_ Maison en dur/ précaire (décrire) : \_\_\_\_\_

Existence d'une source de revenu dans la famille: \_\_\_\_\_

(Régulière, irrégulière, aucune, + ou - de 10 000 /mois)

Autres informations pertinentes : \_\_\_\_\_

**Noter tout descriptif plus complet dans le gros cahier. Toujours utiliser le code du patient dans les documents écrits.**

**NB :** Tout ce que vous écrivez doit pouvoir être lu par la personne visitée, reprendre uniquement ce qu'elle vous dit elle-même avec ses mots. Faites préciser ce que vous comprenez mal, n'interpréter pas, reformuler ce que la personne dit pour être sûr de l'avoir bien comprise.

La personne est-elle sous ARV (oui ou non) : \_\_\_\_\_ Sous cotrimoxazole (oui ou non) : \_\_\_\_\_

Depuis quelle date : \_\_\_\_\_ Depuis quelle date : \_\_\_\_\_

**TACHES REALISEES PAR L'ASC LORS DE LA VAD :**

\_\_\_ IEC / CCC

Thèmes principaux abordés (cocher) : \_\_\_ prévention ; \_\_\_ prévention positive ; \_\_\_ vie positive

\_\_\_ Autre (préciser) : \_\_\_\_\_ Conseils

Thèmes principaux abordés par le patient (cocher) : \_\_\_ aide à l'observance ; \_\_\_ nutrition ; \_\_\_ stigma ;

\_\_\_ Autre (préciser) : \_\_\_\_\_ Soin de base à domicile

Intervention de l'ASC (décrire) : \_\_\_\_\_

A préparer par l'ASC/membreGS pour la prochaine visite / Reste à traiter :

Décharge Bénéficiaire : \_\_\_\_\_

**VAD N° :** \_\_\_\_\_

**Date :** \_\_\_\_\_

Condition générale du bénéficiaire (décrire) : \_\_\_\_\_

**TACHES REALISEES PAR L'ASC LORS DE LA VAD : \_\_\_ IEC / CCC**

Thèmes principaux abordés (cocher) : \_\_\_ prévention ; \_\_\_ prévention positive ; \_\_\_ vie positive

\_\_\_ Autre (préciser) : \_\_\_\_\_ Conseils

Thèmes principaux abordés par le patient (cocher) : \_\_\_ aide à l'observance ; \_\_\_ nutrition ; \_\_\_ stigma ;

\_\_\_ Autre (préciser) : \_\_\_\_\_ Soin de base à domicile

Intervention de l'ASC /membreGS(décrire) : \_\_\_\_\_

A préparer par l'ASC/membreGS pour la prochaine visite / Reste à traiter :

Décharge Bénéficiaire : \_\_\_\_\_

**VAD N° :** \_\_\_\_\_

**Date :** \_\_\_\_\_

Condition générale du bénéficiaire (décrire) : \_\_\_\_\_

**TACHES REALISEES PAR L'ASC LORS DE LA VAD : \_\_\_ IEC / CCC**

Thèmes principaux abordés (cocher) : \_\_\_ prévention ; \_\_\_ prévention positive ; \_\_\_ vie positive

\_\_\_ Autre (préciser) : \_\_\_\_\_ Conseils

Thèmes principaux abordés par le patient (cocher) : \_\_\_ aide à l'observance ; \_\_\_ nutrition ; \_\_\_ stigma ;

\_\_\_ Autre (préciser) : \_\_\_\_\_

\_\_\_ Soin de base à domicile Intervention de l'ASC/membreGS (décrire) :

A préparer par l'ASC/membreGS pour la prochaine visite / Reste à traiter :

Décharge Bénéficiaire : \_\_\_\_\_

# FICHE DE SYNTHÈSE D'ACTIVITÉS MENSUEL POUR AGENTS SANTE COMMUNAUTAIRE (ASC)

(synthèse des données à partir des fiches détaillées des activités (causeries éducatives, séances de conseils, VAD PDV, VAD Routine, etc.) réalisées par le Agent Santé Communautaire pendant la période concernée)

Organisation:				
Code projet:		Mois:		Année
Nom et no. de téléphone de l'ASC/membreGS			Nom et no. de téléphone du responsable de suivi des activités	

Type d'activité réalisée	Nombre prévu	Nombre réalisé	%	Nombre de bénéficiaires touchés						Commentaires et recommandations responsable de suivi des activités		
				Hommes		Femmes		Enfants (<15 ans)				
				≥ 15 ≤ 24 ans	> 24 ans	≥ 15 ≤ 24 ans	> 24 ans	M	F			
Séances IEC/CCC Prévention												
Séances de conseils nutritionnels												
Séances d'éducation thérapeutique												
Causeries éducatives												
Prise de contact téléphonique avec PVIH PDV												
Décantes VAD recherche active PVIH PDV												
Décantes VAD de routine												
Référence et contre référence												
Séances de conseils pré test												
Séances de conseils post test	Homme				Femme				Enfants (<15 ans)			
	≥ 15 ≤ 24 ans		> 24 ans		≥ 15 ≤ 24 ans		> 24 ans		M		F	
	Pos	Nég	Pos	Nég	Pos	Nég	Pos	Nég	Pos	Nég	Pos	Nég
Autre Observation (préciser):												

Préparé par:

Validé par:

Agent santé communautaire/membreGS

Responsable de suivi des activités

---

Signature

Date

---

Signature

Date

## PRISE EN CHARGE GLOBALE ET ACCOMPAGNEMENT

Phase initiale

Phase de consolidation

Phase d'évaluation de connaissances

Plan d'action du suivi et accompagnement dans la mise en œuvre

- Le DCIP part du principe que le test VIH doit faire partie des examens de routine figurant sur le bon de laboratoire. Dans le DCIP, l'étape pré-test est réduite au minimum juste nécessaire pour accueillir le patient, lui fournir des informations clés, évaluer expliquer la signification du test de sérologie VIH, expliquer les avantages de connaître son statut sérologique, obtenir son consentement et procéder au prélèvement du sang pour le test du VIH.
- **Opter contre le test** : Le client ici a l'opportunité soit de refuser, soit d'accepter de faire le test. L'approche portant sur la décision de ne pas faire le test met l'accent sur le fait que le test du VIH est une étape systématique des soins. Néanmoins le client a le droit de refuser le test. Celui qui s'occupe de lui doit identifier le problème et l'aider à vaincre les craintes qui l'empêchent d'accepter de faire le test.
- **Le counseling** est un dialogue confidentiel basé sur une relation d'aide entre un client et une personne formée appelée « conseiller ». Cette composante est une part essentielle des soins et est indispensable pour une bonne prise en charge du client. Il est important que ce dernier connaisse et accepte son statut sérologique afin de lui permettre de bénéficier de la prise en charge globale pour lui-même et chez la femme enceinte des mesures de prévention de l'infection à VIH pour son bébé
- • La prise en charge des personnes VIH positives ne se résume pas à des soins médicaux mais comporte en complément, dans le cadre d'une démarche de prise en charge globale d'autres volets entre autre ;
  - PEC psychologique ; éducation thérapeutique ; PEC nutritionnelle ; socio-économique

L'organisation de l'accompagnement des PVVIH doit être adaptée à leurs besoins non satisfaits : La visite à domicile (VAD) consiste à se rendre au domicile de la personne pour :

Prodiguer des conseils

Donner des informations sur un sujet précis

Trouver une solution à un problème

La visite à l'hôpital (VAH) consiste à se rendre dans un centre de soins pour soutenir le patient hospitalisé, organisée à la demande du patient, parfois par l'intermédiaire du personnel médical

**Capacité de travail en équipe;** exige une prise en charge en réseau, une conscience de l'engagement physique, émotionnel et psychologique indispensable, une **clarté et précision, une capacité de mise en confiance, une neutralité et tolérance**

### **Les conditions et les objectifs d'un accompagnement psychologique**

Respecter les points de vue et les convictions de la personne, clarifier le discours paraphraser, Corréler, Mettre en question, Mettre en évidence, motiver, Hiérarchiser, Établir des plans d'action et accompagner dans la mise en œuvre, résumer

**Respect de la confidentialité, Empathie, Maîtrise de soi, Connaissance de ses limites**

Favoriser une bonne communication,  
L'encourager à exprimer ses sentiments

### **Les droits fondamentaux des personnes vivant avec le VIH**

La protection et la promotion des droits des PVVIH sont nécessaires : protéger leur dignité.

Toute personne vivant avec le VIH possède les mêmes droits que tout un chacun :

- droits à la vie, à la santé, à l'intégrité physique ; elle doit pouvoir bénéficier des progrès scientifiques ;
- droit au respect, à l'information, à la confidentialité, à la liberté d'association et de réunion,
- à la non-discrimination, à la liberté de voyager et de se déplacer ;
- droits à l'éducation, au travail, à la succession ;
- droit au mariage et à la procréation

### **L'Éducation Thérapeutique**

#### **Les buts de l'éducation Thérapeutique :**

- comprendre sa maladie et son traitement ;

Prendre en charge de manière active sa maladie, ses soins et la prévention de la transmission, en coopération avec les soignants ;

- d'améliorer son observance thérapeutique ;
- de vivre le plus sainement possible ;
- de maintenir ou d'améliorer sa qualité de vie.

#### **les principales activités de l'ETP**

- diagnostic éducatif ; identifier les compétences du patient, construire en lien avec lui un programme répondant au plus près à ses besoins.
- l'organisation de la prise en charge, ETP
- une inscription dans le parcours de soin +PECG, l'implication de l'équipe de soins ;
- – un support écrit pour le suivi éducatif et la traçabilité des activités ; l'établissement d'un partenariat soignant/patient ; une définition du contenu du programme d'éducation thérapeutique dans un référentiel. L'ETP peut avoir lieu dans toutes les circonstances de rencontre

#### **Éducation nutritionnelle**

- ✓ *Les principaux effets secondaires des médicaments antirétroviraux utilisés de nos jours sont la nausée, les vomissements, le manque d'appétit et la diarrhée .*

- ✓ *En outre les médicaments utilisés contre les affections opportunistes ont également de par leurs effets secondaires une influence notable sur la nutrition du patient.*
- ✓ *En cas d'infection par le VIH, l'éducation nutritionnelle est d'assurer au patient un poids normal et une alimentation appropriée couvrant ses besoins nutritionnels pendant les différentes phases de l'infection. en vue du maintien de leur force physique afin de préserver leur indépendance pour leurs activités quotidiennes, et de réduire voire empêcher leurs séjours*

- *Les femmes enceintes et les enfants sont exposés à la malnutrition et celle-ci peut aggraver l'état de santé de la mère et de l'enfant, l'altération du système immunitaire et le développement du fœtus. Les principales causes de malnutrition sont, en dehors des difficultés financières, le manque d'appétit, les troubles digestifs, les pathologies qui gênent la prise alimentaire (candidoses orales et/ou œsophagiennes), les difficultés psychologiques.*

*La plupart des ARV peuvent entraîner à long terme un diabète ou des troubles lipidiques avec leurs conséquences sur le risque cardiovasculaire. Si elle VIH+*

*Une prise en charge diététique est donc fondamentale pour maintenir le couple mère enfant en bonne santé*

- *Conseiller une alimentation variée, équilibrée, limitant les viandes grasses (bœuf) et privilégiant viandes blanches et surtout poisson quand c'est possible, en quantité suffisante. Elle doit être fondée sur les habitudes alimentaires locales et privilégier au maximum les ingrédients locaux en général financièrement abordables.*

- *Répéter régulièrement la règle simple « manger peu sucré, peu gras et peu salé ».*

- *S'informer sur la composition des repas afin de vérifier l'équilibre alimentaire et, si nécessaire, adapter l'alimentation en fonction des ressources locales.*

- *Toujours recommander en complément des règles diététiques :*

*– la pratique d'une activité physique régulière ; il a en effet été prouvé que cela améliorerait la santé et diminuait le risque cardiovasculaire ;*

*– la consommation d'au moins 1,5 litre d'eau chaque jour.*

*, il existe pour un approvisionnement adapté en protéines des combinaisons peu coûteuses d'aliments végétaux ayant une qualité biologique élevée (ragout de haricots rouges avec sauce d'arachides et graines de maïs) ainsi que le soja, qui en plus de flavonoïdes est riche en acides gras insaturés. Il est recommandé de manger du poisson riche en acides gras Omega-3 et Omega-6 comme par exemple le hareng, le maquereau ou le thon, car ces acides gras jouent un rôle important dans le renforcement du système immunitaire, ainsi que les écrevisses qui contiennent le sélénium*

#### **Accompagnement socio-économique.**

- *les principales aides économiques envisageables:*

- *Orienter la personne vers les structures capables de contribuer à la satisfaction de ses besoins pour qu'il puisse être autonome (bien connaître la cartographie des structures pouvant apporter les aides dont la personne a besoin) :*
- *réinsertion professionnelle, aide alimentaire, soutien scolaire, accès aux soins*

- Aide au logement, aide juridique (par exemple vol de terre ou de matériel en raison de la faiblesse de la personne vivant avec le VIH) ;
- participation à des Activités Génératrices de Revenu (AGR) , octroi de subvention ou microcrédit, etc.

L'appui financier ou matériel n'est pas illimité, d'autant que cela risque de maintenir la personne dans une dépendance vis-à-vis des aides. Cet appui doit permettre de parer aux situations les plus urgentes et de redonner à la personne la force et les moyens de générer ses propres ressources/revenus.

L'accompagnement doit prendre fin à partir du moment où la personne conduit bien son

#### Autres aides

- Assistance juridique
- Assistance spirituelle

#### Les situations des PVVIH nécessitent un accompagnement spécifique

- Femmes VIH positives
- Populations incarcérées
- Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH)
- Couples sérodifférents
- Fin de vie
- Prostitution (travailleurs du sexe)
- déplacées Populations réfugiés, OEV, Patients perdus de vue,

#### DOMAINES D'INTERVENTIONS

ACTIVITES	Prestataires	
	CSI	ASC
Sensibilisation, IEC et counselling	x	X
Dépistage et conseil	x	X
Prévention (interventions)	x	X
PEC des patients infectés	x	x
Enregistrement et prise des paramètres	X	X
Evaluer l'état clinique	X	
Classification OMS	X	
Aide à la compliance du traitement	x	
Fournir la prophylaxie au Cotrimoxazole	x	
Remplir les registres de perdus de vue	X	X
Fournir un support psychosocial	x	X

Fourni des informations du dossier médical	x	X
PEC de la diarrhée liquide	x	x
PEC de la fièvre, du paludisme simple	x	X
Identifier les signes suspects de TB (toux quelque soit la durée, fièvre, amaigrissement, sudation nocturne) et encourager à consulter	x	X
Surveiller la réponse au traitement antiTB	x	X
Fournir les TB/ARV DOTS	x	X
Administre les ARV et autres médicaments	x	X
Préparation le patient et/ou le parent au traitement	x	X
Assurer éducation thérapeutique du patient et/ou du parent	x	X
Prise des mesures anthropométriques	x	X
Reconnaître les effets secondaires des ARV et médicaments IO	x	X
Aide au suivi de la compliance et gestion des effets secondaires	x	X
assurer la poursuite de la dispensation de la TAR au niveau communautaire en alternance avec les visites à domicile régulières entre les visites cliniques régulières et autres médicaments	x	X
Aider au suivi	x	X
Aide à l'observance du traitement	x	X
Evaluer la douleur		X
Rechercher les obstacles à la compliance/observance	x	X
Adapter les doses selon au poids	x	X
Recherche de PDV	x	X
Fournir un support psychosocial	x	X
Gérer l'hygiène et la nutrition des patients VIH+	x	X
PEC des femmes enceintes VIH+ et des enfants exposés	x	x
Aide au suivi, à l'observance et à la PEC des effets secondaires	x	X
Aide à l'observance les ARV pour la prophylaxie du nouveau-né	x	X
Fournir un plan de suivi du nouveau-né y compris Cotrimoxazole	x	
Assurer le suivi de l'enfant exposé VIH négatif sous allaitement	x	X
Assurer le conseil sur le diagnostic précoce (moment du test)	x	X
Conseiller la mère sur l'alimentation de l'enfant	x	X
Soutien psychosocial de fin de vie et accompagnement	x	X

**PARTIE C : ASPECTS  
PROGRAMMATIQUES  
(SOUS LA DIRECTION DE DR BILLONG  
SERGES)**

## **SECTION 9: Cadre de Planification**

## 1- Introduction

L'élaboration et la mise en œuvre des lignes directrices unifiées prenant en compte l'utilisation des ARV pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH sur la base du continuum de soins complété par d'autres stratégies constituent un processus complexe. Les nouvelles recommandations des lignes directrices appuient les politiques nationales, tout en donnant une orientation permettant une coordination et une mise en œuvre effective du programme de prise en charge. Les efforts déployés dans la programmation peuvent permettre d'économiser du temps, de l'argent et d'assurer le ciblage des ressources, tout en permettant que le produit final programmatique soit bien accepté et que les effets et l'impact recherché soient atteints.

## 2- But

Le but du présent document est de contribuer à l'amélioration de la qualité de la PEC afin de permettre à toutes les personnes qui remplissent les critères de recevoir un TAR selon les normes nationales adoptées tout en assurant un bon continuum de soins.

## 3- Objectifs

- ✗ fournir de manière permanente des recommandations sur les stratégies de prévention de l'infection à VIH et des IST à tous les intervenants de la prise en charge ;
- ✗ présenter les orientations nationale pour la mise sous TAR y compris; le continuum de soins de l'infection à VIH ;
- ✗ fournir des orientations sur les principales questions opérationnelles permettant d'améliorer l'accès aux services de prise en charge,.
- ✗ présenter les stratégies d'intégration de la gestion des intrants à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement ;
- ✗ présenter le circuit des données ainsi que le dispositif de contrôle de la qualité;
- ✗ présenter les recommandations cliniques et opérationnelles suivant l'ordre des priorités ;
- ✗ orienter le suivi et l'évaluation de l'application et les différents niveaux de résultats attendus des directives.

## 4- Points justificatifs pour l'unification des lignes directrices

L'unification des lignes directrices comprend plusieurs avantages qui sont décrits ci-dessous :

- ✗ **Harmonisation des orientations sur l'utilisation des ARV (prévention, dépistage, soins et traitement)**

Cette partie traite aussi d'autres aspects importants des soins en rapport avec l'infection à VIH (coïnfection, comorbidité, prise en charge des autres IST, etc.).

- ✗ **Utilisation des ARV pour toutes les tranches d'âge et dans toutes les populations.**

Ce document vient unifier les lignes directrices sur l'utilisation du TAR afin d'harmoniser autant que possible les schémas d'ARV et les méthodes de traitement dans toutes les tranches d'âge de la population.

### ✘ **Cohérence des méthodes utilisées et les liens entre les différentes structures.**

Ce document consolidé permet de faciliter les liens et la cohérence des méthodes utilisées dans les différentes structures où sont fournis des ARV et les services connexes, notamment les soins spécialisés de l'infection à VIH, les soins de santé primaires, les soins à base communautaire, les services de santé maternelle et infantile, les services de prise en charge de la tuberculose et les centres d'addictions

### ✘ **Evaluations de la mise en œuvre.**

Ces lignes directrices permettent d'une part, de passer en revue tous les deux ans les nouvelles données scientifiques et les différentes pratiques relatives à l'utilisation des ARV, d'autre part, de déterminer leurs principales implications cliniques, opérationnelles et programmatiques pour les différentes tranches d'âge de la population et les différentes situations afin de mesurer l'atteinte des objectifs fixés.

## **5- Stratégies de mise en œuvre**

La révision des directives et politiques nationales de traitement doit tenir compte du respect des droits de l'homme à la santé et des principes éthiques afin de s'assurer que ces politiques sont équitables et répondent aux besoins spécifiques de l'ensemble des bénéficiaires.

### **Processus de planification**

- ✘ Planification et élaboration des directives de manière participative en intégrant tous les acteurs pour une bonne prise de décision ;
- ✘ Ressources humaines et financières ;
- ✘ Rôles et responsabilité de chaque acteur dans le système de santé ;

## **6- Méthodes utilisées pour élaborer ces nouvelles directives consolidées**

Ces nouvelles recommandations ont été élaborées en suivant les procédures définies par le Comité de travail.

Les étapes de l'élaboration des nouvelles directives sont :

- Atelier pour information
- Atelier de lancement
- Groupe d'expert pour élaborer le draft 0
- Elaboration du draft 1 du guide de poche, finalisation des directives consolidées, circulaires, préfaces, etc....
- Relecture
- Traduction
- Validation
- Production des documents
- Information et diffusion au niveau central
- Information et diffusion au niveau régional
- Information et diffusion au niveau du district
- Formation des prestataires

## **Sources d'information**

Les sources d'information indiquées ci-dessous ont été utilisées lors de l'élaboration des nouvelles recommandations.

- Les recommandations existantes des anciennes directives (documents de base) ;
- Les directives OMS 2013 ;
- Les données programmatiques ;
- Les documents cadres du pays (PSN, Plan de suivi évaluation, etc.).

## **Participation externe**

- Le processus a été appuyé par cinq groupes d'élaboration par thématique des lignes directrices externes et distincts (adultes ; santé maternelle et infantile ; aspects opérationnels et prestation de services ; aspects programmatiques) comptant au total 30 personnes et un groupe d'examen externe par des pairs comptant plus de 15 personnes.
- La liste des membres de ces groupes se trouve dans la section remerciements. La composition des groupes était conforme aux procédures d'élaboration des lignes directrices de l'OMS (1). Les groupes comprenaient des experts de l'infection à VIH, des chercheurs, des administrateurs de programme, des spécialistes de la méthodologie utilisée pour l'élaboration des lignes directrices, des épidémiologistes, des experts des droits de l'homme, des organismes pour le développement, des membres des groupes communautaires ; des partenaires des Nations Unies, des représentants de la société civile et des représentants de réseaux de personnes vivant avec le VIH. Une représentation appropriée par région et par sexe a également été prise en compte lors de sélection des membres.
- Tous ces membres ont été sélectionnés par note de service en tenant compte de leur expertise dans chaque domaine distinct.
- La relecture a été assurée par d'autres experts n'ayant pas contribué à l'élaboration du document.

## **L'EVALUATION**

L'évaluation est basée sur le modèle de Tanahashi afin d'évaluer les points essentiels qui nous permettront d'analyser nos résultats

### **✘ Gestion des intrants**

On se contentera de voir s'il y a un plan opérationnel de quantification et les procédures dans la gestion des intrants

- Approvisionnement
- Transport
- Conservation
- Distribution
- Etat de stock mensuel

### **✘ Ressources humaines**

Le plan de développement des RH montre les besoins en formation et en formation du personnel à la PEC globale du VIH/IST/SIDA

- ✘ Accessibilité**
- ✘ Utilisation des services**
- ✘ Continuité des services**

## Repartition par formation sanitaire, les services a offrir et les responsable de ces activites (taskshifting)

### Les défis se posent sur plusieurs points qui sont décrits ci-dessous

- La prévention a l'infection VIH
- Le dépistage du VIH
- Condition de mise sous TAR
- Le suivi biologique
- Le suivi et soutien à long terme des personnes sous TAR
- Assurer le continuum de soins
- L'intégration des services/ programme et la mise en œuvre de la délégation de taches et des méthodes innovantes (fait fi de La durabilités et l'efficacité des programmes de lutte contre le sida
- L'observance du traitement
- Transport des échantillons (
- L'appropriation des communautés dans la prise en charge globale du VIH
- La surveillance du VIH ( IAP, toxicite, resistance)
- Contrôle de qualité des tests sur le terrain (LOG BOOK)
- Les IAP
- La disposition de ressources humaines suffisante et efficace
- La gestion des intrants
- Système d'information sanitaire performant (circuit et rôle/ responsabilite des acteurs a tout niveau/cartographie) et ajouter l'aspect organique du circuit et mettre un algorithme
- Mise en place d'un plan opérationnel, programmatique et éthique aux responsables de l'élaboration des politiques et aux responsables de la mise en œuvre.
- Mise en place d'un document pour un groupe de travail pour la PEC des TAR

### 7- Public cible

Ce document est principalement destiné à être utilisé par :

- ✘ Les administrateurs de programmes nationaux de lutte contre le sida.
- ✘ Les groupes consultatifs nationaux sur le traitement et la prévention de l'infection à VIH ;
- ✘ Les responsables nationaux des programmes de lutte contre la tuberculose ;
- ✘ Les responsables des programmes de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) et d'autre programme de santé (cancer, génésique, etc...) ;
- ✘ les cliniciens et autres prestataires de soins ;
- ✘ les responsables des services nationaux de laboratoires ;
- ✘ les personnes vivant avec le VIH et organisations à base communautaire ;
- ✘ les organisations et organismes internationaux et bilatéraux qui apportent un soutien financier et technique aux programmes de lutte contre le sida dans le pays

## **SECTION 10 : Cadre de mise en œuvre**

Les Directives nationales de traitement doivent tenir compte du respect des droits de l'homme à la santé et des principes éthiques afin de s'assurer que ces orientations politiques sont équitables et répondent aux besoins spécifiques et à l'ensemble des bénéficiaires. Au moins un exemplaire des Directives doit être disponible dans chaque unité de prise en charge et accessible à chaque intervenant dans la prise en charge. Chaque une des structures en charge de la supervision ou de la formation des prestataires devra également en disposer.

Activités	Année 1		Année 2				Année 3				Année 4				Responsables
	t3	t4	t1	t2	t3	t4	t1	t2	t3	t4	t1	t2	t3	t4	
Production des nouvelles directives et algorithmes	■	■						■	■						DLMEP
Elaboration de la circulaire sur l'application des nouvelles directives	■														DLMEP
Atelier d'information et de sensibilisation des responsables du niveau central et regionales sur la PEGG du VIH selon les nouvelles directives	■														
Atelier de formation de sensibilisation et d'imprégnation des prestataires sur la PEGG du VIH selon les nouvelles directives	■	■				■	■			■	■				DLMEP
Suivi post formation		■	■				■	■			■	■			DLMEP
Réalisation des études d'impact (survies au traitement, Incidence, Taux de TME, etc.)						■								■	DLMEP
Réalisation des IAPs		■				■				■				■	
Supervision de la qualité des soins et des données			■		■		■		■		■		■		DLMEP
Recyclage des prestataires						■	■			■	■				DLMEP

# **SECTION 11 : Supervision, Suivi-évaluation**

## **1. Supervision**

Le but de ces Directives est de guider l'équipe de supervision dans son rôle de favoriser l'amélioration de la qualité des prestations ainsi que celle des informations dans les sites de Prestation de Service de PEC ainsi qu'au niveau managérial de cette PEC. L'amélioration de la qualité des prestations impose des visites périodiques voire un accompagnement rapproché des prestataires à différents niveaux. Ces visites doivent absolument être effectuées suivant les normes minimales ci-après :

- 1. Le superviseur doit justifier de compétences techniques en matière de PEC plus élevées que le supervisé**
- 2. La Revue de la liste des indicateurs de performance**

Le superviseur doit s'assurer qu'il existe des indicateurs de performance technique pour le site, à défaut ces indicateurs doivent pouvoir être négociés lors de la première supervision.

- 3. L'Évaluation du niveau de performance**

Le superviseur doit s'assurer de l'évolution du niveau des indicateurs sur la base de la dernière supervision. Il doit disposer de suffisamment de temps pour observer la mise en oeuvre des activités du personnel supervisé.

- 4. La Revue de la Gestion des outils de collecte**

Le superviseur doit s'assurer de la bonne utilisation des registres et des fiches, du remplissage correct des registres, des fiches, des rapports et des affiches, mais également de l'utilisation des données pour la planification et le suivi des réalisations.

- 5. La Revue de la collecte des données et des rapports**

Un système de collecte de données fonctionnel est essentiel pour une gestion efficace des services. Le superviseur joue un rôle déterminant dans l'assurance de la conformité entre les données physiques et les rapports pour un système d'information fiable et efficace.

- 6. La Revue de la Gestion et de l'utilisation des données**

Identifier les problèmes liés à la gestion des bases de données constitue un élément important de la visite de supervision. Le superviseur doit s'assurer de l'utilisation des données pour la planification des prestations de PEC et le suivi des réalisations.

- 7. La Revue de la compétence des prestataires de services**

L'application rigoureuse des principes, des normes et procédures techniques de prise en charge. Le superviseur doit veiller à l'application par les prestataires des principes et techniques recommandés, au renforcement des bonnes pratiques et s'assurer de l'adhérence à ces normes. Le superviseur doit s'assurer de la formation et du recyclage des prestataires. Il doit mener de courtes sessions d'orientation durant chaque visite sur les besoins spécifiques du personnel supervisé.

- 8. La Résolution des Problèmes**

La résolution des problèmes constitue la partie centrale de la supervision. Le superviseur doit chercher avec le personnel des solutions aux problèmes identifiés. Certains peuvent être résolus au niveau du site et d'autres portés à l'attention du niveau

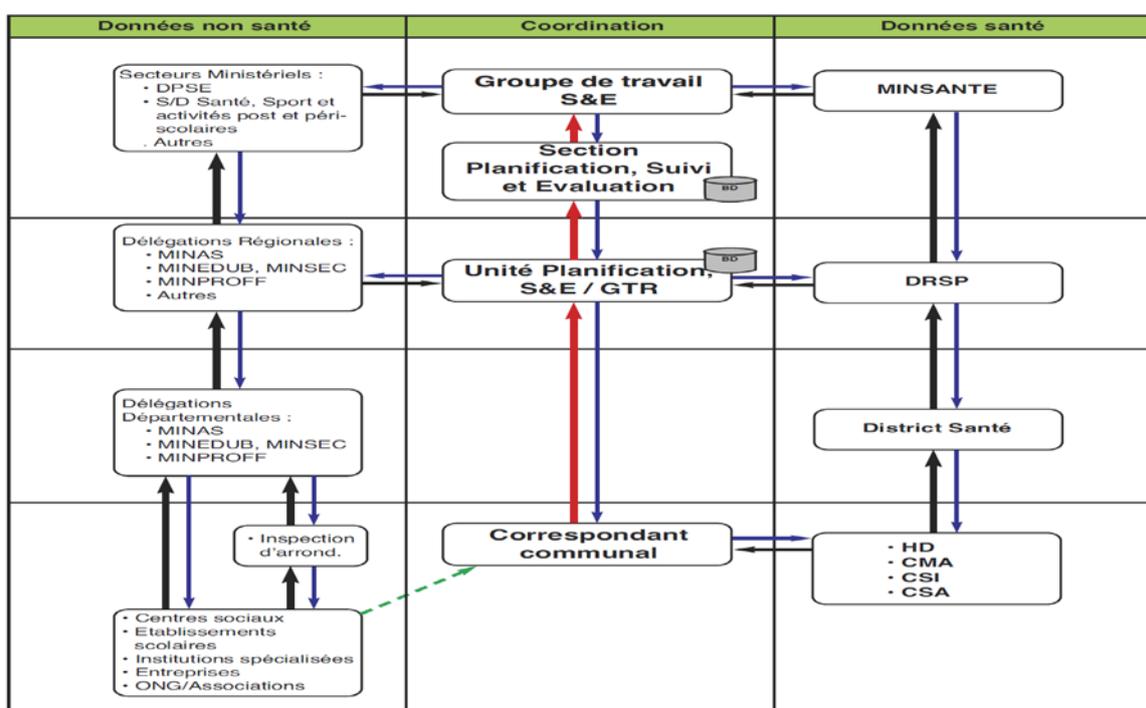
hiérarchique suivant. Une note doit être faite pour les problèmes dont les solutions sont à un niveau plus élevé et des actions doivent être entreprises pour le suivi. La qualité d'une supervision est principalement jugée par sa capacité à résoudre les problèmes de manière immédiate ou médiate suivant la nature des problèmes identifiés.

### 9. Autre

Les praticiens ont souvent des problèmes personnels qui ont besoin d'être abordés. Le superviseur doit être disponible pour les écouter avec sympathie, les soutenir et les assister selon ses capacités.

## 2. Suivi-évaluation

Le suivi et l'évaluation de la PEC est aligné au cadre national de Suivi-Evaluation du PSN 2014 – 2017. Les données suivront le fluxogramme ci-après :



L'impact attendu des Directives de PEC est l'amélioration de la qualité de la PEC afin de permettre à toutes les personnes qui remplissent les critères de recevoir un TAR selon les normes nationales adoptées tout en assurant un bon continuum de soins. Des indicateurs de qualité de cette PEC seront suivis à différents niveaux.

### **Definir un indice d'indicateur**

*A compléter par les cliniciens, définir les poids des paramètres sur la qualité et les seuils spécifiques et généraux des indices de qualités.*

#### **Flexibilité (Poids)**

*Service non disponible =0*

*Service partiellement disponible=1*

*Service disponibles =2*

N°	Parametre	Domaine	Poids	Indice
01	Dépistage	Disponibilité du Test		
		Personnel formé		
02	ARV	Disponibilité des protocoles adultes		
		Disponibilité des protocoles Enfants		
		Service de dispensation		
		Disponibilité des outils de collectes des données primaires		
03	Suivi thérapeutique	Disponibilité bilan biologique		
		Disponibilité des outils de suivi		
		Personnel formé		
		Disponibilité des outils de collectes des données primaires		
04	Suivi Communautaire	Personnel formé (ASOC, ASC		
		Documents normatifs		
		Disponibilité des kits de l'ASC		
		Existence d'un plan de travail		
05	PTME	Personnel formé		
		Documents normatifs		
		Disponibilités des intrants		
		Lien entre les différents services		
		Disponibilité des outils de collectes des données primaires		
06	PEC pédiatrique	Personnel formé		
		Documents normatifs		
		Disponibilités des intrants		
		Lien entre les différents services		
		Disponibilité des outils de collectes des données primaires		
07	PEC des adolescents	Personnel formé		
		Documents normatifs		
		Disponibilités des intrants		
		Lien entre les différents services		
		Disponibilité des outils de collectes des données primaires		
08	PEC des adultes	Personnel formé		

N°	Parametre	Domaine	Poids	Indice
		Documents normatifs		
		Disponibilités des intrants		
		Lien entre les différents services		
		Disponibilité des outils de collectes des données primaires		
09	PEC psychologique	Personnel formé		
		Documents normatifs		
		Disponibilités des intrants		
		Lien entre les différents services		
		Disponibilité des outils de collectes des données primaires		

**Tableau des indicateurs**

Indicateurs	Base line	Cible				MOV	Hypothèses
		2014	2015	2016	2017		
<b>EFFET DES DIRECTIVES</b>							
Nombre estimé de personnes infectées PEC	131 531	157908	175655	226623	248097	Rapport Annuel CNLS	
Nombre de PVD							
<b>RESULTATS DES DIRECTIVES</b>							
Proportion de prestataires disposant des recommandations sur les stratégies de prévention de l'infection à VIH et des IST		75%	85%	90%	100%		
Nombre de prestataires formés sur les orientations nationale pour la mise sous TAR y compris; le continuum de soins de l'infection à VIH ;							
Nombre de prestataires formés sur les orientations sur les principales questions opérationnelles permettant d'améliorer l'accès aux services de prise en charge							
Nombre de prestataires formés sur les stratégies d'intégration de la gestion des intrants à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement							
Nombre de structures qui transmettent les rapports selon le circuit des données conventionnelles							

## **SECTION 12: Système de Coordination**

## **Système de Coordination**

Le but de la coordination de ces Directives est de veiller à leur mise en œuvre effective et efficiente. Cette coordination est alignée selon les principes directeurs suivants guidés par les Orientations Stratégiques du PSN 2014 -2017 :

- Une appropriation de la réponse au VIH et sida par tous les acteurs et tous les intervenants,
- La Multisectorialité effective de la lutte contre le VIH par son appropriation par le renforcement du leadership tous les acteurs, et tous les secteurs
- La décentralisation afin que tous les services de façon équitable à toutes les populations quel que soit leur lieu ou région de résidence
- Le respect de la Déclaration de Paris
- L'implication des PVVIH
- L'articulation effective des directives avec les autres cadres et instruments de planification nationale,
- Un bon cadre de coordination technique multisectorielle et de S&E,
- Le MINSANTE doit être doté de ressources suffisantes (humaines, matérielles et financières) lui permettant d'assurer sa fonction
- Le respect des engagements nationaux, régionaux et internationaux,
- La disponibilité des ressources financières à la mise en œuvre des directives et la reddition des comptes,
- Un système efficient de gestion et d'approvisionnement des médicaments et autres intrants de lutte contre le VIH/sida,
- La cohérence entre les options stratégiques structurelles pour le renforcement du système de santé.

## **PARTIE D: REFERENCES**