



MINISTÈRE DE LA SANTÉ

RÉPUBLIQUE DU BÉNIN

Politique, Normes et Procédures de Prise en Charge des Personnes Vivant avec le VIH au Bénin



Juin 2019 © MS/PSLS/BENIN

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES	4
PREFACE	8
REMERCIEMENTS	10
CHAPITRE 1 : GENERALITES	11
1.1. PRESENTATION DU BENIN	11
1.2. SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DE L'INFECTION PAR LE VIH AU BENIN.....	15
1.3. ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH (PVVIH) AU BENIN.....	16
1.4. ANALYSE DE LA SITUATION ACTUELLE DE LA PRISE EN CHARGE.....	18
CHAPITRE 2 : GRANDES OPTIONS DE LA PRISE EN CHARGE DES PVVIH AU BENIN.....	25
2.1. IMPACTS ET EFFETS	25
2.2. LES PRINCIPES DIRECTEURS.....	26
2.3. LES STRATÉGIES DE MISE EN ŒUVRE	26
2.4. LE PAQUET D'ACTIVITÉS D'UN SITE DE PRISE EN CHARGE	27
2.5. LA PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE	28
CHAPITRE 3 : DEPISTAGE DU VIH.....	30
3.1. NORMES DU DEPISTAGE DU VIH	30
3.2. PROCEDURES DU DEPISTAGE DU VIH.....	40
CHAPITRE 4 : PRÉVENTION DE L'INFECTION VIH.....	47
4.1. PRÉVENTION PRIMAIRE	47
4.2. PRÉVENTION POSITIVE	49
4.3. PROPHYLAXIE PAR LES ARV	51
4.4. PREVENTION COMBINÉE	66
CHAPITRE 5 : TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL	67
5.1. NORMES	67
5.2. PROCEDURES	92
CHAPITRE 6 : PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DES CO INFECTIONS VIH /TUBERCULOSE, VIH/ HEPATITES, VIH /PALUDISME.....	98
6.1. DÉPISTAGE ET PRISE EN CHARGE DE LA CO INFECTION VIH /TUBERCULOSE.....	98
6.2. DÉPISTAGE ET PRISE EN CHARGE DE LA CO INFECTION VIH /PALUDISME.....	102
6.3. DÉPISTAGE ET PRISE EN CHARGE DES CO INFECTIONS VIH/ HÉPATITES B ET C104	
CHAPITRE 7 : PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DES PRINCIPALES INFECTIONS OPPORTUNISTES	107
7.1. NORMES	107

7.2. PROCÉDURES	108
CHAPITRE 8 : SUIVI DE LA PERSONNE VIVANT AVEC LE VIH	117
8.1. NORMES	117
8.2. PROCÉDURES	132
CHAPITRE 9 : SOINS ET SOUTIEN AUX PVVIH	134
9.1. PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE	134
9.2. PRISE EN CHARGE SOCIALE ET COMMUNAUTAIRE	135
9.3. PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE	152
CHAPITRE 10 : GESTION DES APPROVISIONNEMENTS ET DES STOCKS	160
10.1. DÉFINITION ET OBJECTIFS	160
10.2. CYCLE DE GESTION DES ACHATS ET DES STOCKS	160
10.3. ASSURANCE QUALITÉ DES PRODUITS DE SANTÉ	172
10.4. OUTILS DE GESTION ET LE SYSTÈME D'INFORMATION ET DE GESTION LOGISTIQUES	174
CHAPITRE 11 : SUIVI ET ÉVALUATION DES ACTIVITÉS	178
11.1. LE SUIVI EVALUATION	178
11.2. LA FORMATION	187
11.3. LA SUPERVISION	191
CHAPITRE 12 : LA RECHERCHE EN MATIÈRE DE PRISE EN CHARGE DE L'INFECTION PAR LE VIH	196
12.1. NORMES	196
12.2. PROCEDURES	197
ANNEXES.....	201



LISTE DES ABBREVIATIONS ET SIGLES

3TC	:	Lamivudine
ABC	:	Abacavir
AE-VIH	:	Accident d'Exposition au VIH
ALAT (TGP)	:	Alanine Amino-Transférase (Transaminase Glutamo- Pyruvate)
AMCES	:	Association des Œuvres Médicales Privées Confessionnelles et Sociales
ARV	:	Antirétroviraux
ATV	:	Atazanavir
ATV/r	:	Atazanavir boosté par le ritonavir
AZT	:	Zidovudine
BK	:	Bacille de Koch
CAME	:	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels
CD	:	Centre de Dépistage
CDC	:	Center for Disease Control
CDIP	:	Conseil Dépistage à l'Initiative du Prestataire
CHAI	:	Clinton Health Access Initiative
CHD	:	Centre Hospitalier Départemental
CHU	:	Centre Hospitalier Universitaire
CIPEC	:	Centre d'Informations, de Prospectives et de Conseils
CNERS	:	Comité National pour l'Éthique de la Recherche en Santé
CNHU- HKM	:	Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert K. Maga
CNLS-TP	:	Conseil National de Lutte contre le VIH-SIDA, la Tuberculose, le Paludisme, les IST et les Epidémies
CP	:	Comprimé
CRENAS	:	Centre de Réhabilitation Nutritionnelle en Ambulatoire pour les malnutris Sévères

CRENI	: Centre de Réhabilitation Nutritionnelle en Interne
CTA	: Centre de Traitement Ambulatoire
CTM	: Cotrimoxazole
CV	: Charge virale
DANA	: Direction de l'Alimentation et de la Nutrition Appliquée
DBS	: Dried Blood Spot
DDS	: Direction Départementale de la Santé
DPMED	: Direction des Pharmacies, Médicaments et Explorations Diagnostiques
DPP	: Direction de la Programmation et de la Prospective
DRV/r	: Darunavir boosté par le Ritonavir
DTG	: Dolutégravir
EFV	: Efavirenz
ETME	: Elimination de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
ETP	: Education Thérapeutique du Patient
FSTI	: Fonds de Solidarité Thérapeutique International
FTC	: Emtricitabine
G/L	: Giga par litre
GIP-ESTHER	: Groupement d'Intérêt Public - Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau
HIA	: Hôpital de l'Instruction des Armées
HSH	: Hommes ayant des rapports Sexuels avec les Hommes
HZ	: Hôpital de Zone
IBAARV	: Initiative Béninoise d'Accès aux Antirétroviraux
IMC	: Indice de Masse Corporelle
INNTI	: Inhibiteur Non Nucléosidique de la Transcriptase Inverse
IO	: Infection Opportuniste
IP	: Inhibiteur de la Protéase
IST	: Infection Sexuellement Transmissible

Kcal	: Kilocalorie
LCR	: Liquide Céphalo-Rachidien
LPV/r	: Lopinavir boosté par le ritonavir
MCZS	: Médecin Coordonnateur de Zone Sanitaire
MIILD	: Moustiquaire Imprégnée d’Insecticide à Longue Durée d’action
MS	: Ministère de la Santé
NDNPB	: Normes et Directives Nationales du Dépistage du VIH et de la Prise en charge Biologique des PVVIH
NFS	: Numération de la Formule Sanguine
NVP	: Névirapine
OEV	: Orphelin et Enfant Vulnérable
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ORL	: Oto-Rhino-Laryngologie
PO	: Per os
PAS	: Programme d’Ajustement Structurel (PAS I, II et III : Premier, deuxième et troisième PAS).
PCR	: Polymerase Chain Reaction
PEC	: Prise en charge
PNLS	: Programme National de Lutte contre le SIDA et les IST
PNP PTME	: Politique, Normes et Procédures de Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PrEP	: Prophylaxie Pré-Exposition du VIH
PS	: Professionnel de Sexe
PSLS	: Programme Santé de Lutte contre le Sida
PTME	: Prévention de la Transmission Mère-enfant
PVVIH	: Personne Vivant avec le VIH
RAL	: Raltégravir



RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH2 : deuxième recensement, RGPH3 : troisième recensement)
RTV	: Ritonavir
SIDA	: Syndrome d'Immuno - Déficience Acquise
SMNEAJ	: Santé de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant, de l'Adolescent et du Jeune
SNIGS	: Système National d'Informations et de Gestion Sanitaire
SNSE	: Système National de Suivi Evaluation
SR	: Santé de la Reproduction
TAR	: Traitement Anti Rétroviral
TB	: Tuberculose
TDF	: Ténofovir Disoproxil fumarate
TS	: Travailleuse de Sexe
UAC	: Université d'Abomey-Calavi
UDI	: Utilisateur de Drogue Injectable
USAID	: United States Agency for International Development
VHB/VHC	: Virus de l'Hépatite B/ Virus de l'Hépatite C
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine
ZS	: Zone Sanitaire



PREFACE

Le Ministère de la Santé (MS), dans le cadre de la démarche qualité au niveau du secteur santé, s'est engagé depuis quelques années dans la normalisation des activités par l'élaboration et la mise en place de documents normatifs. C'est le cas du présent document de politique, normes et procédures en matière de prise en charge des Personnes vivant avec le VIH (PVVIH).

L'impact socio-économique et sanitaire du VIH/Sida fait désormais de cette affection, tant un problème de santé publique qu'un problème de développement. C'est donc pour ne pas laisser les personnes infectées en marge du développement de notre pays, que leur prise en charge a été identifiée comme domaine de prestation de service avec la diffusion des directives nationales de prise en charge des PVVIH.

Le présent document est la sixième édition, actualisée prenant en compte les recommandations 2018 de l'OMS sur la prévention, les soins et le traitement du VIH et des hépatites. Il permet d'informer les acteurs (qu'ils soient du secteur public, du secteur privé et de la société civile) à différents niveaux de la pyramide sanitaire afin d'harmoniser les procédures de prise en charge des PVVIH selon les normes établies. Ce document précise les niveaux minima acceptables de performance dans la prise en charge (normes) y compris les qualifications requises pour les prestations de services ainsi que les aspects opérationnels de réalisation de ces normes (procédures). C'est un document de consensus, réalisé avec la participation des différents acteurs du secteur public, privé et de la société civile dans le domaine (le PSLS et ses structures décentralisées, les institutions de formations médicales et paramédicales, les ONGs, les institutions internationales, l'Association des cliniques privées du Bénin, l'Association des Œuvres Médicales Privées Confessionnelles et Sociales (AMCES)...).

Sa diffusion permettra de satisfaire une exigence de qualité dans la prise en charge des PVVIH au Bénin et contribuera à une meilleure coordination et évaluation des interventions. Le respect des normes amènera plus aisément à l'atteinte des objectifs de la déclaration politique de New York en 2016 sur le VIH/sida en vue d'accélérer la riposte et mettre fin à l'épidémie d'ici à 2030. Ainsi, la couverture des besoins de traitement des PVVIH s'améliorera progressivement notamment dans le cadre de l'atteinte des cibles 90 90 90 conformément au document de stratégie mondiale 2017-2022 de lutte contre le VIH.

J'exhorte les acteurs à divers niveaux : prestataires, gestionnaires de programmes, décideurs, partenaires à recourir à cet outil et à l'utiliser comme un document de référence pour l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de toute intervention liée à la prise en charge des PVVIH dans notre pays le Bénin.

Dr Benjamin I. HOUNKPATIN

Ministre de la Santé

REMERCIEMENTS

Au nom du Gouvernement béninois, je remercie tous les partenaires techniques et financiers, particulièrement l’OMS, la CHAI, le Fonds Mondial et les autres acteurs qui ont apporté leur précieuse contribution à l’amélioration de ce document.

Dr Benjamin I. HOUNKPATIN

Ministre de la Santé



CHAPITRE 1 : GENERALITES

1.1. PRESENTATION DU BENIN

1.1.1. Situation géographique

Située en Afrique occidentale sur le Golfe du Guinée, la République du Bénin s'étend de l'Océan Atlantique au fleuve Niger sur une longueur de 700 km et sur une largeur de 125 km sur la côte et 325 km au niveau de la latitude de Tanguéta. Elle couvre une superficie de 114 763km².

La République du Bénin est limitée au nord par le Niger, au nord-ouest par le Burkina Faso, à l'ouest par le Togo, à l'est par le Nigeria et au sud par l'Océan Atlantique.

Son relief est peu accidenté et on dénombre trois principales zones climatiques :

- un climat subéquatorial avec deux saisons pluvieuses et deux saisons sèches au Sud ;
- un climat tropical semi humide au centre ;
- un climat tropical humide au nord avec une saison sèche et une saison pluvieuse.

La température est relativement élevée avec de faibles variations.

Le Bénin est irrigué par de nombreux cours d'eau qui arrosent deux grands bassins : le bassin du Niger et le bassin côtier. Pour ce dernier, les lacs et les lagunes servent de relais vers la mer.

Ce climat chaud et humide est favorable à la prolifération de certains vecteurs (mouches, moustiques, rats, etc.) et explique l'endémicité et l'éclosion périodique (parfois saisonnière) des maladies infectieuses et parasitaires.



La combinaison de ce climat et de cette hydrographie est en partie responsable du profil épidémiologique national enregistré tout au long de l'année et dominée par les affections tropicales endémo-épidémiques.

1.1.2. Situation démographique

Les données statistiques issues des différentes opérations de recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) au Bénin montrent que cette population croît à un rythme élevé.

Selon la projection 2018 du quatrième RGPH de 2013, la population est de 11 496 140 habitants des deux sexes. La proportion de femmes au sein de la population béninoise est de 51,2%¹.

La population béninoise double tous les 25 ans et cette tendance qui risque de perdurer constitue une contrainte pour le développement des services de santé.

1.1.3. Situation économique

L'économie du Bénin est basée sur l'agriculture qui occupe 56% de la population active. Le maïs, le manioc, le haricot, le mil, le sorgho et l'arachide. Et les produits maraichers constituent les principales cultures réalisées

L'élevage et la pêche sont pratiqués de manière artisanale et couvrent environ 60% des besoins de la population. L'industrie locale reste embryonnaire. La balance commerciale est globalement déficitaire.

Les difficultés financières et économiques ont conduit le pays aux réformes structurelles. En effet à partir de 1983, le Bénin a connu trois Programmes d'Ajustement Structurel (PAS) pour réorganiser la vie économique et sociale.

¹ INSAE- RGPH4 juin 2015

La combinaison des différentes stratégies sectorielles et des mesures d'ordre macro-économique a permis d'enregistrer une évolution croissante du produit intérieur brut (PIB) par habitant et une croissance économique évoluant en dents de scie.

Dans son rapport 2018 sur les perspectives économiques en Afrique, la Banque africaine de développement (Bad) a noté que le taux de croissance du Produit intérieur brut (Pib) réel du Bénin en 2017 est estimé à 5,5 %, et est en progression par rapport aux 4 % de 2016. Les projections pour 2018 et 2019 sont aussi prometteuses avec des taux respectifs de 6,1 % et 6,5 %. Mais, selon le rapport sur les projections de croissance, les effets du climat sur l'agriculture et la dépendance vis-à-vis du Nigeria laissent planer l'incertitude.

Nonobstant les efforts et l'autosuffisance alimentaire globale, il existe encore des poches d'insécurité alimentaire dues à des problèmes saisonniers de déficit alimentaire qui constituent un terrain favorable pour les maladies enregistrées chez les enfants et leurs mères.

1.1.4. Situation sanitaire

Le système de santé a une structure pyramidale calquée sur le découpage administratif. Il comprend trois niveaux différents que sont :

- le niveau central ou national ;
- le niveau intermédiaire ou départemental ;
- le niveau périphérique ou opérationnel (zones sanitaires).

Le tableau ci-dessous résume cette organisation.



Tableau I: Synthèse des structures offrant des prestations de soins dans le système national de santé au Bénin en 2019

Niveaux	Structures	Institutions hospitalières et socio-sanitaires	Spécialités/Activités
CENTRAL ou NATIONAL	Ministère de la Santé	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM) ➤ Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant (CHU-MEL) ➤ Centre National Hospitalier et Universitaire de Pneumo-phtisiologie (CNHUPP) ➤ Centre National Hospitalier et Universitaire de Psychiatrie (CNHUP) ➤ Hôpital d'Instruction des Armées (HIA) ➤ Service d'Accueil Médical des Urgences (SAMU) ➤ Agence Nationale pour la Transfusion Sanguine 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Médecine ➤ Pédiatrie ➤ Chirurgie ➤ Gynéco-obstétrique ➤ Imagerie médicale ➤ Laboratoire ➤ O.R.L ➤ Ophtalmologie ➤ Cardiologie ➤ Dermatologie ➤ Urologie ➤ Psychiatrie ➤ Chirurgie d'urgence ➤ Banque de Sang ➤ Autres spécialités
INTERMEDIAIRE ou DEPARTEMENTAL	Direction départementale de la Santé	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Centre Hospitalier Universitaire Départemental (CHUD) ➤ Centre Hospitalier Départemental (CHD) ➤ Centre d'Information, de Prospective et de Conseil (CIPEC) ➤ Centre de Traitement Anti Lèpre (CTAL) ➤ Centres de l'Ulçère de Buruli d'Allada et de Pobè ➤ Centre de Pneumo-Phtisiologie d'Akron ➤ Antenne Départementale de la Transfusion Sanguine 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Médecine ➤ Pédiatrie ➤ Chirurgie ➤ Gynéco-obstétrique ➤ Imagerie médicale ➤ Laboratoire ➤ O.R.L ➤ Ophtalmologie ➤ Cardiologie ➤ Dermatologie ➤ Urologie ➤ Psychiatrie ➤ Chirurgie d'urgence ➤ Banque de sang

Niveaux	Structures	Institutions hospitalières et socio-sanitaires	Spécialités/Activités
PERIPHERIQUE	Zone Sanitaire (Bureau de Zone)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hôpital de Zone (HZ) ➤ Centre Hospitalier Universitaire de zone (CHUZ) ➤ Centre de Santé (CS) ➤ Site de prise en charge du VIH/SIDA ➤ Formations sanitaires privées/confessionnelles quelque soit leur plateau technique ➤ Centre de Détection et de Traitement (CDT) ➤ Centre de dépistage de la lèpre et de l'ulcère de Buruli ➤ Centre de Dépistage Volontaire de VIH (CDV) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Médecine générale ➤ Chirurgie d'urgence ➤ Gynéco-obstétrique ➤ Soins curatifs ➤ Accouchements ➤ Imagerie médicale ➤ Laboratoire ➤ Vaccination ➤ IEC/CCC ➤ Pharmacie ou dépôt pharmaceutique ➤ Loisirs ➤ Alphabétisation ➤ Activités à base communautaire

Source : SGSI/DPP/MS

1.2. SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DE L'INFECTION PAR LE VIH AU BENIN

Le premier cas de SIDA a été découvert au Bénin en 1985. Un système de surveillance épidémiologique du VIH/SIDA a été mis en place en 1990 sur la base de sites sentinelles ciblant les femmes enceintes et les patients atteints d'infection sexuellement transmissible (IST). Ce système de surveillance a montré une progression rapide de la prévalence passant de 0,36% en 1992 à 3,6% en 1998. Mais de 1999 à 2015, cette prévalence s'est stabilisée autour de 2%.

Dans la population générale, la prévalence de l'infection par le VIH est stable depuis 2006 jusqu'à 2012 (1,2% selon EDS 2012) et est estimée à 1% en 2017 selon le Spectrum. Malgré cette tendance à la stabilisation, il existe des poches de concentration de forte prévalence au sein de certains groupes à risque comme les travailleuses de sexe (8,5%), les Hommes qui ont des rapports Sexuels avec des Hommes (7,0%) et les UDI (2,2% ; ESDG 2017). Ces

populations sont qualifiées aujourd'hui de populations clés. Ces données permettent de classer le Bénin dans le groupe des pays à épidémie généralisée.

Le VIH/SIDA constitue un sujet de grande préoccupation avec l'implication effective des autorités politico-administratives, des leaders religieux et d'opinion et des partenaires dans la lutte contre ce fléau.

En 2018, le nombre de personnes vivant avec le virus est estimé à environ 73000. Sur l'ensemble des PVVIH estimées, 44231 dont 2024 enfants sont effectivement sous traitement au 31 décembre 2018.

La prise en charge par les ARV des personnes vivant avec le VIH est gratuite dans les limites d'un paquet essentiel de soins et est assurée actuellement dans 117 sites de prise en charge et 1040 sites de PTME.

Au niveau des individus et des ménages, le sida provoque un manque à gagner du fait des dépenses en soins et de l'arrêt de travail. Sur le plan macro-économique, la baisse de productivité que la maladie occasionne a pour conséquence une diminution de la croissance économique, du revenu par tête d'habitant, de l'épargne et de l'investissement.

1.3. ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH (PVVIH) AU BENIN

1.3.1. Historique

Le PSLS dispose dans son organigramme d'un service de prise en charge créé en 1997 et s'occupant de la prise en charge des IST et des Infections opportunistes. Depuis 2001, les attributions du service se sont élargies à la prise en charge des PVVIH par les ARV et à l'accompagnement psychosocial, nutritionnel et juridique des PVVIH.

Les activités de prise en charge médicale se sont intensifiées avec la mise en place en 2001 de l'Initiative Béninoise d'Accès aux antirétroviraux (IBA-



ARV) avec l'appui de la Coopération Française à travers le Fonds de Solidarité Thérapeutique Internationale (FSTI).

Les domaines d'intervention de ce service sont :

- la prise en charge médicale des adultes et des enfants ;
- la prévention et la prise en charge des infections opportunistes ;
- la prise en charge psychosociale, juridique et l'éducation nutritionnelle des PVVIH ;
- le suivi biologique des PVVIH ;
- la gestion des médicaments et produits de laboratoire.

Dans le cadre de la prise en charge médicale des PVVIH, l'accès à la trithérapie a démarré au Bénin en février 2002 au niveau de trois sites localisés à Cotonou (CNHU-HKM, HIA et ex CTA sis au Centre antituberculeux d'Akpakpa).

Dans le cadre de passage à l'échelle et conformément à l'initiative de l'OMS (3 by 5), le PSLS a opté pour une stratégie de décentralisation des sites de prise en charge des PVVIH à travers l'accréditation des structures de santé disposant de locaux adéquats, d'un laboratoire et ayant une équipe médicale formée sur la prise en charge globale des PVVIH. Ces centres peuvent être publics, confessionnels ou privés.

L'accréditation d'un Site de Prise en Charge par les ARV (Site PEC) est réalisée par le Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS), devenu Programme Santé de Lutte contre le SIDA (PSLS) sur proposition motivée des responsables des CIPEC, qui sont les structures décentralisées du PSLS au niveau intermédiaire. Ainsi, au 31 décembre 2018, 117 sites de prise en charge de PVVIH ont été accrédités par le PSLS.

1.3.2. Organisation actuelle de la prise en charge

Les activités de prise en charge sont coordonnées :

- **Au niveau national** par le service de PEC et de soutien des PVVIH, chargé entre-autre de permettre aux PVVIH d'avoir facilement accès à la prévention et au traitement des infections opportunistes (IO), au traitement par les ARV et aux soins et soutien de qualité.
- **Au niveau départemental** par le personnel des Centres d'Informations, de Prospectives et de Conseils (CIPEC) des Directions Départementales de la Santé.
- **Au niveau opérationnel** par l'Equipe d'Encadrement des Zones Sanitaires (EEZS).

1.4. ANALYSE DE LA SITUATION ACTUELLE DE LA PRISE EN CHARGE

L'analyse de l'offre du service de prise en charge aux PVVIH fait ressortir les forces et faiblesses suivantes :

1.4.1. Les forces

- L'existence d'un cadre institutionnel pour la prise en charge des PVVIH comprenant :
 - Le Conseil National de Lutte contre le VIH-SIDA, la Tuberculose, le Paludisme, les Hépatites, les IST et les Epidémies (CNLS-TP) ;
 - Le Programme Santé de Lutte contre le SIDA et les IST (PSLS) ;
 - Le Centre National de Référence pour la Recherche et la Prise En Charge de l'Infection à VIH (CNRRPEC) ;
 - Les Centres d'Information, de Prospective Et de Conseil (CIPEC) ;
 - Les sites de prise en charge (Formations Sanitaires) ;

- Les sites de Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME) ;
 - Les Centres de Dépistage du VIH (CD).
- L'adoption par le Bénin des recommandations 2015 de l'OMS sur la prévention, les soins et le traitement du VIH/Sida et des hépatites impliquant :
 - le dépistage communautaire par les unités mobiles de dépistage axé sur certains groupes prioritaires (les déscolarisés, les routiers, les populations clés);
 - la stratégie du « Test and treat » et « treat all », ou « dépister et traiter » et « traiter tous » indépendamment du taux de CD4 et en prenant en compte les nouvelles lignes thérapeutiques ;
 - la bi-prophylaxie chez les nouveaux nés exposés au VIH ;
 - la révision de l'algorithme du diagnostic de la tuberculose chez les malades co-infectés TB/VIH avec introduction du GeneXpert comme moyen de dépistage plus sensible de la TB chez les PVVIH ;
 - la réalisation de Charge Virale à 6 et 12 mois de traitement et tous les 12 mois comme moyen de monitoring du traitement ARV;
 - la mise en place de services différenciés visant à réduire le nombre de visites au centre de santé, l'espacement des rendez-vous de dispensation des ARV et la délégation des tâches ;
 - la prise en charge des co-infections VIH/VHB.
 - L'adoption par le Bénin du Plan d'urgence VIH en vue de l'avancée vers les 90 -90 - 90 et de la déclaration politique sur le VIH/Sida de juin 2016 en vue d'accélérer la riposte contre le VIH pour mettre fin à l'épidémie d'ici à 2030.



- Les stratégies mises en œuvre pour renforcer les activités :
 - La décentralisation et intégration progressive de la prise en charge des PVVIH dans le paquet minimum des activités des formations sanitaires ;
 - La responsabilisation de la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels (CAME) dans le stockage et la distribution des intrants VIH ;
- L'existence d'un partenariat entre les organismes internationaux, les hôpitaux du nord et certaines structures locales de prise en charge des PVVIH.
- L'existence d'un cadre de formation (cours régional de prise en charge globale des PVVIH à la FSS de Cotonou, cours de Ouagadougou : DIU de prise en charge globale des PVVIH et formations décentralisées par les CIPEC).
- L'implication effective du secteur privé dans la prise en charge des PVVIH.

En dehors de l'existence de cadre institutionnel fonctionnel, le secteur de la santé dispose d'autres atouts dans le domaine de la prise en charge des PVVIH à savoir :

- la gratuité de la prise en charge dans les limites d'un paquet minimum bien défini ;
- le soutien du gouvernement et des différentes institutions politiques de notre Etat pour l'amélioration des conditions de prise en charge des personnes infectées par le VIH ;
- l'existence de laboratoires de suivi biologique (hématologie, biochimie, comptage des CD4) des patients sous ARV dans tous les départements ;



- l'existence de laboratoire pour la quantification de la charge virale dans 6 départements mais avec l'avènement des points of care, les 12 départements sont en mesure d'offrir ce service ;
- l'existence d'un pool de prescripteurs formés ;
- l'existence d'un système de suivi et évaluation ;
- l'harmonisation de schémas thérapeutiques pour la prise en charge des PVVIH par les ARV ;
- la collaboration entre les membres des équipes pluridisciplinaires composées de : médecins, infirmiers, biologistes, techniciens de laboratoire, psychologues, assistants juristes, assistants sociaux, éducateurs, agents communautaires et médiateurs ;
- la prise en compte dans les quantifications annuelles des ARV de première, deuxième et troisième ligne, des médicaments pour la prévention et le traitement des IO, des réactifs et consommables de laboratoire ;
- la disponibilité de directives pour le suivi biologique ;
- la disponibilité des compteurs conventionnels de CD4 ;
- la standardisation des normes pédiatriques ;
- l'intégration de la PTME dans les Services de SMNEAJ et la SR ;
- l'existence sur certains sites de logiciel de gestion des dossiers médicaux ;
- la définition d'un circuit de collecte des DBS (Dried Blood Spot) par département pour le diagnostic précoce ;
- l'institutionnalisation de la délégation de tâches au personnel paramédical ;
- l'implication des organisations de la société civile notamment des associations des PVVIH dans la prise en charge médicale ;



- le dévouement des acteurs impliqués dans la prise en charge des PVVIH dans les sites de tout le territoire national ;
- l'organisation des ateliers de partage d'expériences entre les acteurs intervenant dans la prise en charge des PVVIH ;
- la participation des acteurs intervenant dans le domaine de la prise en charge des PVVIH aux conférences internationales ;
- la disponibilité des formes pédiatriques d'ARV ;
- L'érection des centres de santé des 77 communes en sites de prise en charge améliorant ainsi l'accessibilité géographique.

1.4.2. Les faiblesses

Les faiblesses observées sont :

- la non disponibilité de toutes les formes pédiatriques d'ARV ;
- l'insuffisance (quantitative et qualitative) des ressources humaines au niveau des sites de prise en charge des PVVIH ;
- la faible intégration du suivi biologique des PVVIH dans les activités, biologiques des laboratoires des centres de santé qui assurent l'accès à la thérapie antirétrovirale;
- la prise en charge financière de certains actes par les patients, notamment ceux relatifs aux infections opportunistes sévères (Kaposi, toxoplasmose cérébrale, etc.) et à certains effets secondaires notamment ceux de grade 3 ou 4 ;
- le dysfonctionnement du dispositif de maintenance des équipements biomédicaux ;
- l'instabilité de l'énergie électrique conventionnelle handicapant le bon fonctionnement des plateformes de biologie moléculaire ;



- la faible documentation de la prise en charge des IO ;
- la méconnaissance du coût réel de la prise en charge ;
- la gestion et l'exploitation informatique des dossiers médicaux non disponibles dans la plupart des sites ;
- la recherche opérationnelle encore timide ;
- la très faible implication du secteur sanitaire privé surtout dans la PEC pédiatrique ;
- l'instabilité du personnel formé pour la prise en charge en général et celle pédiatrique en particulier ;
- l'insuffisance du personnel pour l'éducation thérapeutique et pour l'accompagnement psychosocial (assistants sociaux et psychologues) au niveau des sites de PEC.

1.4.3. Les opportunités

Des opportunités existent pour que le Bénin poursuive de façon correcte la prise en charge des PVVIH notamment l'appui technique et financier des partenaires bilatéraux et multilatéraux pour le renforcement des capacités des acteurs intervenant dans la prise en charge des personnes infectées par le VIH.

1.4.4. Menaces

Des menaces existent au Bénin dans le cadre de la lutte contre l'infection par le VIH. Il s'agit notamment de :

- la diminution du financement des Partenaires Techniques et Financiers ;
- la persistance de la stigmatisation et de la discrimination ;
- la lourdeur de décaissement des fonds alloués à la PEC par l'Etat ;
- l'insuffisance des ressources allouées à la PEC par l'Etat ;



- la complexité des procédures d'achat des médicaments, réactifs et consommable sur budget de l'Etat;
- la banalisation de l'infection entraînant la non prise de conscience pour un changement de comportement.



CHAPITRE 2 : GRANDES OPTIONS DE LA PRISE EN CHARGE DES PVVIH AU BENIN

Le PSNIE 2019-2023 s'appuie sur la vision définie comme suit : « A l'horizon 2023, le Bénin dispose d'une plateforme de gouvernance intégrée et performante de la riposte nationale aux maladies prioritaires et aux maladies à potentiel épidémique qui assure la synergie et l'efficacité dans la lutte contre ces maladies en vue de leur élimination effective ».

2.1. IMPACTS ET EFFETS

2.1.1. Impacts

- La mortalité et la morbidité liées au VIH sont réduites d'au moins 60% d'ici 2023
- Les nouvelles infections liées au VIH sont réduites d'au moins 50% d'ici à 2023.

2.1.2. Effets

A l'horizon 2023,

- 91% des PVVIH adultes, adolescents et enfants connaissent leur statut sérologique pour le VIH.
- 82% des PVVIH adultes, adolescents et enfants reçoivent systématiquement les ARV
- 95% des PVVIH (adultes, adolescents et enfants) sous ARV bénéficient annuellement du test de quantification de la charge virale pour le VIH et l'hépatite B
- 73% des PVVIH (adultes, adolescents et enfants) ont une charge virale indétectable à 12 mois.

2.2. LES PRINCIPES DIRECTEURS

Les orientations stratégiques de prise en charge des PVVIH reposent sur les principes directeurs ci-après :

- l'intégration des interventions de prise en charge des PVVIH dans le paquet minimum des activités des sites de traitement à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- la gratuité de la prise en charge dans les limites d'un paquet minimum défini ;
- l'intégration du secteur privé dans la prise en charge des PVVIH,
- la mise en place de structures de coordination de la prise en charge des PVVIH au niveau départemental ;
- l'attention accordée à la prise en charge de certains groupes particuliers (femmes enceintes, tuberculeux, coinfectés VIH-VHB-VHC, populations clés et enfants nés de mères séropositives) ;
- la mise en place de stratégies acceptables au plan socioculturel et économique ;
- le plaidoyer et la mobilisation de ressources ;
- la mise en œuvre effective de la participation multisectorielle ;
- la prise en charge à base communautaire.

2.3. LES STRATÉGIES DE MISE EN ŒUVRE

La mise en œuvre de cette politique utilise plusieurs stratégies :

- l'accréditation des structures de prise en charge en vue d'améliorer l'accessibilité géographique aux services de PEC des PVVIH ;
- le renforcement du plateau technique des centres de santé qui sont impliqués ;



- la mise à disposition des intrants (médicaments, réactifs et consommables) ;
- le renforcement des capacités des prestataires et des acteurs intervenant dans la prise en charge ;
- la délégation des tâches aux paramédicaux formés afin d'assurer l'intégration de la prise en charge dans le paquet minimum des formations sanitaires ;
- le contrôle de qualité des prestations offertes aux PVVIH ;
- le renforcement de l'implication des acteurs communautaires et des organisations de la société civile.

2.4. LE PAQUET D'ACTIVITÉS D'UN SITE DE PRISE EN CHARGE

Pour assurer la prise en charge globale des PVVIH, les sites doivent offrir les services suivants :

- le conseil dépistage de l'infection à VIH ;
- le dépistage précoce de l'infection chez les enfants nés de mères VIH+,
- la prévention, le diagnostic et le traitement des IO ;
- le traitement par les ARV ;
- l'éducation thérapeutique ;
- le suivi clinique et biologique des patients infectés ;
- la prise en charge psychologique, sociale et communautaire ;
- la prise en charge nutritionnelle ;
- la prise en charge des accidents d'exposition au VIH ;
- le Prophylaxie Pré Exposition du VIH (PrEP) au sein des populations clés et des couples sérodifférents ;



- la collecte et la gestion des données relatives à la prise en charge.

2.5. LA PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE

Le coût de prise en charge est imputé à plusieurs sources de financement :

- les subventions mises à disposition du PSLS (intrants, équipements et ressources humaines, etc.) ;
- les ressources du patient (transport, médicaments pour la PEC des IO hors paquet minimum etc.) ;
- les ressources des centres de santé impliqués dans la prise en charge (frais de consultation et d'hospitalisation, ressources humaines, etc.).

Pour la prise en charge des infections opportunistes et effets indésirables graves, un mécanisme d'achat en urgence des médicaments par le PSLS sera mis en place.

Un paquet minimum de prestations gratuites est assuré sur les sites PEC (☞)

Pour les patients qui se réfèrent aux cliniques privées et conformément à la politique d'implication dans la PEC du secteur privé mis en place par le Ministère de la Santé, le paquet minimum gratuit comprend le dépistage et la thérapie antirétrovirale ainsi que le suivi biologique conformément au paquet minimum mise à disposition par le programme.

NB : Tous les actes effectués en dehors du paquet minimum gratuit sont à la charge du patient.

Paquet Minimum gratuit sur les sites PEC

Paquet minimum de prestations gratuites des sites PEC

Un paquet minimum de prestations gratuites a été défini. Il comprend :

- la consultation initiale
- le bilan pré-thérapeutique : NFS + plaquettes, transaminases (ALAT), créatinine plasmatique, Ag HBs, glycémie, numération des CD4
- la prophylaxie des infections opportunistes ;
- le traitement par les ARV : tous les patients sont désormais éligibles pour le traitement antirétroviral quel que soit leur taux de CD4 ;
- la consultation de suivi :
 - *Pour les adultes* : les 5 consultations dans la première année : J0, J14, M1, M6, et M12 et 2 consultations les années suivantes : à raison d'une consultation tous les 6 mois.
 - *Pour les enfants* : les 6 consultations dans la première année : J14, M1, M3, M6, M9 et M12 et 4 consultations les années suivantes : à raison d'une consultation tous les 3 mois.
- les consultations rapprochées (tous les mois) en cas d'échec thérapeutique de la première ligne chez les enfants de moins de 3 ans et de la deuxième ligne chez les enfants de moins de 6 ans ;
- le bilan de suivi.

CHAPITRE 3 : DEPISTAGE DU VIH

Le dépistage est la porte d'entrée à une meilleure prise en charge.

Son objectif vise à déterminer le statut sérologique de la personne qui le porte et de poser le diagnostic en vue de concevoir une prise en charge adéquate.

Il peut concerner un individu, une famille ou toute une communauté.

Pour ce faire, différentes stratégies sont recommandées par l'OMS. Celle adoptée au Bénin est le conseil et dépistage. Elle est réalisée dans plusieurs conditions :

- **En fonction du demandeur** : Conseil et Dépistage Volontaire (CDV) ou à l'initiative d'un tiers (prestataire de santé, parents etc.)
- **En fonction des cibles prioritaires** :
 - femmes enceintes et allaitantes
 - maris des gestantes
 - enfants
 - adolescents
 - populations clés (TS, HSH, TG, PPL, UDI).
- **En cas d'accident d'exposition au VIH**
- **Les stratégies différenciées.**

3.1. NORMES DU DEPISTAGE DU VIH

3.1.1. Normes du conseil dépistage

Les normes du conseil dépistage comprennent :

- le pré-test,
- le dépistage et
- le post-test.

3.1.1.1. Normes du pré-test

Le conseil pré-test peut se faire en groupe ou de façon individuelle avec des informations précises et claires sur :

- les avantages du dépistage;
- la période de séroconversion ;
- les procédures de dépistage ;
- les services disponibles en cas de résultats positifs y compris la disponibilité des ARV ;
- le droit du client de refuser le test et que son refus n'a aucune incidence sur la relation avec le prestataire ;
- la signification d'un résultat positif, négatif ou indéterminé ;
- les options de prévention et encourager le dépistage du/des partenaire(s) et les enfants ;
- la confidentialité du résultat et des informations partagées ;
- l'existence de texte législatif relatif au droit et devoir des PVVIH.

Des informations d'ordre général sur les IST, VIH et le dépistage doivent être données aux clients aussi bien dans les centres de santé que dans les services de dépistage à base communautaire au cours des séances d'éducation sanitaire telles que celles organisées dans les centres de santé, les centres de consultation prénatale (CPN), etc. Si cela est nécessaire, le message peut être donné en langue locale.

Si un site de Counseling et Dépistage (CD) du VIH est fortement sollicité, l'on peut procéder à un counseling pré-test de groupe si les conditions suivantes sont réunies :

- mesures appropriées pour garantir l'intimité ;
- six (6) personnes par groupe au maximum ;



- lorsque cela est possible, des efforts devraient être faits pour constituer des groupes de clients du même groupe d'âge et de même sexe ;
- s'assurer que le niveau de langage est adapté ;
- s'assurer que tous les clients consentent à avoir un counseling pré-test de groupe ;
- s'assurer que tous les clients suivent ce qui est à savoir entre autres ;
- adaptation du niveau de langue du prestataire ;
- consentement du groupe à recevoir un conseil de groupe ;
- adhésion du groupe aux conseils du prestataire.

Le conseil de groupe doit être suivi d'un entretien individuel relatif à la décision de dépistage. Ce conseil individuel pré-test doit être confidentiel ; chaque client est reçu à tour de rôle dans le bureau du prestataire. Dans tous les cas, le consentement du client doit être obtenu par le prestataire qui réalise le dépistage.

3.1.1.2. Normes du post-test

Le conseiller doit donner les résultats du test posément, dans un cadre tranquille et intime, après avoir préparé psychologiquement le client. Le conseiller doit assurer le post-test quel que soit le résultat du test. Avant de donner les résultats du test, il doit s'assurer :

- que le client est véritablement disposé et prêt à recevoir le résultat du test ;
- qu'il comprend bien ce que signifient des résultats de tests positifs, négatifs, indéterminés ;
- qu'il fait la différence entre séropositivité et Sida ;
- des intentions du client par rapport à l'une ou l'autre éventualité de résultats.



Le conseiller doit encourager tous les clients séronégatifs à développer et mettre en pratique leur plan de réduction du risque. Le conseil post test prend en compte la fenêtre sérologique qui correspond à la période de séroconversion qui est de un à trois mois. Pour les personnes testées séronégatives, un test supplémentaire est nécessaire 3 mois après en l'absence de tout risque. Pour les personnes dépistées séronégatives qui font partie des populations à haut risque (TS, HSH, CDI, détenus, clients des TS, routiers...), il est important de réaliser régulièrement le test de dépistage du VIH tous les 3 mois.

3.1.1.3. Normes pour la réalisation du test

▪ *Algorithme national de dépistage*

La stratégie nationale de diagnostic biologique du VIH varie d'un pays à un autre en fonction de la séroprévalence estimée de l'infection à VIH dans le pays. L'OMS et L'ONUSIDA proposent des protocoles de diagnostic en fonction de la prévalence locale et de l'objectif du test qui peuvent être adaptés par pays.

Au Bénin c'est la stratégie II de l'OMS qui est adoptée avec deux tests en série et éventuellement un troisième test en cas de discordance.

Algorithme minimum : Des algorithmes utilisant des tests rapides et/ou ELISA peuvent être utilisés. Le choix de ces algorithmes dépend :

- de la disponibilité des réactifs homologués par l'OMS ;
- de la rapidité souhaitée des résultats ;
- du nombre de tests réalisés par jour ;
- des ressources matérielles et humaines disponibles.

En comparaison au test ELISA, l'utilisation des tests rapides est souhaitée en raison de :

- leur performance similaire documentée et démontrée ;
- leur simplicité de manipulation et ;



- leur rapport coût-efficacité.

Toutes ces raisons ont motivé l’OMS à recommander l’utilisation de ces tests rapides dans les laboratoires peu équipés des pays en développement.

L’usage de deux (2) tests rapides (T1 et T2) de principes et de techniques antigéniques différents, en vue de confirmer les résultats positifs, est considéré comme l’algorithme minimum dans les sites de counseling et dépistage du VIH possédant un laboratoire.

Cette approche doit faciliter l’implication d’un grand nombre de structures de santé dans le dépistage du VIH.

Résultats discordants : Lorsqu’il y a divergence entre le premier et le second test, la stratégie de l’OMS recommande de reprendre le test sur un autre prélèvement avec les mêmes réactifs et si le résultat demeure le même, un troisième test différent des deux premiers, doit être effectué sur le même échantillon dans un laboratoire de référence avant de conclure.

Période de séroconversion : Pour un client séronégatif, le conseiller doit expliquer de nouveau au cours du post test la signification de la période de séroconversion, s’assurer que le client a bien compris et qu’il est à même de prendre la décision d’effectuer éventuellement un deuxième test par rapport à ses prises de risques avant le premier test.

L’algorithme de dépistage en vigueur au Bénin est le suivant :





Algorithme de Dépistage de l'Infection par le VIH au Bénin

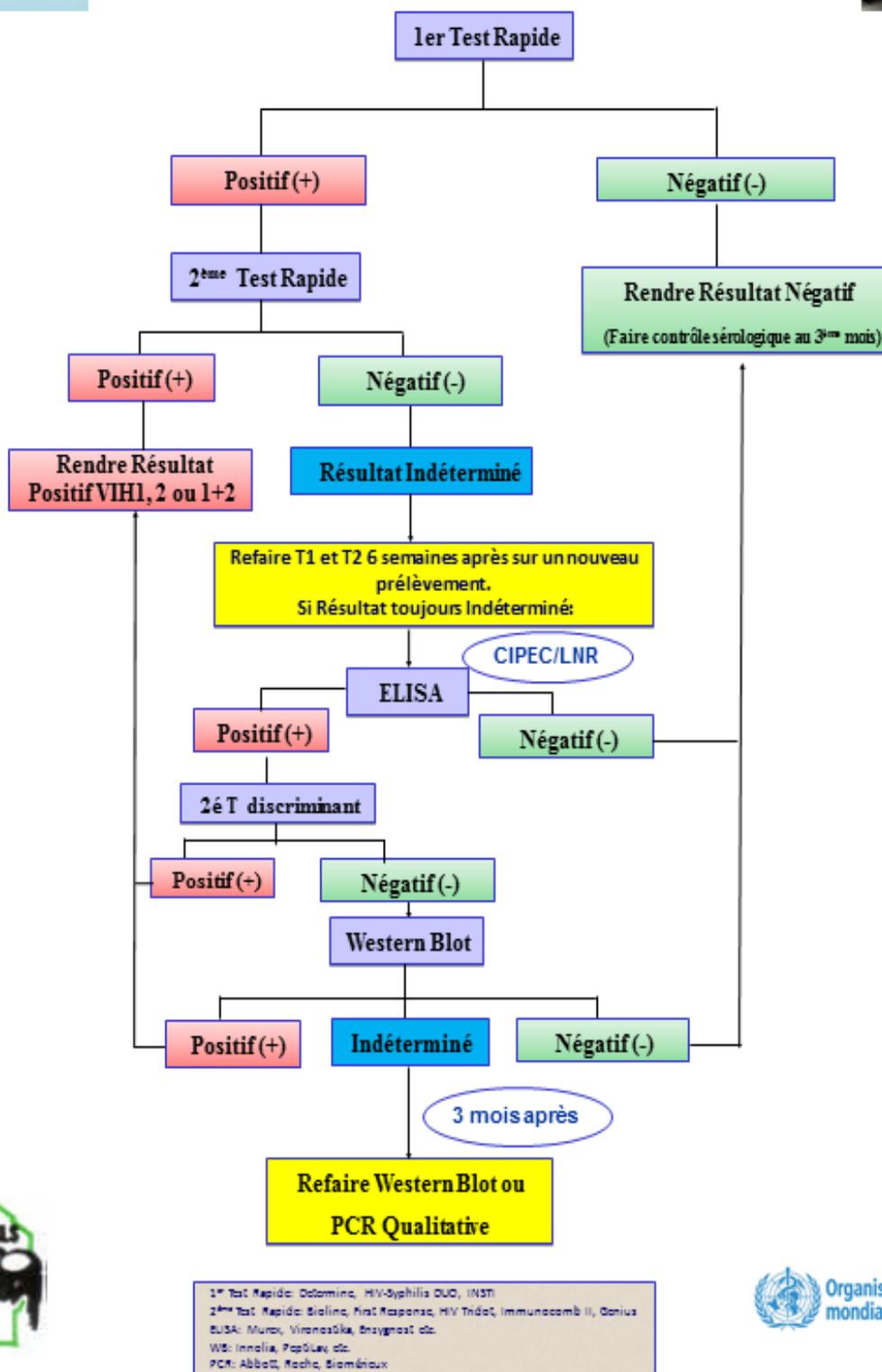


Figure 1 : Algorithme national de dépistage du VIH

Notes:

Le pays envisage un algorithme à trois tests après une révision et adoption dudit algorithme

Par ailleurs, il est prévu l'utilisation des tests combinés pour le dépistage VIH/hépatites et VIH/syphilis (ce dernier est déjà disponible au Bénin et sera bientôt en expérimentation).

Par ailleurs, le Bénin a adopté en décembre 2017 une stratégie nationale de démedicalisation du dépistage du VIH.

La figure ci-dessous représente l'algorithme national de dépistage du VIH dans le cadre du dépistage communautaire.

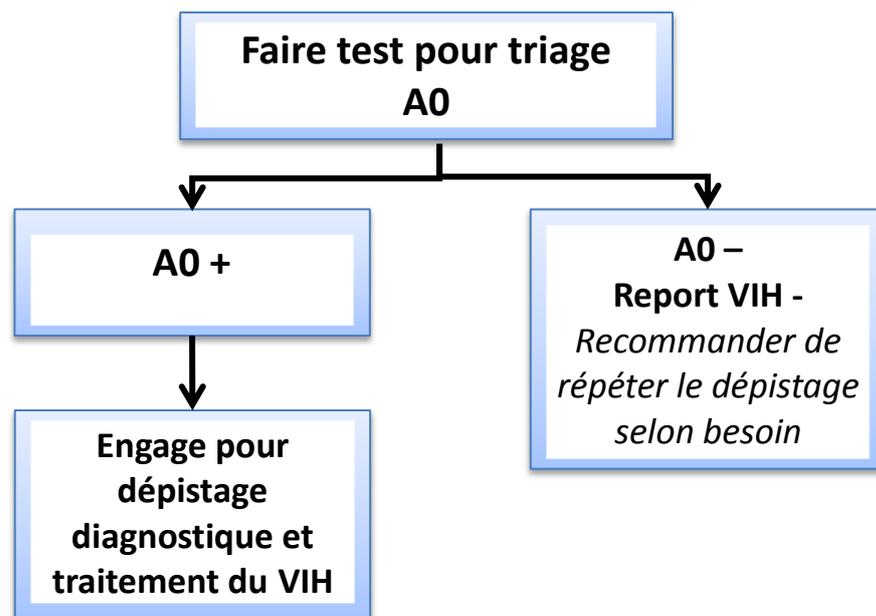


Figure 2 : Algorithme du dépistage démedicalisé

▪ *Cas des enfants, adolescents et adultes incapables*

- **Dépistage des enfants**

Quand des enfants sont conduits dans un centre de dépistage (CD) pour y réaliser le test, le conseiller doit rencontrer les parents ou les tuteurs pour chercher à savoir ce qui motive le dépistage.

Dans tous les cas le consentement du parent ou du tuteur légal est indispensable pour tout enfant.

Les circonstances de dépistage chez les enfants sont :

- ✓ contexte de la PTME conformément à l'algorithme en vigueur ;
- ✓ enfants suivis pour malnutrition ;
- ✓ enfants issus d'un parent suivi sur un site de PEC (dépistage familial) ;
- ✓ enfants hospitalisés ;
- ✓ enfants ayant été victimes d'agressions sexuelles.

- **Dépistage des adolescents**

Les adolescents sont un groupe particulier. Ils commencent leur vie sexuelle et doivent être guidés vers des pratiques saines. Ils devraient être encouragés à retarder la date de leur entrée dans la vie sexuelle, à pratiquer l'abstinence et s'ils ont des activités sexuelles, à utiliser de façon correcte le préservatif.

Toutes les personnes œuvrant à la prestation de CD aux adolescents devraient savoir que les adolescentes sont biologiquement et socialement plus vulnérables à la transmission du VIH. Les taux d'infection au VIH sensiblement plus élevés chez les jeunes femmes devraient attirer l'attention des conseillers sur les cas et besoins particuliers des jeunes filles.



L'évaluation de la maturité psychologique des adolescents doit permettre de les recevoir seul ou de faire intervenir la responsabilité des parents ou tuteurs. Les adolescents âgés de moins de 18 ans devraient s'adresser au conseiller en présence de leurs parents ou tuteurs. Si l'adolescent est à même de comprendre les raisons de faire le test et ses implications, il devrait être considéré comme «mineur mûre». Il est recommandé, dans ces cas, d'obtenir de lui un consentement écrit ou oral. Cela a pour effet de garantir que l'adolescent comprenne ce qui se passe. Si l'adolescent est accompagné d'un parent ou d'une personne qui s'en occupe, ce parent ou cette personne ne peut être présent(e) pendant la période d'annonce du résultat qu'avec le consentement de l'adolescent.

Les circonstances de dépistage chez les adolescents sont :

- ✓ dépistage volontaire de l'adolescent ou à l'initiative d'un prestataire
 - ✓ adolescents issus d'un parent suivi sur un site de PEC (dépistage familial) ;
 - ✓ adolescents hospitalisés ;
 - ✓ adolescent demandeur d'un service de la santé de la reproduction (SR) ;
 - ✓ adolescents ayant été victimes d'agressions sexuelles.
- **Dépistage des adultes incapables** (Loi N°2005-31 du 10/04/2006)

Est considéré comme adulte incapable, un sujet présentant une défaillance mentale ou physique (Article 1) ;

Le consentement du représentant légal peut être requis pour le dépistage des adultes incapables (Article 3).



3.1.2. Dépistage communautaire du VIH

Il est réalisé dans le cadre de la démedicalisation du dépistage :

- Un seul test de diagnostic rapide à base communautaire ;
- Ce n'est pas un test définitif pour ceux qui ont été testés "positifs" pour le VIH ;
- Triage (l'orientation appropriée vers les services/soins relatifs au VIH en priorité après le dépistage du VIH) ;
- Confirmer le diagnostic du VIH dans les établissements de santé.

Quelques recommandations de re-testage

- Tester à nouveau ceux qui ont été testés négatifs et qui sont à risque continue d'infection au VIH :
 - les personnes qui sont membres de populations clés ;
 - les personnes ayant un partenaire qui connaît son statut de séropositivité ;
 - les personnes qui savent qu'elles ont récemment été exposées au VIH ;
 - les personnes qui ont été vues pour un diagnostic ou un traitement des IST ;
 - les patients atteints de tuberculose ayant une exposition récente au VIH ou qui sont à risque élevé de VIH ;
 - Femmes enceintes séronégatives au premier trimestre en vue de la prévention verticale ;
 - Femmes enceintes membres de populations clés ou si elles ont un partenaire qui connaît son statut de séropositivité.
- Tester à nouveau, entre 21 jours et 6 semaines, les personnes qui ont eu des résultats peu concluants ; et

- Tester à nouveau pour vérifier un diagnostic positif du VIH avant de commencer les soins et/ou le TAR.

NB : Il n'est pas recommandé de tester à nouveau les personnes qui sont déjà sous traitement, sauf en cas de nécessité.

3.1.3. Stratégies de dépistage

Le tableau ci-dessous présente quelques stratégies de dépistage et les cibles correspondantes.

Tableau 2 : Stratégies de dépistage du VIH et populations cibles

Stratégies	Cibles
Dépistage à l'initiative du prestataire	Patient TBC, patient porteur d'une hépatite virale, patients avec IST, patients avec autres manifestations cliniques, populations clés
Dépistage des partenaires et couples	Partenaires des PVVIH suivies dans les sites de prise en charge et de PTME
Dépistage communautaire	Focus sur les populations clés et les jeunes
Dépistage familial	Tous les membres de la fratrie d'une PVVIH
Auto test	Population clé et en CPN (Guide national en élaboration)

3.2. PROCEDURES DU DEPISTAGE DU VIH

3.2.1. Le conseil en général

- Bien accueillir le client (assurer la mise en confiance et garantir la confidentialité)
- Permettre au client de s'ouvrir et de s'exprimer

- Avoir une bonne technique d'écoute
- Informer le client sur le VIH/SIDA (avoir une bonne connaissance sur le VIH/SIDA)
- Avoir une bonne technique d'expression
- Aider à adopter les bonnes attitudes de vie pour minimiser les comportements à risque.

3.2.2. Le conseil pré-test

Certaines étapes du conseil pré-test peuvent être réalisées en groupe. Dans le cadre du conseil pré-test individuel il faut :

- accueillir le client ;
- explorer les raisons, les motivations de sa démarche ;
- évaluer les connaissances du client sur le VIH, le SIDA, ses voies de transmission et les moyens de protection ;
- évaluer ses comportements à risque et discuter sur les possibilités envisagées par le client pour les réduire : discuter en détails et sans préjugés de l'homosexualité, de la bisexualité, des rapports sexuels à risque et sans risque, des pratiques de la toxicomanie, des idées fausses sur les risques de transmission et d'autres comportements à risque ;
- expliquer ce qu'est le test de dépistage et ses implications s'il se révèle positif ou négatif ou encore indéterminé (risques et avantages) ;
- expliquer et vérifier la compréhension de la notion de « fenêtre sérologique » (intervalle qui suit l'infection et précède l'apparition d'anticorps du VIH) ;
- rassurer sur la confidentialité de l'entretien et du résultat du test ;



- préparer le client à un éventuel résultat positif (ses réactions, ses sentiments, à qui le dire...etc.) ;
- évaluer avec le client ses possibilités de soutien social et communautaire en cas de résultat positif ;
- inviter le client à prendre la décision de faire le test ou non, sans essayer de le persuader à tout prix ;
- s'enquérir de la possibilité d'une grossesse s'il s'agit d'une cliente ;
- si la cliente est enceinte, inclure les informations concernant le programme de PTME (se référer au document politique, normes et procédures sur la PTME) ;
- organiser le prélèvement pour le dépistage ;
- donner un rendez-vous au client pour le rendu du résultat.

3.2.3. Le conseil post-test

Il faut :

- informer la personne du résultat de son test VIH ;
- évaluer dans quelle mesure le patient comprend le résultat du test ;
- aider la personne séropositive à faire face aux émotions et sentiments que ce résultat induit et à s'adapter à cette situation ;
- aider la personne séronégative à introduire les changements de comportements et de pratiques sexuelles qui pourront réduire les risques de futures contaminations.



Principales étapes en cas de résultat négatif

- Expliquer ce que veut dire un résultat négatif, en tenant compte de la date du dernier comportement à risque (notion de fenêtre sérologique) ;
- Ré expliquer la notion de fenêtre sérologique ;
- Rediscuter avec la personne des changements de comportement possibles afin de réduire les risques de contaminations futures ;
- Proposer un rendez-vous ultérieur pour un nouveau test, si nécessaire.

Principales étapes en cas de résultat positif

- Notifier le résultat d'une manière claire et compréhensible ;
- Laisser du temps à la personne pour intégrer l'information et être attentif à ses réactions ;
- Etre empathique avec la personne et l'encourager à dévoiler ses sentiments et émotions liés au résultat ;
- Apporter un soutien si la personne montre une détresse émotionnelle aiguë ;
- Réassurer de la confidentialité du résultat ;
- Discuter du sens et des implications du résultat ;
- Expliquer la différence entre la séropositivité au VIH et le SIDA ;
- Insister sur le fait que la personne infectée par le VIH peut demeurer en bonne santé et être productive pendant longtemps ;
- Si le client est en bonne santé, expliquer ce qu'il peut faire pour se maintenir le plus longtemps possible en bonne santé ;
- Si le client présente déjà des symptômes en faveur de l'infection par le VIH ou des infections opportunistes, lui expliquer qu'un grand nombre de maladies associées au VIH peuvent être traitées ;

- Expliquer les possibilités de suivre un traitement antirétroviral. Ce traitement antirétroviral pris de manière régulière et sous supervision médicale permettra de vivre normalement de nombreuses années ;
- Insister sur la possibilité de vivre une vie normale sans risque d'infecter d'autres personnes si ce n'est au travers de relations sexuelles non protégées ;
- Discuter du désir d'enfants (possibilité de la PreP en cas de couple sérodifférent) ;
- Discuter avec le client de ses préoccupations et peurs immédiates et comment y faire face ;
- Aborder certains problèmes pratiques comme : à qui en parler, comment en parler à son ou ses partenaires, à sa famille, comment protéger son partenaire de la contamination (montrer l'usage du préservatif), où trouver un soutien émotionnel ;
- Si la patiente est enceinte, rediscuter du programme PTME et la référer à ce service pour sa prise en charge ;
- Selon la situation, référer le patient vers un service de prise en charge globale des PVVIH pour les soins (consultation d'aide à l'observance et le TARV) ;
- Fixer un rendez-vous pour un prochain conseil ou le référer vers d'autres intervenants ou soignants selon sa demande.



Remarque : un client recevant un résultat positif au test de dépistage est habituellement incapable de recevoir beaucoup d'informations étant donné l'état de choc dans lequel il se trouve.

Dans ce cas, il vaut mieux se concentrer sur le soutien émotionnel et moral immédiat et laisser les informations générales et pratiques pour une séance ultérieure.

Deux (02) ou trois (03) séances de conseil peuvent être nécessaires pour l'aider à s'adapter à cette nouvelle situation.

Principales étapes en cas de résultat indéterminé

Un résultat indéterminé signifie que la présence ou l'absence des anticorps du VIH dans le sang du client n'a pas été confirmée.

Ce client doit être pris en charge sur le plan psychologique au même titre qu'un patient séropositif et soumis à un autre test après 6 semaines.

3.2.4. Cas particuliers

3.2.4.1. La PTME

Conseiller toute femme enceinte à faire le dépistage du VIH. Il faut l'encourager à partager le résultat avec son partenaire/conjoint et à inviter ce dernier à faire son test de dépistage. Il est recommandé de faire un dépistage simultané du VIH et de la syphilis.

3.2.4.2. Le Couple sérodifférent

Le conseiller doit veiller à donner une information éclairée (mise sous TARV du partenaire infecté et proposition de PreP en cas de désir de maternité au partenaire non infecté) au couple afin de préserver le statut séronégatif du partenaire non infecté sans chercher à provoquer la dislocation du couple.

3.2.4.3. Cas de l'adolescent né de mère séropositive ignorant son statut sérologique

Le conseil doit :

- sensibiliser les parents à l'annonce précoce du statut à l'adolescent ;
- aider l'adolescent à intégrer cette information ;
- l'aider à partager cette information avec les autres, en particulier avec son partenaire.

3.2.4.4. Cas de l'adolescent séropositif dont les parents sont séro-ignorants

- Proposer systématiquement le dépistage aux parents ;
- Proposer le dépistage au reste de la fratrie.



CHAPITRE 4 : PRÉVENTION DE L'INFECTION VIH

4.1. PRÉVENTION PRIMAIRE

Elle consiste à éviter les nouvelles infections dans la population et à la responsabiliser pour qu'elle adopte des comportements de prévention limitant la transmission du VIH.

Les comportements suivants réduisent le risque de transmission du VIH :

4.1.1. Pratiques sexuelles à moindre risque

- **L'abstinence (aucune relation sexuelle)** : Pour les jeunes qui peuvent ne pas être préparés ou capables de convaincre leur partenaire d'adopter des pratiques sexuelles à moindre risque, il est important de retarder les relations sexuelles.
- **Des relations sexuelles dans le cadre d'une relation monogame (un seul partenaire) ou polygame, dans laquelle les partenaires sont fidèles protègent ces derniers de l'infection par le VIH.**
- **L'utilisation correcte et régulière du préservatif** (préservatifs masculin et féminin)
- **L'absence de partenaires multiples et/ou de partenaires occasionnels**
- **La connaissance de la séropositivité du partenaire et l'application des précautions nécessaires**
- **Relations sexuelles sans pénétration et sans échange de sécrétions** (masturbation réciproque, baisers, caresses).

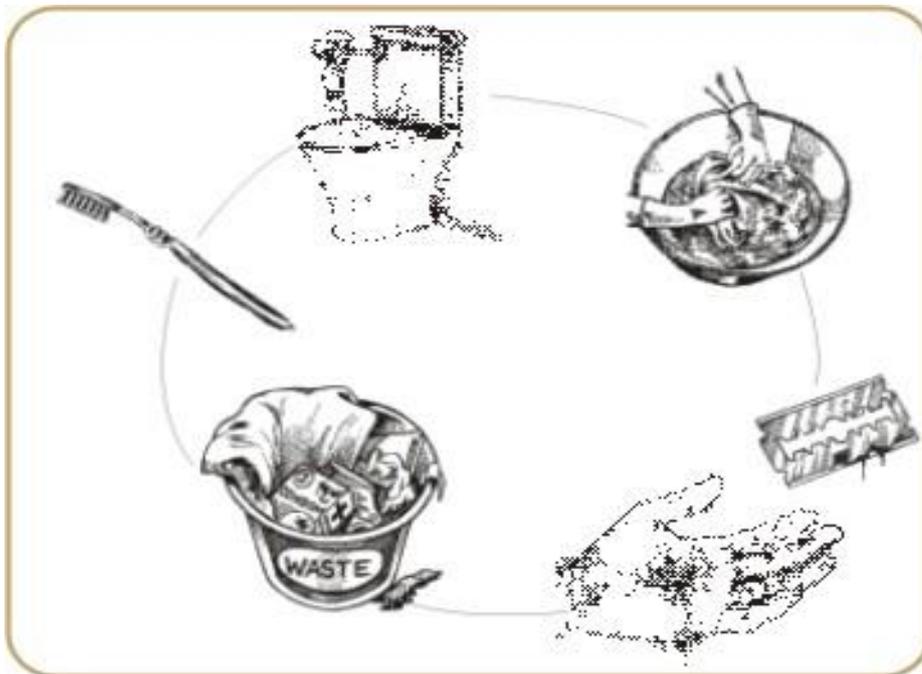
4.1.2. Prévention de la Transmission Mère Enfant (PTME) du VIH

La prévention de la TME fait appel à des méthodes qui contribuent à éviter que la mère ne transmette le VIH à son bébé pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement. ([voir section PTME →](#))

4.1.3. Prévention de la transmission par voie sanguine

Il s'agit de prendre des mesures pour éviter tout contact avec le sang et les autres liquides biologiques. Il faut prendre toutes les mesures possibles pour éviter la transmission de la maladie et se protéger soi-même.

- Ne partagez pas les aiguilles, brosses à dents, lames de rasoir ou autres objets coupants.
- Lavez séparément les vêtements ou le linge taché de sang ou de liquides biologiques après les avoir décontaminés. Portez toujours des gants pour tout contact avec le sang et les autres liquides biologiques



4.1.4. Communication pour un changement de comportement (CCC)

La CCC est une stratégie de communication qui permet d'échanger avec une personne en vue de l'amener à changer un comportement à risque et à maintenir un comportement à moindre risque face aux IST/VIH/Sida/hépatites.

La CCC est un processus qui permet de fournir aux populations le savoir ; le savoir-faire ; le savoir-être.

Le savoir, le savoir-faire et le savoir être sont tous les trois nécessaires au changement de comportements à risques, au renforcement et au maintien des comportements à moindre risque pour prévenir les IST/VIH/Sida/hépatites.

4.2. PRÉVENTION POSITIVE

La qualité de vie des PVVIH avec l'objectif d'une vie normale conduit à prêter une attention spécifique à la prévention en intégrant l'ensemble de leurs besoins y compris la vie sexuelle et affective.

La prévention positive a pour objectif premier de renforcer les capacités des personnes vivant avec le VIH à agir pour préserver leur santé.

Elle est centrée sur les besoins des personnes vivant avec le VIH, qui englobe la prévention de la transmission sexuelle du VIH, le dépistage, le traitement des IST, la réussite du traitement anti-VIH, la santé sexuelle (la contraception, les projets parentaux, la grossesse, les troubles sexuels...) et la qualité de vie dans son ensemble. C'est une approche globale s'adressant aux personnes séropositives qui doit s'intégrer dans les droits sociaux et la lutte contre la stigmatisation afin de casser la dynamique de l'épidémie et parvenir à changer le regard encore bien sombre que porte la société sur le sida et les personnes séropositives.

Le volet de la prévention dite positive engage donc les pouvoirs publics, les associations de PVIH, les acteurs de soins impliqués dans la prise en charge du VIH.

Plusieurs outils de prévention combinée ont été développés et mis en œuvre pour répondre à la diversité des besoins des personnes :

- La promotion de l'usage des préservatifs,
- Le dépistage du VIH,
- Le traitement post-exposition,



- Le traitement ARV (Test and treat) comme prévention (TasP),
- La PrEP orale,
- La Prévention de la Transmission Mère-Enfant.

Les acteurs de soins doivent être à l'écoute de difficultés rencontrées par les patients dans leur sexualité avec leur partenaire quant aux conditions concrètes de protection et de prévention.

Au-delà des voies de transmission, il est nécessaire d'aborder avec la PVVIH :

- sa perception du risque ;
- sa pratique et son attitude à l'égard du préservatif ;
- ses capacités de négociation lors du rapport sexuel ;
- sa situation quant aux autres facteurs de prise de risque tels que la consommation d'alcool ;
- le partage du statut sérologique VIH ;
- la bonne compréhension des notions sur le TARV ;
- l'observance aux ARV.

Les moments privilégiés pour discuter des questions de prévention positive avec le patient sont :

- les consultations de suivi ;
- les séances d'ETP ;
- les consultations d'aide à l'observance ;
- les consultations psychologique et juridique.



4.3. PROPHYLAXIE PAR LES ARV

La prophylaxie antirétrovirale est appliquée au Bénin dans les cas suivants:

- PTME chez les enfants nés de mère séropositive au VIH (enfants exposés),
- Prévention des Accidents d'Exposition au VIH (AE-VIH),
- Prophylaxie pré exposition du VIH (PrEP),
- Couples sérodifférents

4.3.1. Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME)

La mise sous ARV de la femme enceinte infectée par le VIH est thérapeutique pour la mère mais a un rôle prophylactique pour l'enfant.

Chez l'enfant exposé, la prophylaxie ARV est administrée en fonction de

- la durée du traitement ARV chez la mère,
- sa charge virale au dernier trimestre de la grossesse et
- du type de VIH de la mère
- du niveau de la pyramide sanitaire avec la présence ou non de pédiatres ou de médecins formés.

Pour ce faire, il est demandé une mesure de la charge virale au 6^{ème} mois de la grossesse chez une gestante ayant reçu les ARV pendant mois minimum pour une décision adéquate.

Tableau 3 : Evaluation du risque de TME du VIH

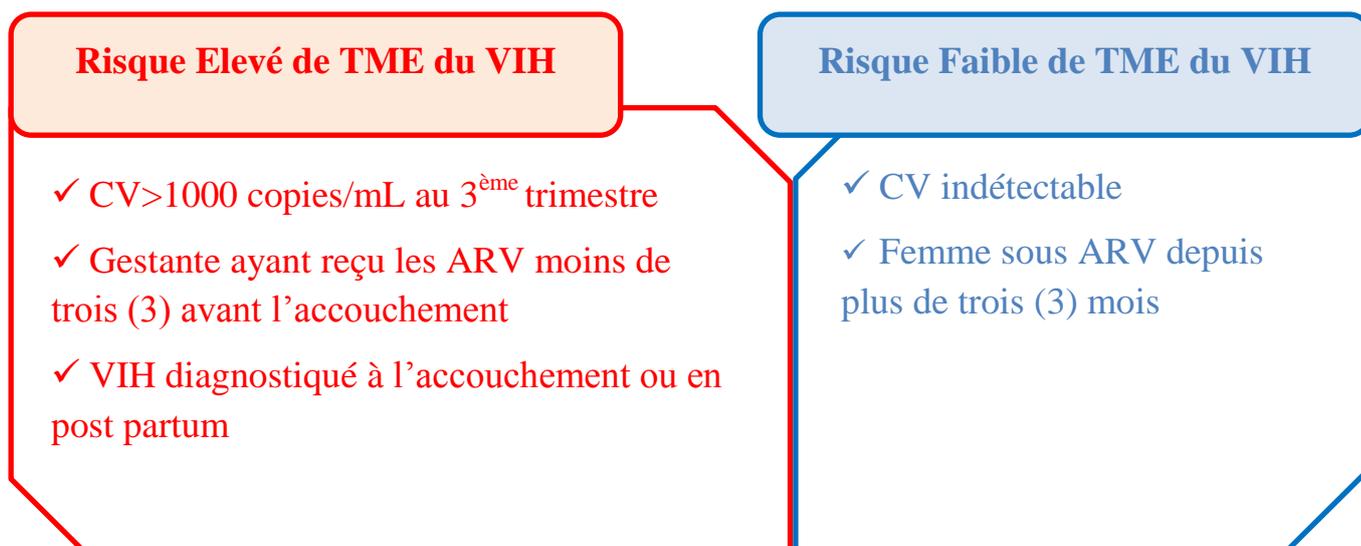


Tableau 4 : Prise en charge de l'enfant né de mère séropositive au VIH en fonction du niveau de risque

Niveau de risque	Conduite à tenir	Conditions d'application
Risque Elevé	AZT + NVP** pendant 12 semaines après la naissance	- Disponibilité d'un pédiatre ou d'un médecin formé - HZ, CHD ou CHU
Risque Faible	NVP ou AZT pendant 6 semaines*	Tous les niveaux

*= NVP : 4 mg/Kg/jour si VIH 1 et AZT : 4mg/kg 2 fois/jr si VIH2 ou VIH1+2.

**= Arrêter la bi-prophylaxie si la PCR-1 est positive et passer à une trithérapie ARV.

4.3.2. Prophylaxie des Accidents d'Exposition au VIH

4.3.2.1. Normes

▪ *Définition*

L'accident est un évènement imprévu aboutissant à un contact entre une victime et un liquide biologique contagieux (piqûre accidentelle, projection de liquide organique dans les yeux ou sur la peau lésée, violence sexuelle, piqûre par le personnel d'hygiène, rupture de préservatif ...).

En cas d'accident d'exposition au VIH, la prophylaxie est dite post-exposition (ou PEP)

▪ *Objectif*

Réduire le risque de transmission du VIH

▪ *Prestataires*

Tous les agents de santé formés.

▪ *Groupes cibles*

- Tous les agents de santé exposés ou victimes des Accidents d'Exposition au Sang (AES) et aux liquides biologiques ;
- Les victimes d'accidents d'exposition au sexe ;
- Toute personne ayant été exposée à un liquide biologique y compris les accompagnants des malades.

▪ *Lieux et temps*

- La prévention de l'accident doit s'anticiper dans tous les lieux de soins (dans les centres de santé, voies publiques, à domicile,

milieux professionnels, scolaires etc), avant, pendant et après chaque soin ;

- La prise en charge de l'accident se fait sur les sites de traitement antirétroviral au mieux dans les quatre heures et au plus tard dans les 48 heures qui suivent l'accident.

- **Matériels**

Gants, savons, eau, liquides antiseptiques, blouses, bavettes, lunettes, ARV, préservatifs ...

4.3.2.2. Procédures

- **Prévention des AE-VIH professionnels**

La prévention de l'accident se fait en respectant les précautions universelles de soins.

Ces précautions doivent également s'appliquer aux gardes malades et toute autre personne susceptible de prodiguer un soin.

Les différentes étapes de la prise en charge des AE-VIH

1. Laver soigneusement le point d'impact de l'accident à l'eau et si possible au savon ;
2. désinfecter avec une solution antiseptique qui inactive le VIH et garder la solution au contact du point d'impact pendant 5 minutes au moins (pansement humide ou tremper) ;
3. faire si possible un test de dépistage du VIH au sujet source dans les 48 heures et le reprendre après un mois en cas de négativité du premier test ;
4. faire le premier test de dépistage de VIH à la victime le plutôt possible et dans un délai maximum de 48 heures et le reprendre après un mois et trois mois en cas de négativité du premier test;



5. se rendre immédiatement auprès d'un agent référent sur un site de traitement antirétroviral qui établira un dossier médical pour la victime;
6. établir un rapport décrivant exactement les circonstances de survenue de l'accident (geste en cause, aiguille pleine ou creuse, piqûre, blessure, saignement ou non ...etc..) et le déposer à l'agent référent ;
7. faire établir par un médecin un certificat médical initial, qui décrit les lésions de l'accident le cas échéant et selon les circonstances;
8. finir sans omettre la déclaration obligatoire au supérieur.

Conduite pratique

-1- Nettoyage immédiat de la plaie

✓ Pour les projections de liquide biologique :

Sur une peau lésée, il faut vite laver la partie avec une solution de décontamination et tenir la même conduite que dans le cas de piqûre.

Dans les yeux, il faut faire un lavage continu pendant au moins 5 minutes avec l'eau du robinet si possible ou mieux avec du sérum physiologique si disponible puis appliquer un collyre antiseptique à base de Chlorhexidine.

✓ Pour les piqûres

Nettoyer immédiatement à l'eau courante et au savon, rincer puis appliquer un antiseptique : soluté de Dakin ou eau de Javel à 12° chlorométrique diluée à 1/10 ou à défaut alcool à 70° ou polyvidone iodée dermique. Le temps de contact est d'au moins 5 minutes.

-2- Evaluation du risque infectieux

Elle se fait :

✓ selon la profondeur de la blessure et le type d'aiguille :

La sévérité de l'accident est liée à la profondeur de la blessure et au type de l'aiguille. Le risque avec une aiguille creuse à prélèvement est supérieur à celui d'une aiguille creuse à injection puis à une aiguille pleine.

✓ *selon le liquide biologique :*

Le risque lié au sang est supérieur à celui des autres liquides biologiques

✓ *selon le patient source :*

- **Sujet VIH+** : plus son déficit immunitaire est important (évalué sur la clinique et si possible les derniers CD4 connus et/ou la charge virale), plus le risque est élevé.
- **Sujet VIH – et/ou résultat indéterminé** : prendre en compte la période de séroconversion.

-3- Indication de la prophylaxie antirétrovirale

Elle dépend de l'exposition et du patient source. Il existe trois types d'exposition :

✓ **Exposition massive** : piqûre profonde avec aiguille creuse souillée ;

✓ **Exposition modérée** : coupure avec bistouri à travers gants, piqûre superficielle avec aiguille creuse souillée ;

✓ **Exposition minime** : érosion superficielle avec aiguille pleine (suture) ou creuse de petit calibre (IM ou SC) souillée, contact cutanéomuqueux.

Les critères de décision concernant l'indication de la prescription d'une prophylaxie post-exposition vis-à-vis du VIH sont détaillés sur le tableau ci-dessous :

Tableau 5: Indications de la prescription d'une prophylaxie post-exposition vis-à-vis du VIH

Nature d'exposition	Patient source	
	Reconnu VIH+	Sérologie inconnue
Massive	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie recommandée uniquement si patient reconnu à risque*
Modérée	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie non recommandée
Minime	Prophylaxie non recommandée	Prophylaxie non recommandée

* Sont considérés comme patients à risque :

- les patients au statut VIH inconnu avec infection opportuniste majeure ;
- les patients ayant de multiples partenaires sexuels, homosexuels ou bisexuels ;
- les patients polytransfusés ;
- les enfants nés de mères séropositives au VIH ;
- les consommateurs de drogues.

▪ Prise en charge des accidents d'exposition sexuelle au VIH

Pour la prise en charge des accidents d'exposition sexuelle à risque, les gestes à faire sont :

- examen général immédiatement suivi de
- désinfection locale ;

- antibiothérapie pour la prévention des IST (Céfixime 400 mg en prise unique ou Azythromycine 1 g en prise unique) ;
- test de grossesse ;
- proposition d'une contraception d'urgence;
- chimio prophylaxie aux ARV (à évaluer)
- soutien psychologique
- soutien juridique.

▪ **Prise en charge par les ARV des accidents d'exposition au VIH**

La chimio prophylaxie par les ARV des AE-VIH (professionnel ou sexuel) associe de façon préférentielle : 2INRT + (1Anti Intégrase ou un IP). Le choix du type de schéma est résumé comme suit.

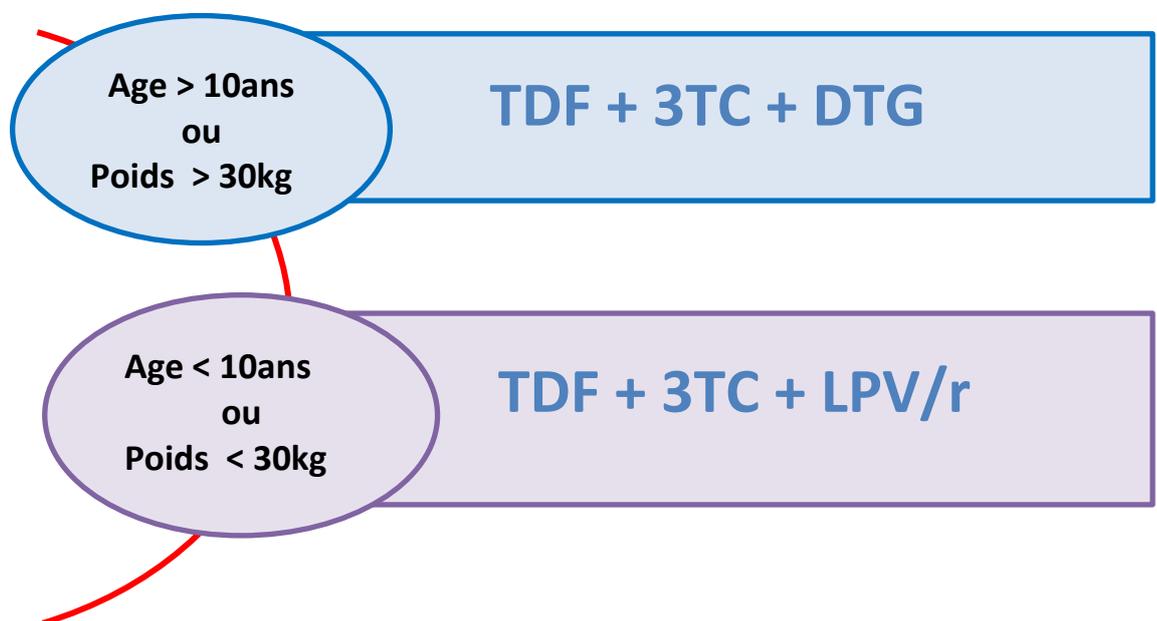


Figure 3 : Schémas thérapeutiques en cas d'AE-VIH

NB : Respecter les contres indications du DTG

Recommandations

- Ce traitement sera prescrit au maximum dans les 48 heures qui suivent l'exposition et pendant 28 jours.
- Les médicaments à proscrire dans le cadre d'un traitement post exposition sont :
 - Abacavir (hypersensibilité) ;
 - Efavirenz (troubles psychiatriques aigus) ;
 - Névirapine (hépatite et toxidermie).
- Avant d'instituer la prophylaxie aux ARV, il est recommandé de procéder au dépistage VIH de la victime.
 - Si la personne est infectée, il faut initier directement le traitement ARV.
 - Si la personne n'est pas infectée, le dépistage doit être repris trois mois après pour confirmer le statut négatif de la victime (Cf suivi).
 - Au meilleur des cas le dépistage de la personne source de l'exposition doit être également effectué.

▪ Suivi biologique de la victime d'un accident d'exposition au VIH

Le suivi sérologique a plusieurs finalités :

- s'assurer que la victime n'est pas antérieurement infectée par le VIH (sérologie à réaliser dès la première consultation le plutôt possible et au maximum dans les 48 heures) ;
- réaliser la prise en charge d'un accident d'exposition jusqu'à son terme (contrôle sérologique à J45 et M3).
- suivre la tolérance de la chimioprophylaxie post-exposition.

Le suivi biologique se fait selon la périodicité ci-dessous :

Tableau 6 : Suivi biologique en cas de prescription de la PEP

Examens	J0	J15	J45	M3
AE-VIH non traité				
Sérologie VIH	+	-	+	+
Ag HBs, Sérologie VHC	+	-	+	+
AE-VIH traité				
Sérologie VIH	+	-	+	+
Ag HBs, Sérologie VHC	+	-	+	+
Test de grossesse	+	+	-	-
NFS, transaminases	+	+	-	-
Créatinine	+	+	-	-



4.3.3. Prophylaxie pré exposition au VIH (PrEP)

4.3.3.1. Normes

▪ Objectif de la stratégie

La prophylaxie ARV pré exposition au VIH (PrEP) vise la prévention de la contamination par le VIH chez des personnes non infectées mais qui sont en permanence exposées à un risque élevé d'infection par le VIH.

▪ Cibles

Au Bénin, les groupes de populations suivants sont définis comme bénéficiaires/éligibles :

- Travailleuses du Sexe (TS),
- Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes (HSH ou MSM),
- Conjoints négatifs dans les couples sérodifférents.

▪ Lieux de mise en œuvre

L'offre de la PrEP aux populations éligibles sera assurée par des sites autorisés et pour laquelle les prestataires bénéficieront d'une formation spécifique et d'un accompagnement adéquat.

4.3.3.2. Procédures

▪ Prescription des ARV

La PrEP associe deux (2) ARV à savoir le TDF+FTC.

Les schémas et les modalités d'administration sont présentés dans le tableau suivant :



Tableau 7 : Schémas et modalités d'administration de la PrEP au Bénin, 2019.

Cibles	Protocoles	Modalités de prise
Populations clés femmes (TS)	TDF+FTC	PrEP continue
Populations clés hommes (HSH)	TDF+FTC	PrEP continue (A la demande)
Couples sérodifférents (Lorsque le partenaire n'est pas en suppression virale)	TDF+FTC	PrEP continue jusqu'à ce que le partenaire séropositif ait une CV indétectable à deux reprises (3-6 mois d'intervalle)

Note

- ✓ La PrEP continue consiste à prendre un comprimé par jour pendant toute la durée de l'exposition.
- ✓ Il est obligatoire de prendre les dispositions utiles pour la notification de tout effet secondaire lié aux ARV dans le cadre de la PrEP.

▪ Bilan initial et suivi

En vue de bénéficier de la PrEP, les populations éligibles subiront le dépistage VIH en deux (2) étapes en vue d'éliminer toute infection à VIH et offrir ce service aux personnes ayant effectivement une sérologie VIH négative. Le dépistage commencera par un dépistage à travers l'algorithme standard

Comme tout traitement ARV, la PrEP exige un bilan biologique comprenant un bilan initial et un bilan de suivi fait essentiellement de Créatinine.

Ce bilan est résumé dans le tableau suivant.

Tableau 8 : Bilan de suivi lors d'une PrEP

Type et bilans à demander	Bilan initial	Bilans de suivi	
		M3	M6 et tous les 6 mois
Sérologie VIH	X	X	X*
Créatinine	X	X**	X

*= La sérologie VIH sera contrôlée tous les 3 mois.

**= La créatininémie à M3 sera réalisée chez les sujets avec une créatininémie perturbée au départ où une clearance de la créatininémie à J60.

4.3.4. Prise en charge des couples sérodifférents

4.3.4.1. Définition

On parle de couple sérodifférent lorsque dans un couple l'un des partenaires seulement est séropositif au VIH.

4.3.4.2. Problématique

La découverte du statut séropositif au VIH de l'un des conjoints est un évènement majeur susceptible de modifier la vie conjugale, sexuelle, affective et procréative du couple stable.

La problématique reste : comment aider le couple sérodifférent stable à mener une vie sexuelle sans contaminer le (la) conjoint(e) qui a un statut séronégatif ?

4.3.4.3. Prise en charge psychologique et sociale

Elle nécessite l'observation de bonnes pratiques au sein du couple sérodifférent et la réalisation d'un counseling individuel afin de dédramatiser la situation et d'expliquer au couple les avantages du soutien mutuel.

Le soutien psychosocial du couple doit être plus fréquent au début puis plus espacé progressivement avec le temps.

▪ **Bonnes pratiques du couple**

Le couple sérodifférent doit avoir de bonnes pratiques. Au nombre de celles-ci, nous pouvons retenir :

- l'importance du couple (maintenir, préserver l'union) ;
- la maîtrise du mode de transmission du virus et sa prévention ;
- la considération de toute rupture de préservatif comme AE-VIH.

▪ **Counseling individuel**

Le counseling fait à l'endroit du couple sérodifférent abordera les thèmes suivants :

- l'importance du port du préservatif ;
- la maîtrise du mode de transmission du virus et sa prévention ;
- la gestion de désir de maternité ;
- la conduite à tenir lorsque la femme est infectée et l'homme est séronégatif ;
- la conduite à tenir lorsque l'homme est infecté et la femme est séronégative ;
- La planification familiale.

▪ **Gestion du désir de procréation**

Deux options sont possibles :

1. Femme infectée et homme séronégatif

Si les conditions de fécondité sont remplies, il faut vérifier que la charge virale est indétectable et proposer :

- une introduction du contenu du préservatif après éjaculation ;
- une insémination intra-utérine ;
- rapports sexuels non protégés à la période de fécondation sous PreP.

2. Homme infecté et femme séronégative

Si les conditions de fécondité sont remplies, il faut vérifier que la charge virale est indétectable et proposer :



- les rapports sexuels ciblés (autour de la fécondation) non protégés et sous PrEP;
 - le lavage de sperme suivi d'insémination intra vaginale ou ;
 - la procréation médicalement assistée.
- Néanmoins, quelle que soit l'option, **il demeure un risque de transmission du virus au partenaire non infecté ;**
- l'adoption d'un enfant est une option à proposer.

4.4. PREVENTION COMBINEE

La prévention combinée est un concept qui associe de façon variée les éléments de prévention primaire, de prévention positive et la prévention par les ARV.

La prévention combinée vise à renforcer et élever le niveau de prévention du VIH auprès des individus, des groupes et de toute la communauté.



CHAPITRE 5 : TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL

La prise en charge par les ARV des PVVIH doit s'intégrer dans une prise en charge globale comportant les composantes médicale, nutritionnelle, psychologique, juridique, sociale et communautaire.

Elle consiste à donner accès au traitement antirétroviral à l'ensemble des patients adultes et enfants infectés par le VIH1, VIH2 ou VIH 1+2.

Cette mise sous traitement ne peut s'appliquer qu'aux patients chez qui le VIH a été dépisté ([→ Dépistage du VIH](#)).

5.1. NORMES

5.1.1. Définition

La prise en charge des PVVIH par les ARV consiste à fournir le traitement antirétroviral adapté à chaque patient dépisté positif au VIH.

5.1.2. Objectifs spécifiques

- Etendre l'accès aux ARV à toutes les PVVIH ;
- Améliorer la qualité de vie des patients.

5.1.3. Chez l'adolescent, l'adulte et cas particulier de la femme enceinte/allaitante

5.1.3.1. Initiation du traitement ARV

- Tous les adolescents (10-19ans) et adultes infectés par le VIH doivent être mis sous traitement antirétroviral quel que soit le stade clinique et le nombre de CD4 ;
- Toutes les femmes enceintes ou allaitantes dépistées séropositives pour le VIH doivent démarrer le traitement antirétroviral quel que soit le stade

clinique, le nombre de CD4 et le terme de la grossesse. Ce traitement doit être poursuivi toute la vie.

▪ **Quelques recommandations**

Pour initier le traitement ARV, les conditions suivantes doivent être remplies :

- le patient adulte est prêt et exprime son consentement et l'adolescent son assentiment ;
- les maladies opportunistes évolutives présentes sont traitées ;
- les anomalies biologiques sont prises en compte dans le choix des ARV (hémoglobine $< 7,5 \text{ g/dl}$; plaquettes $< 50.000/\text{mm}^3$; polynucléaires neutrophiles $< 0,750 \text{ G/l}$; créatinine $> 15 \text{ mg/l}$; transaminases > 3 fois la normale ; diabète déséquilibré, Hépatite B et Hépatite C).

5.1.3.2. Les schémas thérapeutiques de première ligne

Les schémas thérapeutiques adoptés répondent aux normes internationales actuelles. Ils sont susceptibles d'être modifiés à tout moment selon l'évolution des connaissances et des réalités locales.

Les schémas validés sont consignés dans le tableau suivant.



Tableau 9 : Schémas thérapeutiques de première ligne chez l'adolescent, l'adulte et la femme enceinte

Cibles	Nouvelles inclusions	
	VIH1	VIH2 ou VIH 1&2
<ul style="list-style-type: none"> - Hommes (adultes et adolescents) - Femmes sans potentiel de grossesse - Femmes avec potentiel de grossesse et absence de désir de grossesse immédiat (sous Contraception sûre et efficace) 	TDF +3TC+DTG	
	Alternatives	
	ABC+3TC+DTG	
<ul style="list-style-type: none"> - Femmes avec potentiel de grossesse et désir de grossesse immédiat - Femme enceinte 	TDF+ 3TC+EFV₆₀₀	TDF + 3TC + LPV/r

***NB** : Une feuille de route sera définie pour expliquer les procédures de changement des anciens protocoles vers les nouveaux.*

▪ **Cas particuliers**

Les cas particuliers sont la co-infection VIH/TB et la co-infection VIH/Hépatites (VIH/VHB et VIH/VHC).

La conduite à tenir est renseignée dans le tableau ci-après.



Tableau 10: Schémas thérapeutiques de première ligne chez l'adolescent, l'adulte et la femme enceinte dans les cas particuliers

Groupe	Schéma standard	Schéma alternatif
VIH/TB	TDF +3TC+DTG*	TDF+3TC+EFV TDF+3TC+LPV/r **
VIH-VHB	TDF+3TC+DTG	TDF+3TC + EFV
VIH-VHC	TDF+3TC+DTG + Traitement VHC (si Charge virale VHC détectable)	

Note

=A cause des interactions avec la Rifampicine, en cas d'utilisation du DTG dans la coinfection VIH/TB, il est recommandé de donner : TDF +3TC+DTG (50mg/j) le matin et DTG (50mg) 1 comprimé le soir (12 heures de temps après la première prise) . A la fin du traitement anti-TB, revenir au TDF+3TC+DTG_{50mg} une fois par jour.

**= ce traitement sera utilisé en cas de coinfection VIH (2, ou 1+2) /TB.

Le Ritonavir cp 100mg sera prescrit à raison de 1cp matin et soir. La posologie du LPV/r 200 mg/50 mg reste inchangée : 2cp matin et soir. En cas de non-disponibilité du RTV, doubler la dose de LVP/r.

5.1.4. Chez l'enfant infecté par le VIH

5.1.4.1. Initiation aux ARV

Le traitement antirétroviral est initié chez tout enfant vivant avec le VIH indépendamment du nombre de CD4 et du stade clinique.

▪ Quelques recommandations

- Faire la PCR à tout enfant né de mère séropositive à 6 semaines ou à la date la plus proche ;
- La sérologie VIH n'a de valeur diagnostique qu'à partir de l'âge de 18 mois ;
- Proposer systématiquement la sérologie VIH à tout enfant malade vu en consultation ;
- Proposer systématiquement la sérologie VIH à tout enfant affecté et à sa fratrie.

5.1.4.2. Schémas thérapeutiques de première ligne chez l'enfant

Rappels

Un enfant infecté est un enfant pour lequel :

- ✓ **Avant 18 mois** : la PCR1 ou 2 est positive.

Il est recommandé de faire un contrôle de la sérologie VIH à 18 mois ;

- ✓ **Après 18 mois** : la sérologie VIH est positive.

Les schémas de traitement ARV de première ligne chez l'enfant sont consignés dans le tableau ci-après.

Tableau 11 : Schémas thérapeutiques de première ligne chez l'enfant infecté par le VIH-1

	< 30Kg		≥ 30 Kg
Schémas Standards	ABC + 3TC + LPV/r		TDF + 3TC + DTG **
	ABC + 3TC + DTG*		
Schémas alternatifs	AZT + 3TC +	LPV/r	TDF + 3TC + EFV AZT + 3TC + EFV
		DTG *	
		EFV ***	
	ABC + 3TC + EFV		

* = dès que cette forme sera disponible et le poids approuvé.

**= A ne pas prescrire chez une adolescente qui n'est pas sous contraception efficace

*** = Circonstance exceptionnelle et avis du staff

Notes :

✓ Le goût du LPV/r sirop étant désagréable, il faut l'expliquer aux parents lors de la préparation à l'initiation en leur conseillant d'ajouter au besoin un peu de sucre ou du lait ;

✓ L'administration des granulés de LPV/r suit une procédure qui doit être affichée dans les centres afin que les agents de santé puissent l'expliquer aux mères.

✓ Les posologies tiennent compte du poids, veuillez consulter les tables posologiques en annexe.



▪ **Cas particuliers chez l'enfant**

- **Co-infection VIH-Tuberculose**

Un TAR doit être mis en route chez tout enfant présentant une tuberculose active dès que possible et dans les **deux semaines** suivant le début du traitement antituberculeux, quel que soit le nombre de CD4 ou le stade clinique. Il convient d'utiliser l'EFV comme INNTI privilégié chez les patients commençant un TAR et sous traitement antituberculeux.

Schémas thérapeutiques ARV recommandés : *Dans le cas de la co-infection TB/VIH, les schémas proposés en première ligne restent valables.*

En cas d'utilisation du DTG, il faudra doubler sa dose et la répartir en deux prises.

En cas d'utilisation du LPV/r, il faudrait renforcer la dose du Ritonavir. En absence de Ritonavir isolé pour doubler le booster, doubler la dose de LPV/r.

- **Infection au VIH2 ou VIH 1+2**

Les schémas de première ligne standard contenant du DTG peuvent être utilisés dans ces cas. Ne pas utiliser un INNRT (EFV ou NVP).

- **Co-infection VIH-VHB**

Le dépistage systématique du VHB est recommandé chez les enfants infectés par le VIH. ([→ prise en charge co-infection VIH/Hépatites](#))

▪ **Schémas thérapeutiques** :

En cas de co-infection VIH/VHB, il faudra utiliser les schémas retenus en première ligne. Ils contiennent de la Lamivudine qui est efficace contre le VHB. Le TDF étant contre-indiqué chez l'enfant avant 30 kg, à partir de 30kg, il faudra modifier le schéma thérapeutique pour introduire le TDF afin d'avoir deux molécules actives sur le VHB.

Dans le cas où l'enfant a moins de 30 kg, il est souhaitable d'associer à la Lamivudine de l'Entécavir pour éviter la résurgence des résistances au VHB.

NB : L'Entécavir ne fait pas partie du paquet minimum gratuit assuré par le programme.

5.1.5. Gestion de l'échec thérapeutique

5.1.5.1. Echec thérapeutique chez l'adulte

Les thérapies ARV réussies apportent des améliorations cliniques, immunologiques et virologiques grâce à l'interruption durable de la réplication du VIH. On peut raisonnablement s'attendre à ce qu'un patient symptomatique montre des améliorations cliniques dans les trois mois qui suivent le début du traitement ARV. Dans les six mois, le nombre de lymphocytes CD4 augmente généralement d'au moins 50 cellules/mm³, bien que l'importance de l'augmentation dans le comptage des cellules CD4 dépende de la valeur de base. Par contre, on s'attend à avoir une charge virale indétectable après 6 mois si le traitement est efficace.

L'échec thérapeutique est le plus couramment associé à la non-observance. Aussi, il est impératif d'évaluer l'observance aux ARV avant de changer les médicaments.

▪ Diagnostic de l'échec thérapeutique chez l'adulte

L'échec thérapeutique s'installe de façon graduelle. Il est d'abord virologique, immunologique puis clinique.

- **L'échec virologique** est prononcé lorsque la charge virale plasmatique est détectable, persistante à une valeur supérieure à 1000 copies/ml

sur la base de deux mesures réalisées à 3 mois d'intervalle durant lequel un renforcement de l'observance a été fait.

- **L'échec immunologique** correspond à

- ✓ un nombre de CD4 devenant égal ou inférieur au chiffre de départ ou
- ✓ la persistance d'un nombre de CD4 inférieur à 100 cellules/mm³ après 6 mois de traitement ARV efficace et bien suivi ou
- ✓ Chute des CD4 de 50% par rapport au pic.

- **L'échec clinique chez l'adulte** est évoqué lorsque survient un événement clinique nouveau ou récurrent classant au stade 4 de l'OMS après 6 mois de traitement ARV efficace et bien suivi en dehors d'exceptions comme le Syndrome Inflammatoire de Restauration Immunitaire (IRIS).

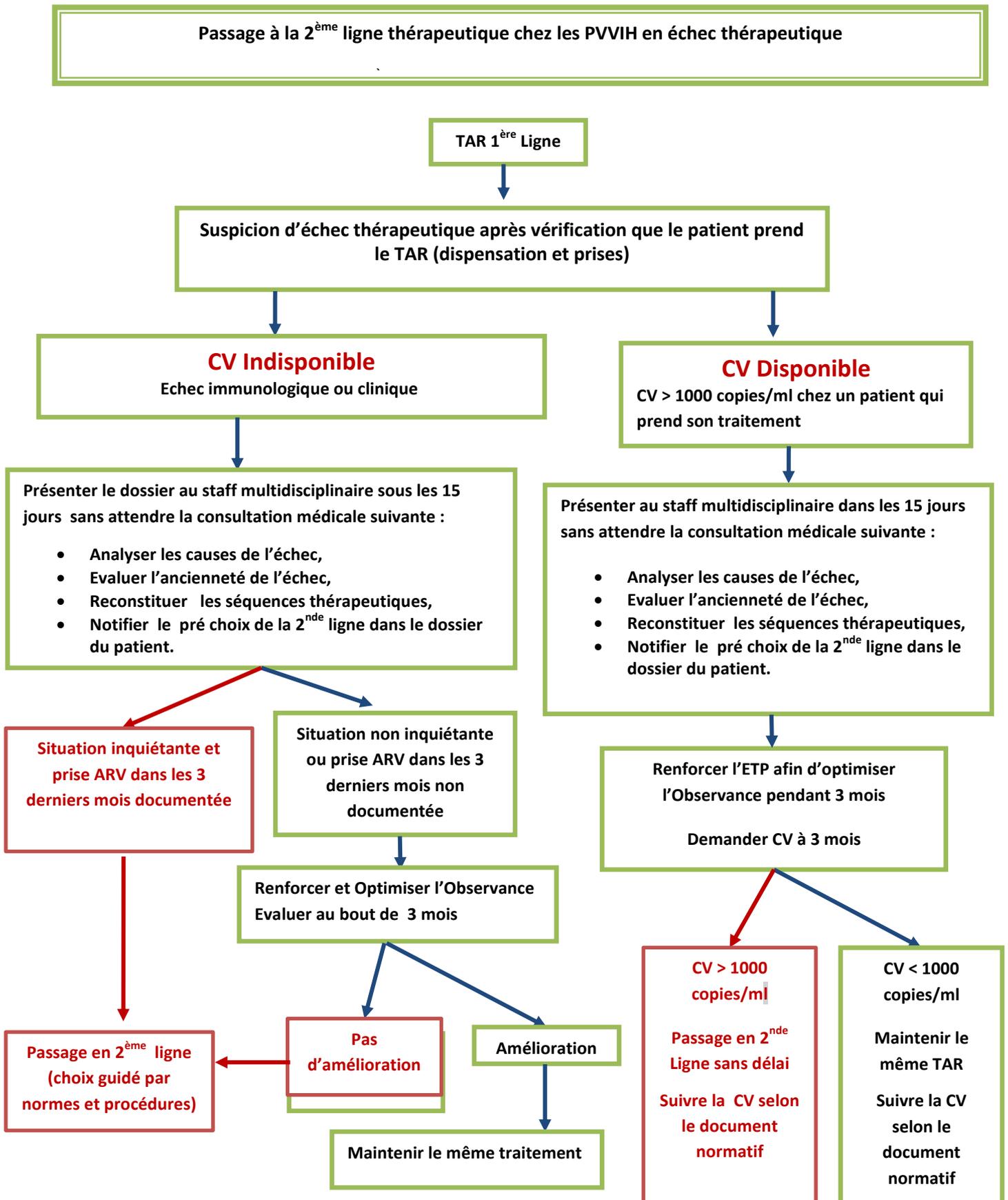
C'est à l'étape de l'échec virologique qu'il importe de poser le diagnostic de l'échec pour éviter l'accumulation des mutations de résistances, lesquelles augmentent avec le temps d'exposition aux ARV inefficaces.

▪ ***Procédure de passage en deuxième ligne de traitement ARV***

La procédure de passage de la première ligne à la deuxième ligne est résumée dans la figure ci-après.



Figure 4 : Algorithme de passage de la 1^{ère} à la 2^{ème} ligne chez l'adulte



▪ **Options thérapeutiques pour la deuxième ligne chez l'adulte**

Les options thérapeutiques pour la deuxième ligne chez l'adulte sont consignées dans le tableau ci-après.

Tableau 12 : Schémas de traitement ARV pour la 2^{ème} ligne chez l'adulte

Schémas utilisés en 1 ^{ère} ligne	Schémas 2 ^{ème} ligne standard	Schémas 2 ^{ème} ligne alternatifs
TDF +3TC+DTG	AZT +3TC+ATV/r (VIH-1) AZT+3TC+LPV/r (VIH-2 ou VIH1 +2)	ABC+3TC+ATV/r (VIH-1) ABC+3TC+LPV/r (VIH-2 ou VIH1 +2)
TDF + 3TC + EFV _{400/600}	(AZT ou ABC) +3TC+ DTG**	(AZT ou ABC) +3TC+ ATV/r
ABC+3TC+DTG	TDF+3TC+ATV/r (VIH-1) TDF+3TC+LPV/r (VIH-2 ou VIH1 +2)	AZT+3TC+ATV/r (VIH-1) AZT+3TC+LPV/r (VIH-2 ou VIH1 +2)
TDF+3TC+LPV/r	(AZT ou ABC) +3TC+ DTG**	(AZT ou ABC) +3TC+ DRV/r

**= en cas de prescription du DTG chez une femme, s'assurer que la patiente

- n'est pas en âge de procréer Ou
- si elle l'est, s'assurer qu'elle n'a pas un désir de procréation immédiat, dans le cas contraire, s'assurer qu'elle est sous contraception efficace et sûre (Implants, DIU, injectables).

- **Options thérapeutiques pour la deuxième ligne chez l'adulte dans les cas spéciaux**

Les options thérapeutiques pour la deuxième ligne dans les cas spéciaux sont consignées dans le tableau ci-après

Tableau13 : Options thérapeutiques pour la deuxième ligne chez l'adulte dans les cas spéciaux

	Schémas utilisé en 1ère ligne	Schémas 2 ^{ème} ligne standard	Schémas 2 ^{ème} ligne alternative
VIH (1,2 ou 1+2) / TB	TDF+3TC+DTG*	AZT+3TC+LPV/r **	ABC+3TC+LPV/r **
VIH-VHB	TDF+3TC+DTG	AZT+ TDF***+3TC+ LPV/r	ABC+ TDF***+3TC+ LPV/r
	TDF+3TC+EFV	AZT+TDF***+3TC+DTG	ABC+TDF***+3TC+DTG

*= En cas d'utilisation du DTG, il faudra doubler sa dose et la répartir en deux prises.

**= En cas d'utilisation du LPV/r, il faudrait renforcer la dose du Ritonavir. En absence de Ritonavir isolé pour doubler le booster, doubler la dose de LPV/r.

***= il faudra maintenir le TDF en 2^{ème} ligne à cause de son efficacité sur le VHB.

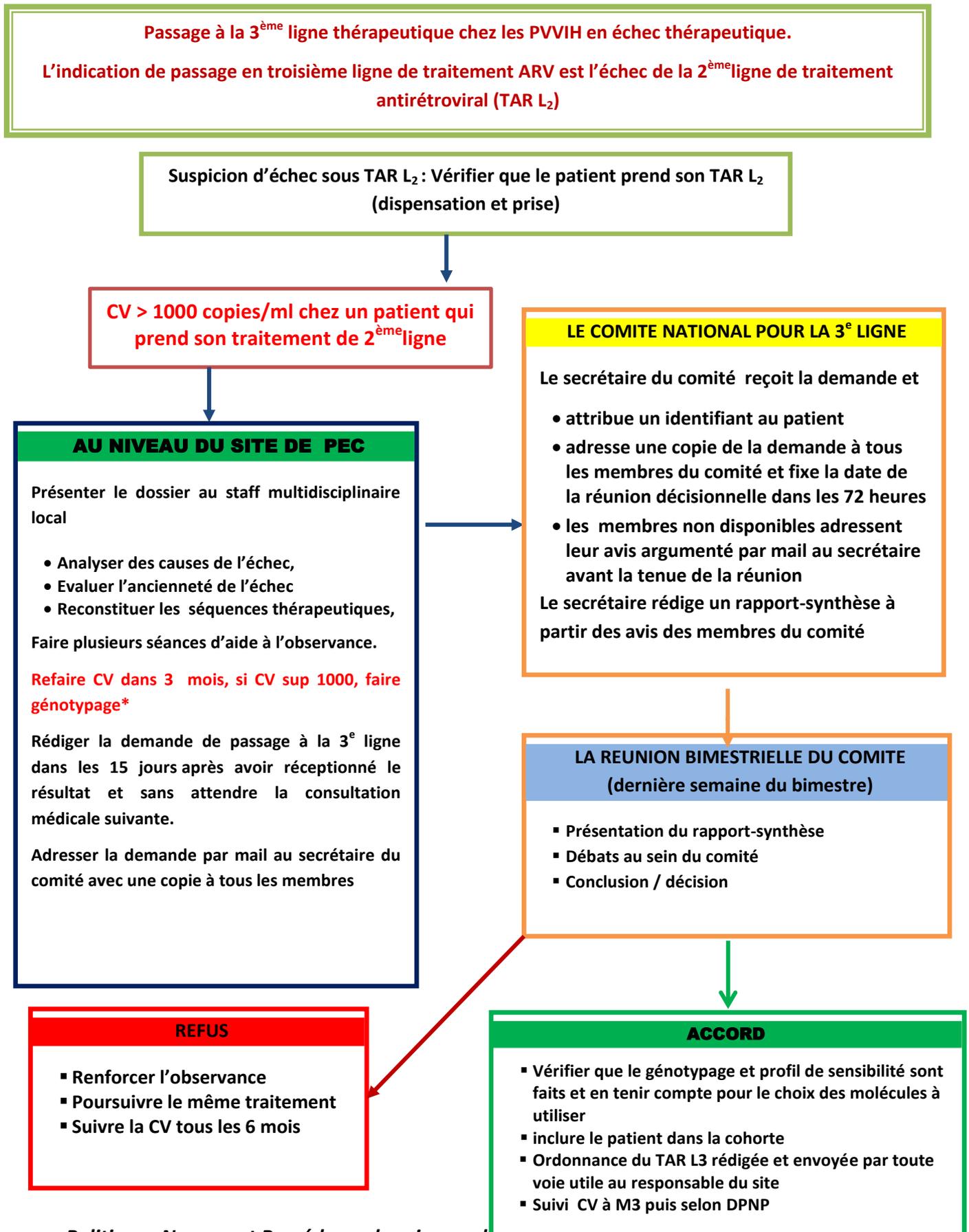
- **Le passage en troisième ligne thérapeutique**

- **Procédure**

La procédure de passage de la 2^{ème} ligne à la 3^{ème} est résumée sur la figure suivante.



Tableau 14 : Algorithme de passage de la deuxième à la troisième ligne chez l'adulte



**= l'absence du génotypage ne doit pas être un obstacle pour le passage en troisième ligne.*

▪ **Options thérapeutiques de la 3^{ème} ligne de l'adulte**

Les options thérapeutiques pour la troisième ligne chez les adultes sont :

Dolutégravir* + Darunavir/r + (TDF ou ABC)+FTC**

*= les patients qui ont déjà pris du DTG en 1^{ère} ou en 2^{ème} ligne peuvent être mis sous DTG en 3^{ème} ligne. Cependant, il faudra doubler la dose de DTG en deux prises journalières.

** = en cas de coinfection VIH/VHB en 3^{ème} ligne, il faudra préférer TDF + FTC afin de garder deux molécules actives sur le VHB.

5.1.5.2. Echec thérapeutique chez l'enfant

Comme chez l'adulte, on distingue trois types d'échec chez l'enfant : virologique, immunologique et clinique.

▪ **Définition**

- **Echec virologique** : est la persistance après 6 mois de traitement ARV bien suivi, d'une charge virale plasmatique supérieure à 1000 copies/ml sur la base de deux mesures réalisées à 3 mois d'intervalle avec soutien à l'observance.

- **Echec immunologique** :

✓ *Enfant âgé de moins de 5 ans* : Persistance d'un nombre de CD4 inférieur à 200 cellules/mm³ ou d'un taux de CD4 inférieur à 10 %.

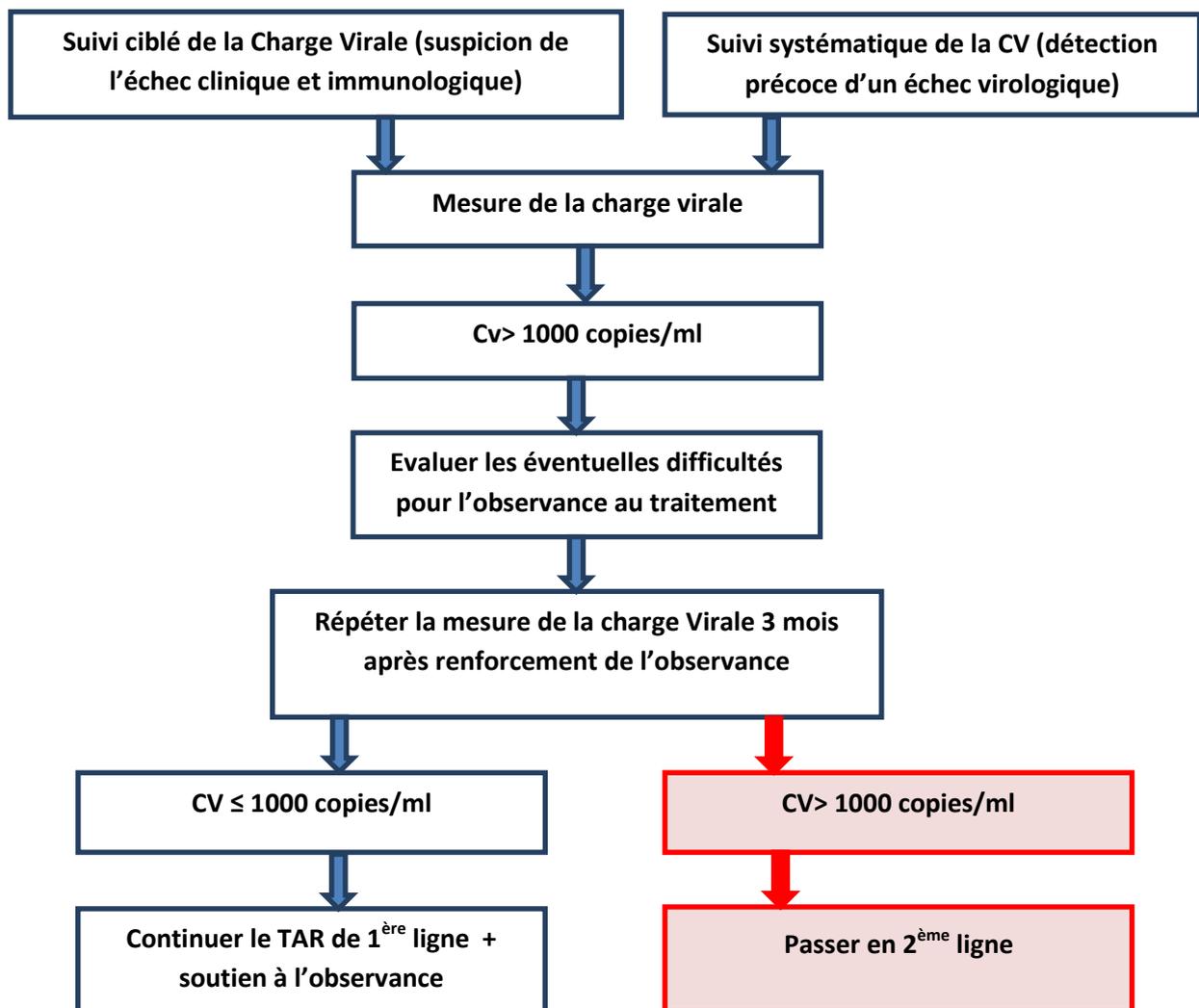
✓ *Enfant âgé de plus de 5 ans* : Persistance d'un nombre de CD4 inférieur à 100 cellules/mm³.

- **Echec clinique** : Événement clinique nouveau ou récurrent indiquant une immunodépression avancée ou sévère (pathologie définissant un stade clinique de l’OMS 3 ou 4) après 6 mois de traitement efficace et bien conduit.

▪ **Procédure de passage en deuxième ligne de traitement ARV**

La mesure de la charge virale est la méthode de suivi privilégiée pour faire le diagnostic de l’échec du TAR et pour confirmer ce type d’échec. Il faudra discuter du dossier du patient au cours d’une réunion multidisciplinaire de site en présence d’un médecin formé à la prise en charge pédiatrique des PVVIH.

Figure 5 : Algorithme de passage de la première à la deuxième ligne chez l’enfant



▪ *Schémas ARV de deuxième ligne chez l'enfant*

Les schémas de deuxième ligne chez l'enfant sont consignés dans le tableau ci-après.

Tableau 15 : Schémas thérapeutiques de 2^{ème} ligne chez l'enfant

	1^{ère} ligne		2^{ème} ligne	
	Pas de 2^{ème} ligne avant 3 ans			
< 30Kg	ABC + 3TC + LPV/r		AZT + 3TC + DTG	
	ABC + 3TC + DTG		AZT + 3TC + (ATV/r ou LPV/r)	
	ABC + 3TC + EFV		AZT + 3TC + DTG ou AZT + 3TC + (ATV/r ou LPV/r)	
	AZT + 3TC +	(ATV/r ou LPV/r)	ABC + 3TC +	DTG
DTG		ATV/r ou LPV/r		
EFV		DTG		
≥ 30 Kg	TDF + 3TC + DTG		AZT + 3TC + (ATV/r ou LPV/r)	
	TDF + 3TC + EFV		AZT + 3TC + DTG	
	AZT + 3TC + EFV		TDF + 3TC + DTG	

▪ *Les Schémas thérapeutiques ARV de 3^{ème} ligne*

Les principes généraux de passage d'une ligne à une autre tels que décrits pour les adultes restent valables chez l'enfant.

- **Avant 6 ans : pas de passage en 3^{ème} ligne**

- Poursuivre le schéma thérapeutique de la 2^{ème} ligne s'il est bien toléré ;
- Renforcer l'observance du traitement ;
- Rapprocher le suivi médical (tous les mois) ;
- **En cas d'arrêt du TAR, continuer à prévenir les IO, soulager les symptômes.**

- **A partir de 6 ans :**

DRV/r + (DTG* ou RAL) + 1 ou 2 INRT

si possible après génotypage

* = si enfant ayant utilisé la 1^{ère} et la 2^{ème} ligne sans le DTG.

Si l'enfant a déjà utilisé en 1^{ère} ou 2^{ème} ligne du DTG ou autre anti-intégrase, il faudra doubler la dose de DTG et la prescrire en 2 prises journalières.

5.1.6. Etapes de la prise en charge

Les principales étapes sont :

- l'accueil ;
- la constitution du dossier ;
- la consultation ;
- le diagnostic biologique ;
- l'éducation thérapeutique ;

- la prescription des ARV et les conseils ;
- la dispensation des ARV et les conseils ;
- le suivi clinique ;
- le suivi biologique ;
- l'accompagnement psychosocial.

5.1.6.1. Accueil des patients

- **Prestataires**

- ✓ Médecins ;
- ✓ Infirmiers ou sage-femmes ;
- ✓ Educateurs thérapeutiques ;
- ✓ Psychologue ;
- ✓ Aide-soignants ;
- ✓ Médiateurs ;
- ✓ Assistants sociaux.

- **Lieu**

L'accueil doit se faire dans toutes les structures de prise en charge (Sites).

- **Groupes cibles**

Il s'agit des PVVIH et des parents.

5.1.6.2. Constitution du dossier initial

- **Prestataires**

- ✓ Médecins généralistes ou spécialistes formés ;
- ✓ Techniciens sociaux ;



- ✓ Infirmiers et Sage-femmes formés.
- **Niveaux**
 - ✓ Périphérique ;
 - ✓ Intermédiaire ;
 - ✓ Central.
- **Locaux et équipements**
 - ✓ Salle de consultation ;
 - ✓ Supports de données.
- **Groupes cibles** : toutes PVVIH.

NB : le dossier peut être en version papier ou électronique.

5.1.6.3. La consultation médicale

- **Prestataires**
 - ✓ Médecins formés (généralistes ou spécialistes) ;
 - ✓ Infirmiers ou sages-femmes formé(e)s et expérimenté(e)s (par délégation).
- **Niveaux**
 - ✓ Périphérique ;
 - ✓ Intermédiaire ;
 - ✓ Central.
- **Locaux et équipements**
 - ✓ Local adapté : bien éclairé, bien aéré, garantissant la confidentialité
 - ✓ Protocole thérapeutique de prise en charge en vigueur
 - ✓ Matériel minimum adéquat.

- **Groupes cibles**

Il s'agit des PVVIH.

5.1.6.4. Le diagnostic biologique

- **Prestataires**

- ✓ Médecins biologistes ;
- ✓ Pharmaciens biologistes ;
- ✓ Bio technologistes ;
- ✓ Agents de santé formés.

- **Niveaux**

- ✓ Périphérique ;
- ✓ Intermédiaire ;
- ✓ Central.

- **Locaux et équipements** (Cf. document de Normes et Directives du dépistage du VIH et de la prise en charge biologique de la PVVIH)

- ✓ Local adapté ;
- ✓ Equipements appropriés.

- **Groupes cibles** : Toutes les PVVIH.

5.1.6.5. Education thérapeutique

- **Prestataires**

- ✓ Techniciens sociaux (Assistant social, Psychologue) ;
- ✓ Infirmiers/Sage-femmes ;
- ✓ Aide-soignants ;
- ✓ Médiateurs/médiatrices formé (e)s
- ✓ Médecins formés.



- **Niveau**
 - ✓ Central ;
 - ✓ Intermédiaire ;
 - ✓ Périphérique.
- **Locaux et équipements**
 - ✓ Local adapté ;
 - ✓ Matériel d'éducation thérapeutique (mallette).
- **Groupes cibles**
 - ✓ Toutes PVVIH ;
 - ✓ Partenaire non infecté d'un couple stable sérodifférent ;
 - ✓ Parents ou tuteur des enfants infectés ;
 - ✓ Victimes d'AE-VIH.

5.1.6.6. Délivrance de l'ordonnance des ARV et conseils

- **Prestataires**
 - ✓ Médecins généralistes ou spécialistes formés ;
 - ✓ Par délégation : Infirmiers et sages-femmes formés et expérimentés.
- **Niveaux**
 - ✓ Périphérique ;
 - ✓ Intermédiaire ;
 - ✓ Central.
- **Locaux et équipements**
 - ✓ Local de consultation ;
 - ✓ Equipements adaptés aux besoins ;



✓ Ordonnanciers à double ou trois feuillets.

▪ **Groupes cibles**

✓ Toutes les PVVIH dépistées.

5.1.6.7. Dispensation des ARV et conseils

▪ **Prestataires**

✓ Pharmaciens ;

✓ Infirmiers ou sages-femmes formés ;

✓ Toute autre personne formée.

▪ **Niveaux**

✓ Périphérique ;

✓ Intermédiaire ;

✓ Central.

▪ **Locaux et outils de gestion**

✓ Pharmacie ou local adapté ;

✓ Etagères de rangement ;

✓ Outils de gestion : fiches de stocks, registre ou logiciel de dispensation des ARV, logiciel de gestion de stock en ARV ;

✓ Disponibilité des médicaments et autres intrants.

▪ **Groupes cibles**

✓ PVVIH mises sous ARV ;

✓ Victimes d'accident d'exposition au VIH ;

✓ Nouveau-nés de mères infectées.



5.1.6.8. Suivi clinique

- **Prestataires**
 - ✓ Médecins généralistes ou spécialistes formés ;
 - ✓ Infirmiers ou sages-femmes formés et expérimentés.
- **Niveaux**
 - ✓ Périphérique ;
 - ✓ Intermédiaire ;
 - ✓ Central.
- **Locaux et équipements**
 - ✓ Local de consultation ;
 - ✓ Matériel adéquat.
- **Groupes cibles**
 - ✓ Toutes PVVIH ;
 - ✓ Victimes d'accident d'exposition au VIH ;
 - ✓ Nouveau-nés de mères infectées.

5.1.6.9. Suivi biologique

- **Prestataires**
 - ✓ Médecins biologistes ;
 - ✓ Bio technologistes ;
 - ✓ Autres prestataires du suivi clinique.
- **Niveaux**
 - ✓ Périphérique ;



- ✓ Intermédiaire ;
- ✓ Central.
- **Locaux et équipements**
 - ✓ Laboratoire ;
 - ✓ Local de consultation ;
 - ✓ Matériel adéquat.
- **Groupes cibles**

Toutes PVVIH et les nouveau-nés de mère infectée jusqu'à 18 mois puis au-delà si l'enfant est infecté.

5.1.6.10. Accompagnement psychosocial

- **Prestataires**
 - ✓ Techniciens sociaux (Assistant social et psychologue) ;
 - ✓ Infirmiers/Sage-femme formés ;
 - ✓ Médiateurs/médiatrices formés.
- **Niveaux**
 - ✓ Central ;
 - ✓ Intermédiaire ;
 - ✓ Périphérique.
- **Locaux et équipements**
 - ✓ Local adapté ;
 - ✓ Matériel roulant (motocyclette).
- **Groupes cibles**



- ✓ Toutes PVVIH ;
- ✓ Entourage familial et social de la PVVIH.

5.1.6.11. Délégation de tâches

Le nombre croissant des PVVIH et le nombre insuffisant de médecins prescripteurs ont comme corollaire une surcharge de travail de ces derniers, qui par ailleurs sont sollicités pour diverses activités. Ceci contribue à la perte de vue des patients, à l'aggravation de leur état clinique et même à leur décès.

Ainsi, un recrutement de personnel médical doit être envisagé; à défaut, la délégation de certaines tâches de routine au personnel paramédical en matière de prise en charge des PVVIH s'impose.

Le médecin pourra alors déléguer les tâches suivantes au personnel paramédical compétent et qualifié :

- la consultation de suivi si le patient ne pose pas un problème médical particulier ;
- l'initiation supervisée du TARV ;
- le renouvellement de la prescription des ARV en l'absence de modifications ou de changement de ligne thérapeutique ;
- la prescription du bilan pré thérapeutique et des bilans de suivi biologique.

Dans le cadre de la PTME chez les femmes dépistées positives, la sage-femme ou l'infirmière accoucheuse formée doit initier le traitement ARV de la mère et de l'enfant.

Dans ce contexte de délégation de tâches, il s'impose de contrôler régulièrement la qualité des tâches déléguées. Il revient alors aux responsables de sites d'organiser des rencontres ou staffs avec tout le personnel impliqué dans



la prise en charge en vue de relever les insuffisances et problèmes rencontrés et d'y pallier.

5.2. PROCEDURES

5.2.1. Consultation médicale

5.2.1.1. Préparation de la consultation

Elle est assurée par le personnel paramédical (infirmiers, sage-femmes ou aide-soignants) aidé par les médiateurs. Elle consiste à :

- aménager les locaux ;
- apprêter le matériel adéquat pour la consultation ;
- apprêter les dossiers médicaux des patients ;
- appeler les patients absents au rendez-vous.

5.2.1.2. L'accueil

L'accueil est une circonstance déterminante pour le développement d'une relation soignant – patient de qualité.

Pour faire un bon accueil, le prestataire doit :

- saluer et souhaiter la bienvenue au client ;
- l'inviter à s'asseoir ;
- rassurer le client ;
- être courtois ;
- établir un climat de confiance et de confidentialité.

5.2.1.3. L'examen clinique

- **L'interrogatoire**

L'interrogatoire doit porter sur :



- les questions générales ;
- le(s) motif(s) de consultation ;
- les antécédents et le mode de vie ;
- les évènements cliniques permettant de préciser le stade OMS du patient ;
- l'évaluation du risque en cas de dépistage ;
- le statut économique et nutritionnel ;
- les médicaments en cours d'utilisation ;
- l'habitude sexuelle (utilisation du préservatif).

Pour l'enfant :

- le déroulement de la grossesse et de l'accouchement ;
- le statut VIH de la mère ;
- les étapes du développement psychomoteur ;
- le statut vaccinal ;
- le mode d'alimentation (régime alimentaire) ;
- le mode de garde et l'environnement de l'enfant ;
- l'utilisation de moustiquaire MIILD et le déparasitage.

▪ **L'examen physique**

- Se laver les mains au savon avant et après l'examen ;
- préparer le client pour l'examen (expliquer la procédure de l'examen) ;
- prendre le poids, la taille, le pouls, la tension artérielle et la température ;
- calculer l'Indice de Masse Corporelle (IMC) ;
- évaluer l'état nutritionnel ;
- évaluer l'indice de Karnofsky ;
- examiner la tête et la bouche ;
- examiner les aires ganglionnaires ;
- examiner la peau y compris les paumes et les plantes ;
- palper l'abdomen à la recherche de douleur et de tuméfaction ;

- faire l'examen neurologique ;
- examiner les poumons ;
- examiner les organes génitaux ;
- examiner les autres appareils.

Chez l'enfant, en plus des mesures précédentes, il faut : prendre le périmètre crânien, le poids, la taille, se référer aux abaques et examiner les oreilles.

Après l'examen, il faut :

- évoquer les hypothèses diagnostiques d'infections opportunistes éventuelles ou d'autres affections ;
- rendre compte au patient du résultat de l'examen clinique et du diagnostic ;
- adresser le patient au laboratoire (ou en salle de prélèvement) et aux services spécialisés pour les examens complémentaires appropriés ;
- fixer un nouveau rendez-vous.

5.2.1.4. Examen biologique

L'interprétation des résultats des examens complémentaires conduit à :

- la confirmation ou non des hypothèses diagnostiques évoquées ;
- l'appréciation de l'état immunitaire du patient (CD4, Lymphocytes totaux) ;
- l'orientation du traitement tout en tenant compte des éventuelles contre-indications aux différentes molécules.

5.2.2. Consultation d'éducation thérapeutique

Le but de l'éducation thérapeutique est de préparer le sujet à une bonne observance au traitement.



Le Prestataire doit avant tout faire le diagnostic éducationnel et y apporter des solutions. Il insistera sur les points suivants :

5.2.2.1. Avant la mise en route du traitement

- Informations sur les connaissances du patient de sa maladie ;
- Informations sur la maladie ;
- Informations sur le traitement :
 - ses avantages (diminution des IO, prolongation de la durée de vie) ;
 - ses contraintes (effets secondaires, respect des horaires de prise, régularité de suivi) ;
 - la durée à vie du traitement.

Par ailleurs :

- Chercher à connaître le rythme de vie du patient pour guider l'horaire des prises.
- Etablir avec le patient son planning thérapeutique
- Apprécier le soutien familial ou l'existence d'une personne ressource dans son entourage.
- Apprécier la capacité à suivre le traitement.
- Obtenir un avis motivé et éclairé du patient pour démarrer le traitement.

Ces informations nécessitent deux ou trois séances de suite avant la mise en route du traitement.

5.2.2.2. La mise en route du traitement

Il s'agit d'adapter le traitement au mode de vie du patient pour faciliter l'observance. Il est aussi important de l'aider à trouver des repères et astuces pour qu'il n'oublie pas les horaires de prise des médicaments. Il faut expliquer au patient le traitement et l'aider à identifier les molécules. Au moindre doute,



ne pas démarrer le traitement et lui proposer une consultation d'ETP par un personnel formé.

5.2.2.3. Pendant le traitement

- Rester en contact avec le patient (téléphone, visite à domicile) ;
- Orienter le patient vers la consultation d'observance lorsqu'on identifie des situations d'inobservance ou qu'on suspecte un échec thérapeutique ;
- Donner des rendez-vous rapprochés au début du traitement (J14, M1)
A ces rendez-vous, il faut :
 - Apprécier la tolérance au traitement ;
 - Apprécier les difficultés rencontrées ;
 - Vérifier l'observance (comptage de boîtes et des comprimés, interrogatoire du patient) ;
 - Aider le patient à gérer les effets secondaires et réadapter le traitement éventuellement (à son mode de vie) ;
 - Changer le traitement en situation d'intolérance grave,
 - Motiver et encourager le patient pour l'observance ;
 - Impliquer autant que possible la famille pour le soutien ;
 - Mettre le patient en contact avec les médiateurs ou associations de PVVIH ;
 - Rechercher les patients perdus de vue avec l'aide des médiateurs et des assistants sociaux.

5.2.3. Constitution du dossier initial

Ce dossier comporte :

- un volet médical : clinique, biologique portant : la date, le cachet et la signature du médecin ;

- un volet social et psychologique en cas de besoin ;
- un volet éducatif.

Pour les sites équipés, le dossier doit être enregistré dans le logiciel ESOPE s'il ne l'était pas pour le suivi hors ARV.

5.2.4. Délivrance de l'ordonnance des ARV et conseils

Le prescripteur tient compte des recommandations officielles pour établir son ordonnance et prodiguer des conseils au patient sur la nécessité de l'adhésion au traitement, l'observance, les effets secondaires éventuels, la conservation des produits, le recours au médecin en cas de nécessité.

L'ordonnance est délivrée en deux ou trois exemplaires respectivement destinés au patient, au pharmacien et au dossier du patient se trouvant auprès du médecin traitant après dispensation des produits.

5.2.5. Dispensation des ARV et conseils

Sur présentation de l'ordonnance médicale, le pharmacien ou le dispensateur sert au patient les médicaments prescrits et porte la mention « Servi » et la date devant chaque produit effectivement servi. L'indice 1, 2 ou 3... est affecté à la mention « Servi » au cas où un produit doit être renouvelé un certain nombre de fois.

Après dispensation des produits, le pharmacien donne au patient les conseils utiles d'utilisation.

Le pharmacien retourne au patient un exemplaire de l'ordonnance servie. Il conserve à son niveau deux exemplaires de cette ordonnance dont il retourne un au médecin traitant qui l'insère dans le dossier du patient. Ainsi, un seul exemplaire demeure au niveau du pharmacien pour le dossier pharmaceutique du patient.

Pour plus de détails, [voir ici →](#)

CHAPITRE 6 : PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DES CO INFECTIONS VIH /TUBERCULOSE, VIH/ HEPATITES, VIH /PALUDISME

6.1. DÉPISTAGE ET PRISE EN CHARGE DE LA CO INFECTION VIH /TUBERCULOSE

La tuberculose est l'affection opportuniste la plus fréquente. Elle est l'une des principales causes de décès. En effet, il existe un lien de potentialisation réciproque des effets néfastes de la TB et du VIH : Le VIH aggrave la TB et la TB accélère la progression de l'infection par le VIH.

Chez l'enfant, les signes présomptifs de la tuberculose sont différents de ceux retrouvés chez l'adulte. L'infection par le VIH rend plus difficile le diagnostic de TB pulmonaire chez les enfants. Une TB-maladie sera évoquée chaque fois qu'on est en présence de l'une et ou l'autre des manifestations suivantes :

- toux persistante (≥ 2 semaines) ;
- fièvre persistante (≥ 2 semaines) ;
- perte ou stagnation de poids ;
- baisse du rendement scolaire et/ou des activités ludiques ;
- syndrome d'épanchement pleural liquidien ou gazeux ;
- tableau de pneumopathie aiguë grave ;
- respiration sifflante asymétrique persistante malgré des bronchodilatateurs ;
- adénopathies unique ou multiples ;
- syndrome méningé d'installation progressive ;
- distension abdominale ;
- tuméfaction ou déformation ostéo-articulaire ;

- ou toute autre manifestation trainante ou inhabituelle ;
- certains signes physiques sont fortement évocateurs de la maladie. Il s'agit de :
 - une gibbosité d'apparition récente pouvant faire évoquer une localisation vertébrale ;
 - des adénopathies cervicales indolores avec tendance à une fistulisation à la peau en rapport avec une TB ganglionnaire.

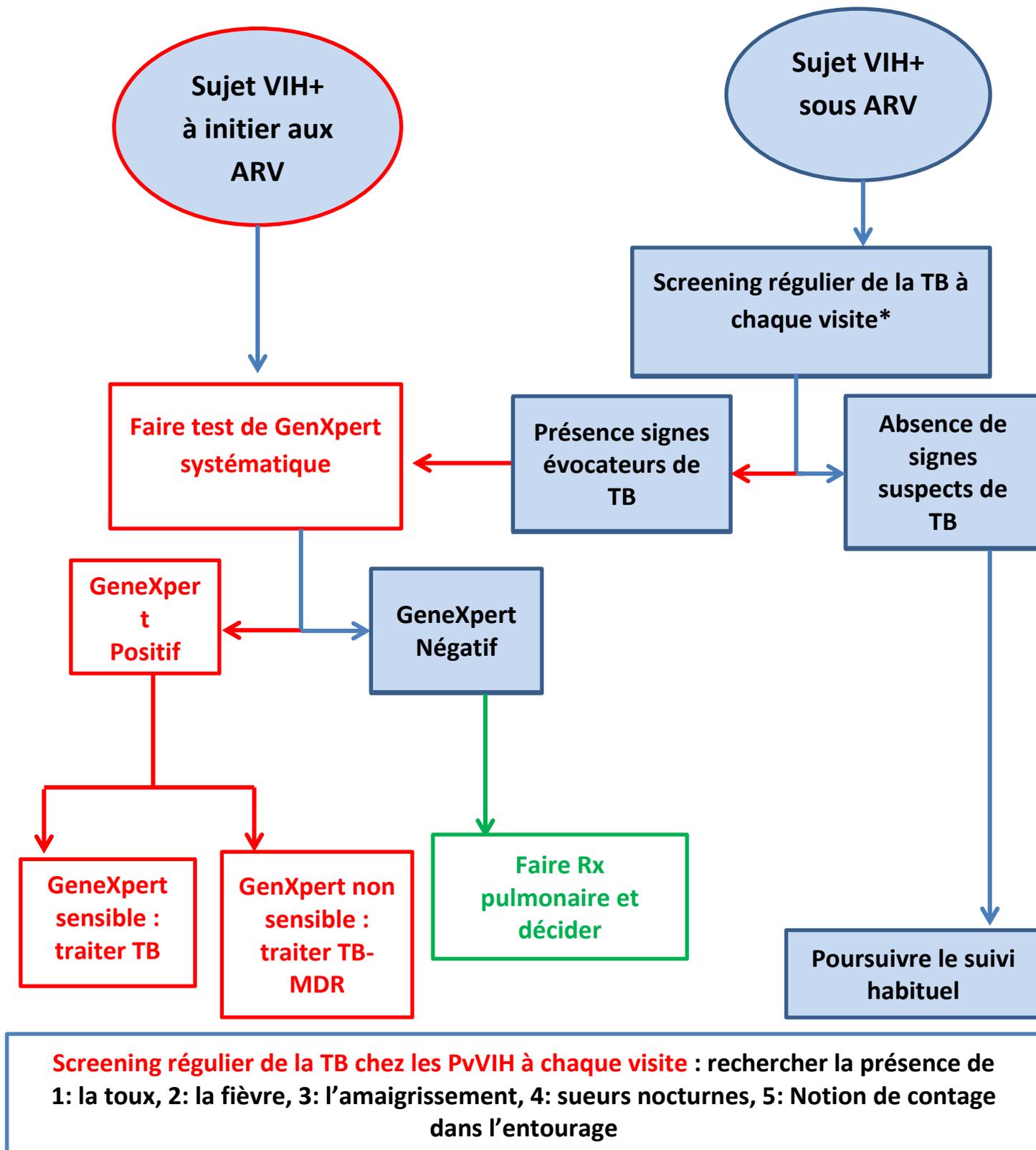
La radiographie occupe une place importante dans la démarche diagnostique car elle peut montrer des images fortement évocatrices de la maladie. Le contrôle par la radiographie pulmonaire ne doit pas être systématique si l'évolution clinique est favorable.

Chez les patients à initier aux ARV, il faudra demander systématiquement le GeneXpert.

Chez les patients déjà suivis sous ARV, il faudra faire le dépistage clinique à l'aide du questionnaire et demander le GeneXpert au besoin.

L'algorithme ci-après est proposé pour faciliter le dépistage de la TB.

Figure 6 : Algorithme pour le dépistage de la tuberculose chez l'adulte, l'adolescent et l'enfant vivant avec le VIH



Le traitement antituberculeux repose sur la polychimiothérapie antituberculeuse. Ses principes doivent respecter les directives du Programme National contre la Tuberculose (PNT).

- Nouveaux patients: 2ERHZ/4RH ;
- Patients déjà traités pour la tuberculose (en reprise) : 2ERHZ/4RH
- Patients multirésistants : référence au PNT.

Traitement préventif à l'Isoniazide (TPI)

Le TPI est recommandé chez tous les enfants de moins de 5ans contacts d'une personne souffrant d'une TB pulmonaire bactériologiquement confirmée et indépendamment de leur statut VIH.

L'Isoniazide est donné à la posologie de 10 mg/kg/jour pendant 6 mois.

Traitement antirétroviral chez le patient co infecté TB/VIH

Un traitement ARV doit être instauré chez toute PvVIH présentant une tuberculose maladie, y compris les cas de tuberculose multirésistante quel que soient le nombre de CD4 et le stade clinique. Il faut commencer en premier lieu le traitement antituberculeux. Le traitement ARV devra être instauré au plus tard deux semaines après le début du traitement antituberculeux.

Au cas où le patient prendrait déjà un traitement ARV, il faudra ne pas l'interrompre lors de l'initiation du traitement antituberculeux mais plutôt le poursuivre tout en ajustant le TAR.

6.2. DÉPISTAGE ET PRISE EN CHARGE DE LA CO INFECTION VIH /PALUDISME

Les personnes vivant avec le VIH présentant une immunodépression sévère ont un risque élevé de développer des complications du paludisme. Les interventions clés de lutte contre le paludisme comprennent :

- un traitement rapide et efficace par des associations d'antipaludiques à base d'artémisinine,
- l'utilisation de Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide à Longue Durée d'action (MIILD),
- la pulvérisation d'insecticides à effet rémanent à l'intérieur des habitations.

Le traitement préventif intermittent (TPI) à base de Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP) recommandé chez la femme enceinte ne doit pas être administré aux gestantes séropositives qui reçoivent déjà une prophylaxie par le Cotrimoxazole.

Chez la femme enceinte séropositive au VIH, il faudra considérer deux cas de figure :

- 1-si le taux de CD4 est inférieur à 350 cells/mm³ ou si elle est au stade 3 ou 4 de l'OMS :** il faudra prescrire le CTM pour la prophylaxie. Dans ce cas, la SP ne sera plus prescrite pour le TPI,
- 2-si le taux de CD4 est supérieur à 350 cells/mm³ ou si la gestante est au stade 1 ou 2 de l'OMS :** il faudra prescrire la SP comme les gestantes séronégatives. Dans ce cas, le CTM n'est plus indiqué.

Une confirmation parasitologique à l'aide d'un examen microscopique ou d'un test de diagnostic rapide doit être obtenue pour chaque cas de suspicion de paludisme.

Les médicaments utilisés pour traiter le paludisme et les ARV peuvent présenter les mêmes toxicités (en particulier les médicaments à base de

sulfamides) et avoir des interactions pharmacocinétiques ayant des conséquences cliniques importantes (en particulier l'Artémisinine, la Luméfantrine, les INNTI et les IP). Pour cette raison, les personnes recevant à la fois un TAR et un traitement antipaludique doivent être suivies de manière rapprochée pour surveiller la survenue de réactions indésirables aux médicaments.

De plus, les traitements en association à base d'Artémisinine contenant de l'Amodiaquine doivent si possible être évités chez les personnes vivant avec le VIH recevant de l'AZT ou de l'EFV en raison du risque élevé de neutropénie associée à l'utilisation de l'AZT et de toxicité hépatique associée à l'utilisation de l'EFV.



6.3. DÉPISTAGE ET PRISE EN CHARGE DES CO INFECTIONS VIH/ HÉPATITES B ET C

L'hépatite virale est une cause de plus en plus fréquente de morbidité et de mortalité chez les PVVIH, notamment chez celles qui reçoivent un TAR. Une approche globale comprend :

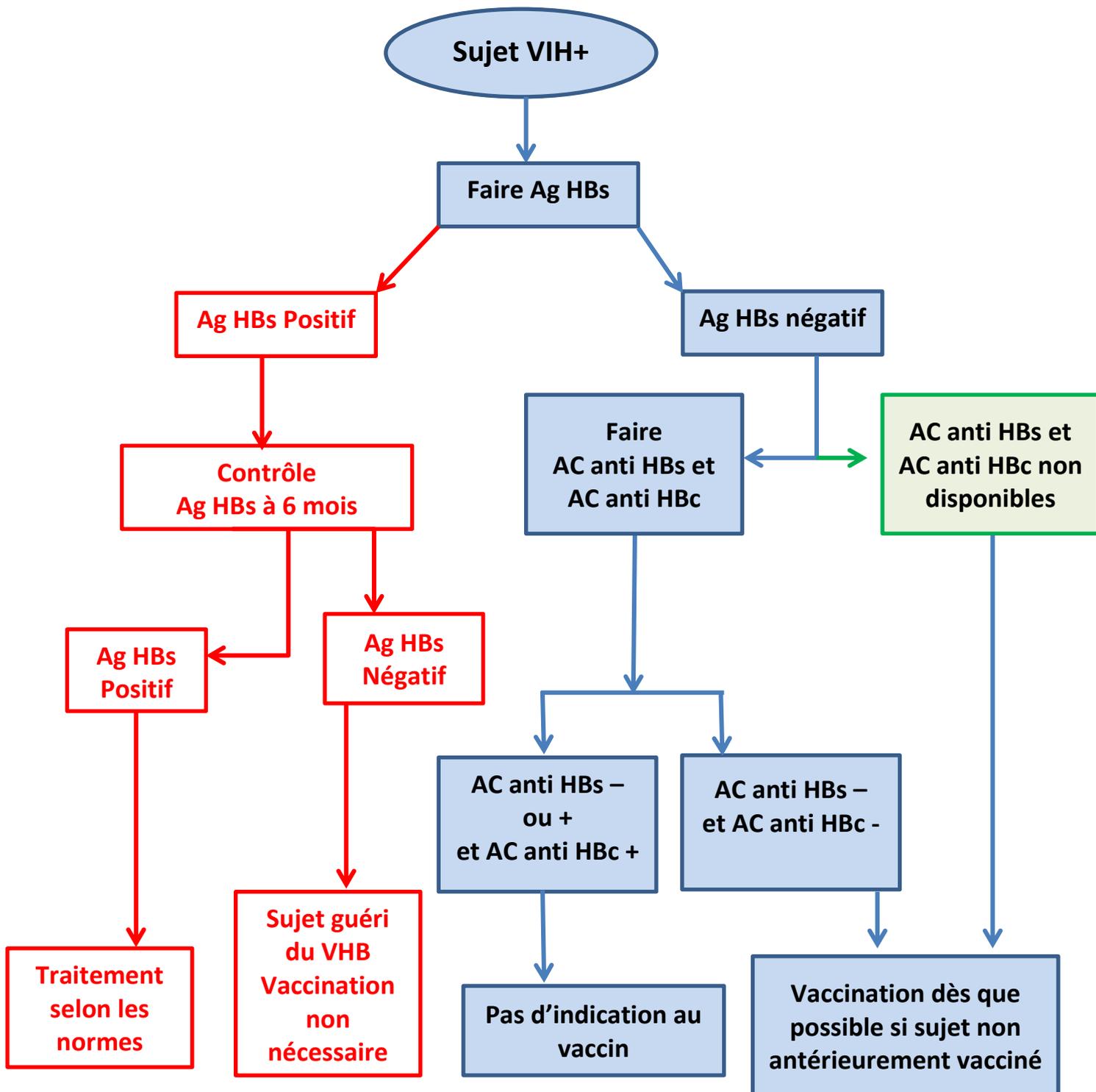
- la prévention et le dépistage de l'hépatite B ;
- la prévention et le dépistage de l'hépatite C ;
- la vaccination contre l'hépatite B en cas de sujets dépistés négatifs ;
- le traitement et le suivi des PVVIH et qui présentent une co-infection par le VHB et/ou par le VHC.

Tous les patients infectés par le VIH devraient être dépistés pour l'hépatite B (Ag HBs) et l'hépatite C (Ac anti-VHC).

En cas de séronégativité à l'Ag HBs, il est recommandé de vacciner les patients ayant un taux de CD4 > 350 cellules /mm³ et ne présentant pas d'IO en cours avec 3 doses de vaccins standard (J0, 1 mois, 6 mois).

La nécessité de vacciner est idéalement affinée par le dosage des Ac anti HBs et Ac anti HBc totaux. Dans ce cas, ne seront vaccinés que les sujets ayant les trois tests négatifs. Après la vaccination, un contrôle de l'Ac anti-HBs est indiqué (à faire 1 à 2 mois après la 3^{ème} dose du vaccin. En cas de test négatif (taux d'Ac antiHBs inférieur à 10 mUI/ml) il est recommandé de revacciner par trois autres doses standards (à intervalle d'un mois), puis contrôler.

Figure 7 : Algorithme décisionnel pour le dépistage et la prise en charge du VHB chez les patients VIH+



Tous les enfants doivent être vaccinés à la naissance contre l'hépatite B avant la 12^{ème} heure de vie, indépendamment du statut sérologique VHB de la mère.

Le traitement antirétroviral est indiqué en cas de co-infection VIH/VHB tels que décrits dans le chapitre sur la prise en charge par les ARV.

Le traitement antirétroviral en cas de co-infection VIH/VHC doit suivre les mêmes principes généraux que ceux qui s'appliquent à la population générale de personnes vivant avec le VIH.

Les PVVIH ayant une sérologie VHC positive peuvent être orientées vers un service de gastroentérologie pour la prise en charge de l'hépatite C si possible avant l'initiation aux ARV.

Cependant, si le site de prise en charge pour le VIH dispose de personnel formé sur les hépatites, le transfert ne s'impose pas. Seuls les sujets ayant une charge virale du VHC détectable sont éligibles au traitement anti-VHC.

Le traitement de l'hépatite C doit être pangénotypique (l'association *Sofosbuvir + Velpatasvir* ou association *Sofosbuvir + Daclatasvir*).

NB : Le traitement de l'hépatite C ne fait pas partie du paquet minimum gratuit assuré par le programme.



CHAPITRE 7 : PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DES PRINCIPALES INFECTIONS OPPORTUNISTES

Les personnes vivant avec le VIH présentent couramment des Infections Opportunistes (IO) qui ont des implications sur le traitement et les soins, notamment sur le démarrage du traitement ARV.

7.1. NORMES

7.1.1. Définition

Les infections opportunistes (IO) constituent des affections liées à l'immunodépression induite par l'infection à VIH et qui influent la morbi-mortalité des PVVIH.

La recherche des infections opportunistes doit précéder le démarrage du TAR et se poursuivre durant tout le suivi sous ARV.

7.1.2. Objectif

Réduire de façon sensible la morbi-mortalité liée à l'infection VIH.

7.1.3. Affections concernées

- La toxoplasmose ;
- la pneumocystose ;
- la cryptococcose ;
- la candidose buccale et digestive ;
- la tuberculose.

7.1.4. Prestataires

Tout agent de santé qualifié et formé à la prise en charge médicale des PVVIH.

7.1.5. Lieu

La prévention, le dépistage et la prise en charge des IO doivent se faire dans toutes les formations sanitaires en particulier dans les sites de prise en charge des PVVIH.

7.1.6. Moyens

- Conseils hygiéno-diététiques ;
- suivi médical régulier ;
- chimioprophylaxie au CTM, au Fluconazole, à l'INH ;
- traitement curatif des IO ;
- traitement antirétroviral.

7.2. PROCÉDURES

7.2.1. Traitement préventif par le Cotrimoxazole

7.2.1.1. Chez les adultes et adolescents (âgés de plus de 10 ans)

Le Cotrimoxazole (CTM) est le médicament à utiliser pour la chimioprophylaxie primaire. Il est actif sur un nombre important d'agents pathogènes dont : *Pneumocystis jiroveci*, *Toxoplasma gondii*, *Isospora belli*, *Streptococcus pneumoniae*, *Salmonella non typhi* et le *Plasmodium falciparum*.

Indications : La chimioprophylaxie au CTM est recommandée chez :

- les sujets symptomatiques au stade III ou IV de l'OMS ;
- les sujets dont la numération des CD4 est inférieure ou égal à 350 cellules/mm³ quel que soit le stade clinique ;
- la femme enceinte :
 - si elle était sous prophylaxie avant la grossesse, elle la continuera donc

- si elle n'était pas sous prophylaxie, les mêmes critères des adultes devront lui être appliqués.

Posologie : 1 comprimé forme forte (800/160 mg) ou 2 comprimés forme simple (400/80 mg) en une prise journalière.

Arrêt de la chimioprophylaxie : L'arrêt de cette chimioprophylaxie primaire est décidé lorsque :

- le taux de CD4 est supérieur à $350/\text{mm}^3$ sur deux prélèvements effectués à 6 mois au moins d'intervalle sous un traitement ARV continu.
- deux charges virales consécutives indétectables à 6 mois d'intervalle.

7.2.1.2. Chez les nourrissons et les enfants

Elle est recommandée :

- **dès l'âge de 6 semaines chez tout nourrisson exposé au VIH** (au cours de la grossesse ou pendant l'allaitement). Dans ce cas, la chimioprophylaxie sera poursuivie jusqu'à la preuve de l'absence d'infection par le VIH par des tests sérologiques à 18 mois d'âge;
- **pour tous les enfants de moins de cinq ans chez lesquels une infection par le VIH est confirmée** indépendamment des symptômes ou du pourcentage de CD4 ;
- **chez les enfants âgés de plus de 5 ans, les recommandations sont les mêmes que chez l'adulte.**

Posologie: 20mg/Kg de Sulfaméthoxazole et 5 mg/kg de Triméthoprime soit en pratique

- **Poids ≤ 5 kg :**
 - 2,5 ml de CTM sirop à 200/40 mg par cuillère mesure ou

- 1 comprimé enfant de CTM 100/20 mg
- **Entre 5 et 15 kg** : ½ comprimé CTM 400/80 mg en 1 prise journalière
- **Entre 15 et 30 Kg** : 1 comprimé CTM 400/80 mg en 1 prise journalière
- **>30 kg** : 2 comprimés de CTM 400/80 mg en 1 prise journalière.

Tableau 16 : Posologie du Cotrimoxazole pour la prophylaxie aux IO chez l'enfant

Poids en kg	CTM, Cp 100/20 mg	CTM, Sirop 200/40 mg	CTM, Cp 400/80 mg
1-4	1	2,5 ml/j	1/4 cp/j
5- 8	2	5 ml/j	1/2cp/j
10-25		10 ml/j	1cp/j
>25			2cp/j

Contre-indications du cotrimoxazole

Le CTM est contre- indiqué en cas de :

- antécédent d'allergie aux sulfamides ;
- anémie sévère (< 7g /100 ml) ;
- neutropénie sévère (< 750 PNN/mm3) ;
- déficit en G6PD ;
- nouveau – nés et nourrisson âgés de moins de 6 semaines.

En cas de contre-indication, l'alternative en prophylaxie primaire est la Dapsone, de spectre moins large (adulte : 1 comprimé de 100 mg par jour, enfant : 2 mg /kg par jour).

Suivi de la chimioprophylaxie au CTM

Il doit se faire lors des consultations médicales de suivi. Au cours de ces consultations, il faut évaluer l'observance au CTM et rechercher la toxicité et les effets indésirables.

Effets indésirables du CTM

Il s'agit de :

- la réaction cutanée : bénigne (urticaire ou rash) ou sévère (syndrome de Stevens Johnson ou de Lyell imposant l'arrêt immédiat de la prophylaxie) ;
- l'hématotoxicité : anémie, neutropénie ;
- plus rarement : diarrhée, insuffisance rénale.

Interactions médicamenteuses

- Ne pas associer, le CTM et la Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP). Les deux étant des sulfamides, il y a un risque de potentialisation des effets secondaires ;
- Potentialisation de la neutropénie en cas d'association avec la Zidovudine ;
- Risque potentiel en association avec des ARV dont la toxicité cutanée est avérée (Névirapine, Abacavir) ;
- Hématotoxicité aggravée en cas de traitement concomitant par l'Amodiaquine.

7.2.2. Prévention et prise en charge de la toxoplasmose

La toxoplasmose est une infection opportuniste parasitaire due à *Toxoplasma gondii* et responsable de manifestations neurologiques centrales pouvant engager le pronostic vital.

Les signes évocateurs sont l'hémiplégie, la paralysie faciale, les convulsions, l'altération de la conscience auxquelles s'associent des céphalées et une fièvre souvent modérée voire absente.

Le scanner cérébral permet de faire le diagnostic. En l'absence de scanner, le diagnostic est probabiliste devant l'association signes neurologiques focaux plus fièvre.

Sa prévention est assurée par la chimioprophylaxie au CTM.

Le traitement repose sur le CTM :

Chez les adultes : 800/160 mg, 2 comprimés, deux (02) fois par jour si poids < 40 kg et 2 comprimés, trois (03) fois par jour si poids > 40 kg pendant 6 à 8 semaines.

Chez les enfants : 100 mg/Kg /jr de Sulfaméthoxazole et 25 mg/kg/jr de Triméthoprimine pendant 6 à 8 semaines.

Le traitement d'entretien repose sur le CTM à 800/160 mg /jr (adultes) et chez les enfants (voir tableau chimioprophylaxie CTM) jusqu'à l'obtention d'une numération des CD4 supérieurs à 350 cellules/mm³ sur deux prélèvements effectués à 6 mois au moins d'intervalle sous traitement ARV continu.

7.2.3. Prévention et prise en charge de la cryptococcose

La cryptococcose, due à *Cryptococcus neoformans* est l'une des infections opportunistes les plus graves et contribue fortement à la mortalité élevée observée avant et après la mise en route du TAR.

Elle détermine une méningite (céphalées, syndrome méningé, fièvre).

Le diagnostic est confirmé par la recherche de l'Antigène Cryptococcique (Ag Cr) dans le sang ou le LCR par les tests rapides ou la présence de cryptocoque dans le LCR à la coloration à l'encre de chine.

Le dépistage systématique de l'Ag Cr est indiqué chez tous les sujets ayant un taux de CD4 inférieur à 100 cellules/mm³ même si le patient est asymptomatique.

En cas d'Ag Cr négatif, une prophylaxie au Fluconazole doit être mise en route à raison de 200 mg/jr en prise unique jusqu'à l'obtention d'une numération des CD4 supérieurs à 200 cellules/mm³ sur deux contrôles consécutifs à 6 mois d'intervalle.

En cas d'Ag Cr positif, il faudra traiter.

Le traitement repose sur l'utilisation du Fluconazole

- à raison de 1200 mg en prise unique par jour pendant 2 semaines puis
- 800 mg en prise unique pendant 8 semaines.
- Le traitement d'entretien se fera à la dose de 200 mg/jr jusqu'à l'obtention d'une numération des CD4 supérieurs à 350 cellules/mm³ sur deux contrôles consécutifs à 6 mois d'intervalle.

Chez les enfants, la dose est de 6 à 12 mg/Kg/jr pendant 2 semaines puis demie-dose pendant 8 semaines.

Traitement antirétroviral : chez les patients atteints de méningite à cryptocoque, il n'est pas recommandé de mettre en route immédiatement un TAR en raison du risque élevé d'IRIS avec atteinte du système nerveux central pouvant mettre en jeu le pronostic vital.

Chez les personnes vivant avec le VIH chez qui un diagnostic de méningite à cryptocoque a été posé récemment, la mise en route d'un TAR doit être

reportée jusqu'à la présence de signes montrant une réponse clinique prolongée au traitement antifongique et après six semaines de traitement par Fluconazole.

Si le patient est déjà sous TAR avant le diagnostic de cryptococcose, il doit être poursuivi en même temps que le traitement par Fluconazole.

7.2.4. Dépistage et traitement de la pneumocystose

La pneumocystose est une affection opportuniste parasitaire due à *Pneumocystis jiroveci*. Elle se présente sous la forme d'une pneumopathie interstitielle diffuse.

Les signes présomptifs sont la toux sèche, la dyspnée et la fièvre.

La prévention repose sur la chimioprophylaxie au CTM.

Le traitement est à base de CTM :

- Chez les adultes : CTM cp 800/160 mg, 2cp trois fois par jour pendant 21 jours ;
- Chez l'enfant : 100 mg/Kg /jr de Sulfaméthoxazole et 25 mg/kg/jr de Triméthoprime pendant 3 semaines.

Le traitement d'entretien : repose sur le CTM à 800/160 mg/jr (adultes) et chez les enfants (voir tableau chimioprophylaxie CTM) jusqu'à l'obtention d'une numération des CD4 supérieures à 350 cellules/mm³ sur deux prélèvements effectués à 6 mois au moins d'intervalle sous traitement ARV continu.

7.2.5. La candidose buccale et œsophagienne

Il s'agit d'une infection causée par un champignon, le *Candida albicans*. L'infection est le plus souvent buccale mais elle peut s'étendre à l'œsophage. Le diagnostic est clinique.

Chez l'adulte

Le diagnostic repose essentiellement sur des signes cliniques :

- candidose buccale : plaques blanchâtres sur le palais, la face interne de la joue, la langue, l'oropharynx...s'enlevant facilement à l'abaisse langue ;
- candidose œsophagienne : dysphagie, douleur rétro sternale, odynophagie. Aucun autre examen n'est utile en première intention, le diagnostic étant clinique. La numération des CD4 pourrait être demandée si possible pour confirmer l'immunodépression avancée.

Le traitement chez l'adulte est fait de :

- candidose buccale : Fluconazole 100 mg/jour pendant 10 jours ;
- candidose œsophagienne : Fluconazole 150 ou 200 mg/jour pendant 21 jours.

Chez l'enfant :

La candidose buccale est un facteur prédictif de l'infection par le VIH si elle se manifeste :

- après la période néonatale (après 6 à 8 semaines de vie) ;
- sans traitement antibiotique préalable ;
- et si elle dure plus de 30 jours, ou est récurrente.

La candidose buccale peut se manifester par une hyper salivation et un refus de s'alimenter.

A l'examen, il y a la présence de muguet qui tapisse la langue, les joues, le palais.

La candidose œsophagienne se manifeste par la dysphagie, la douleur rétro sternale et l'odynophagie. Ces signes peuvent s'associer au refus de téter, de pleurs après les premières déglutitions chez le nourrisson.

Aucun autre examen n'est utile en première intention. La numération des CD4 pourrait être demandée pour confirmer l'immunodépression avancée.

Le traitement chez l'enfant est fait de :

- **En cas de candidose orale isolée** : Nystatine comprimé à sucer 500.000 UI, 4 fois par jour pendant 2 semaines en dehors des repas en bain de bouche chez le grand enfant appliqué avec une compresse imbibée de bicarbonate 14 pour 1000 ;
- **En cas de candidose œsophagienne** : Fluconazole 6 mg/kg une fois par jour pendant 3 semaines.

La prévention : il n'y a pas de mesures préventives spécifiques en dehors d'une bonne hygiène buccale.

7.2.6. La tuberculose

Le dépistage et la prise en charge de la tuberculose chez les PVVIH a été traité dans un chapitre précédent (➔).

CHAPITRE 8 : SUIVI DE LA PERSONNE VIVANT AVEC LE VIH

8.1. NORMES

8.1.1. Définition

Le suivi biologique consiste à effectuer tous les examens biologiques nécessaires pour une bonne prise en charge des PVVIH (adultes et enfants).

8.1.2. Objectifs

8.1.2.1. Objectif Général

Exécuter l'ensemble des tests biologiques de suivi selon le calendrier retenu dans ce document normatif.

8.1.2.2. Objectifs Spécifiques

- S'assurer de l'efficacité du traitement ARV prescrit
- S'assurer de la tolérance de ce traitement
- Rechercher les mutations de résistance aux ARV.

8.1.3. Bilan clinique initial

Le patient reçu en consultation initiale avec le résultat de la sérologie mentionnant le type de VIH ou un résultat de diagnostic précoce (PCR), doit bénéficier d'un examen clinique initial qui prendra en compte certains paramètres et aboutira au classement de ce dernier en fonction des stades de l'OMS. Les paramètres à explorer sont :

- les renseignements généraux (Identité, date de naissance, sexe, profession, adresse, situation matrimoniale etc.) ;
- la porte d'entrée (Consultation, hospitalisation, PTME, dépistage démedicalisé, dépistage familial, CDT, etc.) ;
- le type de population (Générale, clés) ;

- le type de VIH (date de réalisation et réactifs utilisés) ;
- les antécédents (personnels et familiaux) ;
- les données de l'Examen : Plaintes, Constantes (Poids, taille, TA, Température, FC, IK, IMC, tour de taille, screening TB), Examen physique
- la classification OMS (1 à 4 : voir annexes).

8.1.4. Bilan biologique initial

Après la phase clinique, un bilan biologique initial est demandé mais ne doit pas retarder l'initiation du traitement ARV. Il comprend :

- l'hémogramme (NFS+ Plaquettes) ;
- le bilan hépatique (ALAT ou TGP) ;
- le bilan rénal : Créatininémie et/ou Protéinurie à la bandelette* ;
- la recherche de l'antigène HBs ;
- la glycémie à jeun ;
- le comptage des lymphocytes de CD4 : en valeur absolue chez les sujets âgés de cinq (05) ans et plus et en pourcentage chez les enfants de moins de cinq (05) ans. (Non obligatoire avant l'initiation du TARV) ;
- la recherche de l'anticorps anti HVC* ;
- le dosage de l'ASAT* chez les co-infectés VIH-VHB ou VIH-VHC ;
- l'échographie abdominale * chez les co-infectés VIH-VHB ou VIH-VHC ;
- la radiographie thoracique*
- le GeneXpert
- le Test de grossesse pour les femmes en âge de procréer*

*= *Bilan à la charge du patient*

8.1.5. Surveillance du traitement antirétroviral

8.1.5.1. Surveillance clinique

Le suivi clinique se déroule de la façon suivante :

▪ Chez l'adulte

- J14 : tout patient ayant reçu son traitement ARV doit être revu au 14^{ième} jour pour une évaluation de l'état clinique (plaintes particulières), des constantes physiques, de la compréhension de traitement, de l'adhésion au traitement, de l'observance et d'éventuels effets secondaires. Ne pas oublier de rechercher les signes évocateurs de la tuberculose (questionnaire de screening de la tuberculose).

- M1 : au premier mois, il faut évaluer tous les éléments précédents en recherchant une amélioration de l'état général.

- M6 : A partir du sixième mois, la périodicité du suivi clinique se fait tous les six mois (M6, M12).

▪ Chez l'enfant

Le rythme de suivi chez l'enfant infecté par le VIH mis sous ARV est décrit comme suit :

- J14
- M1
- Suivi mensuel les 3 premiers mois
- Suivi trimestriel si l'observance est bonne avec une bonne coopération des parents/tuteurs.

En cas de survenue de turbulences, le suivi de l'enfant sera mensuel.

Les turbulences sont d'ordre

- médical (survenue d'IO, chute des CD4 ou charge virale détectable et élevée),
- familial (deuil parental, changement de tuteur conflit familial avec un adolescent,
- nutritionnel (perte de poids inexplicée, cassure de la courbe de poids)
- psychologique (modification de comportement) et
- après l'annonce du résultat.

8.1.5.2. Surveillance biologique

▪ Au contrôle du J14

En cas de non réalisation du bilan avant la mise sous ARV, vérifier ou faire réaliser ce bilan lors du contrôle de J14.

▪ Au contrôle du 1er mois (M1)

Créatinine plasmatique

NB : un bilan complémentaire à la créatininémie pourra être demandé en fonction du schéma thérapeutique (NFS si AZT prescrit et ALAT si NVP prescrit).

▪ Au contrôle du 6ème mois (M6)

- Créatinine plasmatique ;
- Hémogramme ou Numération Formule Sanguine (NFS+ plaquettes) ;
- Transaminases (ALAT) ;
- Glycémie à jeun ;
- Bilirubine* si le patient sous ATV/r ;
- Numération des CD4 (exprimée en % chez les enfants de moins de 5 ans) ;

- Charge virale.

NB : La CV doit être reprise rigoureusement 3 mois après si elle était détectable à M6 tout en renforçant l'observance.

▪ **Au contrôle du 12ème mois (M12)**

- Reprendre le bilan de M6 et ajouter les examens suivants :
- Bilirubine* si le patient est sous ATV/r
- Protéinurie*
- Cholestérol total et HDL*
- Triglycérides*.

▪ **Les contrôles ultérieurs**

Les contrôles ultérieurs comporteront tous les 6 mois le même bilan qu'à M6 sans la charge virale et tous les 12 mois le même bilan qu'à M12.

NB : Chez les enfants, la charge virale est recommandée tous les six (06) mois.

Le tableau ci-après résume les bilans à faire chez le PVVIH.



Tableau 17: Bilans de suivi des adultes et des enfants en fonction de la périodicité des consultations

Paramètres	Bilan initial	M1	M6	M12	Chaque 6 mois	Chaque 12 mois
NFS	X		X	X	X	X
ALAT	X		X	X	X	X
Glycémie	X		X	X	X	X
Créatinine plasmatique	X	X	X	X	X	X
Protéinurie*	X			X		X
Bilirubine*	X			X	x	X
Cholestérol total et HDL*				X		X
Triglycérides*				X		X
Ag HBs	X					
Ac anti VHC*	X					
CD4**	X		X	X	X	X
Charge virale			X	X	X***	X
Test de grossesse*	X					

*= Ces bilans sont à la charge du patient

**= Pour un patient bien observant sous ARV depuis plus de 2 ans avec CV indétectable, réaliser les CD4 une fois par an. (CD4 en début d'année et CV en fin d'année)

***= Chez les enfants la charge virale est recommandée tous les six (06) mois.

▪ Tests de résistance : le génotypage

- Définition

Les tests génotypiques analysent les mutations présentes sur les gènes codant pour les protéines cibles des antirétroviraux (Reverse Transcriptase, Protéase, Intégrase).

Une résistance du VIH apparaît lorsque celui-ci se réplique en présence d'antirétroviraux (ARV). Ces ARV deviennent inefficaces sur la réplication du Virus, témoignant de l'échec virologique.

- Indications du test de résistance aux ARV

Le test de résistance aux ARV est recommandé devant un échec aux ARV de deuxième ligne de traitement ARV ou un échec chez un sujet ayant utilisé deux régimes thérapeutiques différents de première ligne.

Le prélèvement sanguin pour le génotypage se fera conformément aux procédures définies par le Laboratoire National de Référence du PSLS.

8.1.5.3. Effets indésirables du traitement ARV

Les effets indésirables des ARV sont variables. Ils peuvent :

- avoir une traduction biologique et/ou clinique ;
- survenir précocement après l'introduction du traitement (dans les premières semaines ou premiers mois) ou à plus long terme (après 6 mois de traitement ou plusieurs années pour certains) ;
- être bénins ou mettre en jeu un pronostic vital ;
- être spécifiques d'une molécule ou d'une famille de molécules.

Lors de la survenue d'un effet secondaire, la conduite à tenir vis-à-vis du traitement ARV dépend de la sévérité des symptômes (grade OMS, Tableau).

Tableau 18: Principaux effets indésirables des ARV disponibles au Bénin

Classe	ARV	Principaux effets secondaires
INHIBITEUR NUCLÉOSIDIQUE DE LA TRANSCRIPTASE INVERSE (INTI)	Zidovudine (AZT)	<ul style="list-style-type: none">• Anémie modérée à sévère (parfois brutale), neutropénie• Nausées• Douleurs musculaires• Hyperpigmentation (ongles, langue)• Gynécomastie (développement des seins chez l'homme)
	Lamivudine (3TC)	Généralement bien toléré

Classe	ARV	Principaux effets secondaires
	Abacavir (ABC)	Réaction allergique
	Emtricitabine (FTC)	Généralement bien toléré
	Ténofovir (TDF)	<ul style="list-style-type: none"> • Toxicité rénale • Déminéralisation osseuse • Diarrhée, nausées
INHIBITEUR NON NUCLÉOSIDIQUE DE LA TRANSCRIPTASE INVERSE (INNTI)	Névirapine (NVP)	<ul style="list-style-type: none"> • Réactions allergiques cutanées pouvant évoluer vers des formes graves (décollement bulleux de la peau avec atteinte des muqueuses : syndromes de Stevens-Johnson et de Lyell) • Hépatites parfois sévères
	Efavirenz (EFV)	<ul style="list-style-type: none"> • Troubles neuropsychiques : vertiges (fréquents au début, régressifs spontanément en quelques jours ou semaines), insomnie, somnolence, hallucinations • Allergies cutanées et hépatiques (plus rares qu'avec la NVP) • gynécomastie
INHIBITEUR DE PROTÉASE (IP)	Lopinavir/r (LPV/r)	<ul style="list-style-type: none"> • Diarrhée, nausées, vomissements • Élévation des enzymes hépatiques • Dyslipidémie et Lipodystrophie • Anomalie de l'ECG : allongement PR et QT
	Atazanavir/r (ATV/r)	<ul style="list-style-type: none"> • Coloration jaune des yeux (bénins), • Colique néphrétique
	Darunavir/r (DRV/r)	<ul style="list-style-type: none"> • Toxicité hépatique • Réactions cutanées et réactions d'hypersensibilité sévère
ANTI INTEGRASE	Raltégravir (RAL)	<ul style="list-style-type: none"> • Rhabdomyolyse • Myopathie et myalgies • Hypertransaminasémie
	Dolutégravir (DTG)	<ul style="list-style-type: none"> • Réactions d'hypersensibilité (éruptions cutanées, symptômes généraux, hépatite sévère pouvant mettre en jeu le pronostic vital) • Céphalées, diarrhée, nausées.

Tableau 19: Conduite à tenir vis-à-vis du traitement ARV en cas de survenue d'effets indésirables (chez l'adulte)

CONDUITE À TENIR	SURVEILLANCE MÉDICALE ATTENTIVE		SUBSTITUER LA MOLECULE EN CAUSE*	
	Grade 1	Grade 2	Grade 3	Grade 4
Paramètres	Grade 1	Grade 2	Grade 3	Grade 4
Anémie Hb (g/dl)	8,0-9,4	7,0-7,9	6,5-6,9	< 6,5
Neutropénie (10 ⁹ /l)	1,0-1,5	0,75-0,99	0,5-0,749	< 0,5
Thrombopénie (10 ⁹ /l)	75-99	50-74,9	20-49,9	< 20
Enzymes hépatiques	1,25-2,5 x N	> 2,5-5 x N	5,0-10,0 x N	> 10,0 x N
Lésion muqueuse buccale	Érythème	Érythème, ulcère, repas solides possibles	Ulcère, régime hydrique uniquement	Ulcère, alimentation impossible
Nausées, Vomissements	Nausées	Vomissements transitoires	Vomissements, besoin d'anti-vomitifs	Vomissements incoercibles
Diarrhée	Légère ou transitoire	Modérée Ou persistante	Diarrhée sanglante ou hypotension orthostatique ou ≥ 7 selles molles/j ou nécessité d'un traitement intraveineux	Hypotension avec choc ou nécessité d'une hospitalisation
Créatininémie	> 1,0-1,5 x N	>1,5-2 x N	> 2 x N	
Hématurie	Microscopique	Macroscopique	Macroscopique	Obstructive

CONDUITE À TENIR	SURVEILLANCE MÉDICALE ATTENTIVE		SUBSTITUER LA MOLECULE EN CAUSE*	
		sans caillots	avec caillots	
Réaction allergique	Prurit sans éruption	Urticaire localisée	Urticaire généralisée	Choc anaphylactique Œdème de Quincke
Rash cutané	Érythème (± prurit), peu intense, localisé, ou peu étendu	Érythème intense et diffus	Sur fond d'érythème intense et diffus, vésicules et petits décollements bulleux	Atteinte des muqueuses (conjonctives, lèvres et bouche, muqueuses génitales), bulles confluentes

*= même à la normalisation des paramètres, certaines molécules ne peuvent plus être réintroduites (NVP et ABC)

Tableau 20: Conduite à tenir vis-à-vis du traitement ARV en cas de survenue d'effets indésirables chez l'enfant

Paramètres	Grade 1	Grade 2	Grade 3	Grade 4
CONDUITE À TENIR	Pas de modification du traitement Surveillance médicale rapprochée	Traitement symptomatique et surveillance poursuivre les ARV En absence d'amélioration, envisager une modification de la combinaison	Remplacer la molécule d'ARV potentiellement en cause	Arrêter le traitement ARV, prendre en charge sans les ARV, après amélioration des signes reprendre les ARV en excluant la molécule responsable de l'effet secondaire
Effets indésirables				

Paramètres	Grade 1	Grade 2	Grade 3	Grade 4
Hémoglobine g/dl (NRS <3mois)	9,0-9,9	7,0-8,9	<7,0	Insuffisance cardiaque secondaire à l'anémie
Hémoglobine (NRS 3mois à 2ans)	10,0-10,9	7,0-9,9	<7,0	
Polynucléaires neutrophiles	0,75- 1,2 10 ⁹ /l	0,4-0,749 x 10 ⁹ /L	0,25 – 0,399 x 10 ⁹ /L	< 0,25x 10 ⁹ /L
Transaminases	1,1-4,9 x N	5,0-9,9 x N	10 - 15x N	> 15 x N
Triglycérides	-	1,54-8,46mmol/L	8,47-13,55mmol/L	>13,56mmol/L
Bilirubine	1,1-1,9xN	2-2,9xN	3-7,5xN	>7,5xN
Amylasémie	1,1-1,4xN	1,5-1,9xN	2-3xN	> 3xN
Effets secondaires cutanés	Rash	Eruptions maculo-papuleuses diffuses ou desquamatives	Eruptions vésiculeuses ou Ulcéreuses	Dermatite exfoliative ou Syndrome de Stevens Johnson ou érythème polymorphe

8.1.5.4. Surveillance des comorbidités

Les PVVIH présentent un risque important de développer différentes maladies non transmissibles : pathologies cardio-vasculaires, diabète, maladies respiratoires chroniques, certains types de cancer et les maladies mentales.

Lorsqu'elles reçoivent un TAR efficace, les PVVIH vivent plus longtemps et peuvent présenter des maladies non transmissibles liées au vieillissement, à la santé mentale, à l'inflammation chronique due au VIH, ou à l'utilisation de certains ARV.

Un dépistage, un suivi et une prise en charge des maladies non transmissibles doivent être systématiquement mis en œuvre chez les PVVIH sous TAR.

Pour ce faire, il faut :

- évaluer l'état nutritionnel et donner des conseils (manger moins gras ; moins salé, moins sucré et boire beaucoup d'eau) ;
- conseiller l'arrêt du tabac et de l'alcool ;
- promouvoir l'exercice physique ;
- prendre la tension artérielle à toutes les consultations ;
- doser le cholestérol et la glycémie (Cf tableau de suivi biologique).

La coordination des soins dans ce contexte de comorbidités est capitale pour une bonne prise en charge des PVVIH.

Certaines maladies non transmissibles sans être liées au vieillissement présentent la complexité de devoir être prises en charge cumulativement à l'infection par le VIH.

Le problème majeur devient celui de la coordination de soins et d'interactions médicamenteuses fréquentes.

Les troubles mentaux sont des maladies non transmissibles, pour lesquelles les médicaments prescrits sont continus avec de fortes interactions (exemple d'un désir de procréation incompatibles avec les effets secondaires de la pharmacopée). Signalons que ces troubles constituent parfois un facteur de risque de transmission du VIH par des comportements inadaptés, ou un groupe mal ciblé par les messages traditionnels de prévention.

La transition épidémiologique est réelle et les efforts d'approche intégrée sont à envisager. L'outil affiché en salle de consultation décrivant selon le



site, le circuit interne au service de soins et extérieur pourrait être un outil simple à actualiser.

8.1.5.5. Vaccination

Chez les personnes vivant avec le VIH, une évaluation doit être menée à tous les stades de soins afin de déterminer si elles remplissent les critères pour recevoir des vaccinations.

Tous les vaccins du Programme Elargi de Vaccination (PEV) sont recommandés chez la PVVIH. Cependant il faut éviter de faire les vaccins à virus atténués (anti-masquillo, anti rougeoleux et polio oral) chez les sujets qui ont un déficit immunitaire sévère (CD4 < 20% chez les enfants de moins de 5 ans et CD4 < 200 cellules/mm³ au-delà de 5 ans et chez les adultes).

Les vaccins inactivés (exemples : Diphtérie, Coqueluche) sont plus efficaces chez les personnes recevant un TAR et chez celles qui ne présentent pas d'immunodépression sévère. Ils sont sans danger et peuvent être utilisés dans tous les groupes avec une certaine efficacité.

Le tableau ci-dessous montre le calendrier vaccinal actuellement recommandé chez l'enfant exposé au VIH ou infecté par le VIH.



Tableau 21 : Calendrier Vaccinal

Période	Enfants asymptomatiques	Enfants symptomatique
Naissance	BCG Polio oral Hépatite virale B	Polio oral* Hépatite virale B
6 semaines	DTCoq+Polio Oral Hépatite B Haemophilus B*** Pneumocoque*** Rotavirus	Hépatite B DTCoq+Polio oral Haemophilus B*** Pneumocoque***
10 semaines	DTCoq+Polio Oral Hépatite B Haemophilus B*** Pneumocoque*** Rotavirus	Hépatite B DTCoq+Polio oral Haemophilus B*** Pneumocoque***
14 semaines	DTCoq+Polio Oral Hépatite B Haemophilus B*** Pneumocoque*** VPI (à 14 semaines)	Hépatite B DTCoq+Polio oral Haemophilus B*** Pneumocoque***
6 mois	Rougeole + Vit A	Rougeole**+ Vit A
9 mois	Antiamarile Rougeole + Rubéole Meningo A dès que introduit dans le PEV	Rougeole**+
18 mois	Pentavalent incluant Hépatite B	Pentavalent incluant Hépatite B
9-13ans	Vaccin papilloma virus****	

* remplacer par polio injectable si disponible

**Ne pas l'administrer dans les cas de déficit immunitaire sévère

***Vaccins conseillés

8.1.5.6. TAR et Fertilité

Trois situations sont possibles :

a) Femme infectée et homme séronégatif

Si les conditions de fécondité sont remplies, il faut vérifier que la charge virale indétectable et proposer :

- une introduction du contenu du préservatif après éjaculation (sperme) ;
- une insémination intra-utérine ;
- rapports sexuels non protégés à la période de fécondation sous PrEP pour l'homme ([→ section PrEP](#)).

b) Homme infecté et femme séronégative

Si les conditions de fécondité sont remplies, il faut vérifier que la CV est indétectable et proposer :

- les rapports sexuels ciblés (autour de la fécondation) non protégés et sous PrEP pour la femme;
- le lavage de sperme suivi d'insémination intra vaginale ou ;
- la procréation médicalement assistée.

NB : Il est à noter que même sous PrEP, il demeure un risque de transmission du virus au partenaire non infecté. L'adoption d'un enfant est une option à proposer.

c) Homme et femme séropositifs

Si les conditions de fécondité sont remplies, il faut vérifier que la CV est indétectable chez les deux et proposer :

- les rapports sexuels ciblés (autour de la fécondation) non protégés;

- le lavage de sperme suivi d'insémination intra vaginale ou ;
- la procréation médicalement assistée.

Note : Il faut souligner que les ARV utilisés au Bénin n'empêchent pas la conception. Toutefois le **Dolutégravir** au vu des connaissances actuelles présente des risques de malformation du tube neural en début de grossesse, c'est pourquoi le Bénin ne le recommande pas chez les femmes ayant le désir de conception et chez les femmes n'ayant pas une contraception sûre et efficace.

8.2. PROCÉDURES

Toute demande d'examen biologique doit être faite par les médecins du site ou le personnel paramédical délégué à cette tâche.

Le bulletin doit comporter obligatoirement tous les renseignements requis notamment : le nom et le code du malade, l'âge, le type de VIH, le type de bilan, le mois de suivi, le résultat antérieur du même examen (pour les demandes de CD4 ou de charge virale), le traitement ARV en cours, le nom et le contact du prescripteur ainsi que le nom du site, spécificités liées au patient (femme enceinte et terme de la grossesse).

Les prélèvements sont faits sur les sites et convoyés avec les bulletins vers les laboratoires agréés. Selon l'organisation du site, les malades peuvent également être envoyés directement dans un laboratoire agréé proche pour se faire prélever.

Le comptage des CD4 est gratuit mais non obligatoire à l'initiation de la thérapie antirétrovirale et au plus deux fois par an chez toute personne infectée par le VIH. **Il est recommandé une mesure annuelle des CD4 chez les patients stables sous ARV et virologiquement contrôlés.**

La charge virale est gratuite et réalisée au 6^{ème} mois et tous les douze mois (le formulaire de demande de charge virale se trouve en annexe du document). Une charge virale supplémentaire (optionnelle) gratuite est possible et laissée à l'appréciation du médecin prescripteur des ARV ou à la décision du staff thérapeutique (par exemple en cas de suspicion d'échec du traitement).

Les tests de résistance peuvent être demandés par le médecin ou après une réunion du comité thérapeutique devant les cas d'échec virologique.

Un rapport trimestriel des activités de laboratoire sera adressé aux structures départementales par les responsables des sites, ensuite au PSLS et comportera l'analyse statistique des résultats obtenus au niveau intermédiaire.

Les résultats des examens doivent être adressés aux médecins demandeurs sous pli fermé. Le laboratoire doit mettre en place une procédure rapide du rendu des résultats de charge virale (plasma ou sur DBS) et des examens PCR pour le diagnostic précoce des enfants (Mail, remise par un coursier dédié ou retrait au laboratoire par le médiateur du site concerné, SMS aux prescripteurs portant seulement le code patient) afin que le résultat soit exploité rapidement par le par le prescripteur.



CHAPITRE 9 : SOINS ET SOUTIEN AUX PVVIH

9.1. PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE

9.1.1. Normes

9.1.1.1. Objectifs

- Garantir l'équilibre psychologique des PVVIH et de leur famille ;
- Renforcer l'intégration des patients au sein de leur groupe familial, culturel et professionnel ;
- Susciter chez les PVVIH l'adoption de nouveaux comportements positifs.

9.1.1.2. Prestataires

Il s'agit de : psychologue, assistant social, sage-femme, infirmier ou médecin formés, assistant juriste, éducateur thérapeutique du patient (ETP).

L'action de ces derniers, peut être renforcée par la contribution d'un sociologue, d'un médiateur, d'un animateur d'ONG ou de communauté religieuse, des praticiens de la médecine traditionnelle, de la famille, d'un conseiller conjugal, des associations de PVVIH.

9.1.1.3. Groupes cibles

Les patients, leur famille, leur entourage et tout professionnel socio sanitaire.

9.1.1.4. Moment

Lors des conseils pré et post- test et de l'accompagnement psychologique au cours du suivi de la PV VIH.

9.1.1.5. Lieux

Dans les sites de traitement, à domicile ou dans toute autre structure socio-sanitaire qui s'y prête.

9.1.2. Procédures

- Offrir un bon accueil ;
- avoir une bonne qualité d'écoute ;
- mettre en confiance la PVVIH et respecter la confidentialité ;
- veiller à la clarté et à la précision dans les réponses ;
- éviter les jugements de valeur ;
- dédramatiser l'infection par le VIH ;
- évaluer le risque ;
- aider la PVVIH à établir un plan de réduction de risque ;
- aider la PVVIH à prendre une décision ;
- encourager les PVVIH à se mettre en association pour le partage d'informations, d'expériences, le développement des activités génératrices de revenus (AGR) et le soutien réciproque ;
- proposer et encourager les visites à domicile.

9.2. PRISE EN CHARGE SOCIALE ET COMMUNAUTAIRE

9.2.1. Définition

La prise en charge sociale et communautaire est une démarche thérapeutique qui prend en compte les dimensions spirituelle, corporelle et un ensemble de mesures sociales, économiques, professionnelles, familiales et communautaires.

Ces mesures visent à aider les PVVIH, leur famille et la communauté à trouver les ressources internes et externes leur permettant de s'adapter efficacement à la nouvelle situation liée à l'apparition du VIH/SIDA.



9.2.2. Objectifs

9.2.2.1. Objectif général

Contribuer à la restauration de la santé du patient à travers le soutien dont il a besoin dans la totalité de son cadre de vie (famille, travail, environnement social).

9.2.2.2. Objectifs spécifiques

- Mettre à la disposition du personnel social des outils et des moyens pour une prise en charge efficace des personnes infectées et affectées ;
- impliquer la communauté dans la prise en charge à travers les associations, les médiateurs, la famille, l'environnement social et amical ;
- disposer d'un cadre institutionnel et physique favorable à cette prise en charge ;
- renforcer l'intégration des PVVIH au sein de leurs différents groupes (familial, social, culturel, professionnel, groupes de parole) , de leur réseau d'association et communauté religieuse ;
- aider le (la) client(e) à maintenir ou à reprendre son activité professionnelle.

9.2.3. Normes

La prise en charge sociale et communautaire repose sur les activités suivantes :

- Le soutien matériel, financier, éducationnel, administratif, nutritionnel ;
- les visites à domicile ;
- l'accompagnement et la relation d'aide ;
- la promotion des groupes d'auto-support et des associations de PVVIH (mise en réseau et en fédération) ;



- la référence communautaire ;
- la vulgarisation et la mise en application des textes de loi ;
- la consultation sociale ;
- l'enquête sociale.

9.2.3.1. Le soutien

C'est un ensemble d'aide et d'appuis (matériel, financier, éducationnel, administratif, nutritionnel, professionnel et organisationnel) dont le patient a besoin à un moment donné afin d'être soulagé et réconforté dans ses difficultés.

- **Approche**

Elle passe par l'identification des besoins réels du patient et de son entourage. Ce soutien doit s'appuyer sur l'autodétermination du patient et de son entourage.

- **Prestataires**

- Le personnel médical et paramédical (médecins, infirmiers, sages-femmes, assistants sociaux, pharmaciens, psychologues, sociologues) ;
- les médiateurs ;
- les animateurs d'ONG ;
- les membres des associations ;
- les membres de communautés religieuses ;
- la famille et la communauté.

- **Niveaux**

Les niveaux d'intervention sont : familial et communautaire.

- **Matériels**

- Outils de collecte de données (fiche de suivi à domicile, fiche d'enquête sociale etc.) ;



- Ressources nécessaires pour assurer le soutien matériel et financier.

- **Groupes cibles**

Toute personne infectée ou affectée par le VIH.

9.2.3.2. Les visites à domicile

- **Définition**

C'est l'interface entre la structure de soins et l'extérieur. C'est une visite préparée par un groupe, une structure ou une personne, au vu de la demande des informations et des besoins des PVVIH. Elle permet d'apporter à une personne infectée ou affectée par le VIH, un soutien pouvant être affectif, médical, nutritionnel, spirituel, éducationnel.

- **Approche**

Les visites à domicile se feront avec le consentement de la personne infectée ou affectée par le VIH.

- **Prestataires**

- Les techniciens sociaux ;
- Les médiateurs : les personnes qui joueront ce rôle doivent être proposées par une association. Elles doivent savoir lire et écrire le français ;
- Les animateurs d'ONG et des membres d'associations : ceux-ci appartiennent à une Association/ONG régulièrement reconnue par l'Etat ou sont membres d'un réseau de santé et/ou de lutte contre le SIDA ;
- Des membres des communautés religieuses ;
- Le personnel médical et paramédical (Médecins, Infirmiers sages-femmes, pharmaciens, psychologues).

- **Niveaux**



Le niveau d'intervention est familial et communautaire.

▪ **Matériels**

- Outils de collecte de données (fiche de suivi à domicile, cahier de visite à domicile etc.) ;
- Trousse de visite à domicile (contenu de la trousse : thermomètre, tensiomètre, stéthoscope, alcool, coton hydrophile, abaisse-langue) ;
- Matériel roulant.

▪ **Groupes cibles**

Toute personne infectée ou affectée par le VIH.

9.2.3.3. L'accompagnement et la relation d'aide

▪ **Définition**

C'est un ensemble de démarches qui visent à suivre la PVVIH (et sa famille) en vue de l'amener à accepter son statut sérologique et à surmonter les difficultés inhérentes à sa nouvelle situation.

▪ **Approche**

Elle passe par l'identification des besoins du patient et de son entourage. Elle se poursuit durant toute la vie du patient.

▪ **Prestataires**

- Le personnel médical et paramédical (médecins, infirmiers, sages-femmes, assistants sociaux, pharmaciens, psychologues, sociologues) ;
- Les médiateurs ;
- Les animateurs d'ONG ;
- Les associations ;
- Les communautés religieuses.



▪ Niveau

Le niveau d'intervention est familial et communautaire.

▪ Matériels

Outils de collecte de données (fiche de suivi à domicile, fiche d'enquête sociale, etc.).

▪ Groupes cibles

Toute personne infectée ou affectée par le VIH.

9.2.3.4. La promotion des groupes d'auto-support et des associations de PVVIH (mise en association et en réseau)

▪ Définition

C'est l'ensemble des actions menées pour le développement des groupes d'auto-support et des associations des PVVIH (groupes de parole, association et réseau).

▪ Objectifs

- Assurer un cercle d'auto partage, d'écoute et d'accompagnement mutuel ;
- Organiser des rencontres d'échange entre associations de PVVIH ;
- Assurer un meilleur suivi des PVVIH

▪ Approche

- Plaidoyer ;
- Activités Génératrices de Revenus ;
- Soutien nutritionnel ;
- Formation continue ;
- Concertation.



▪ **Prestataires**

- Les assistants sociaux ;
- Les médiateurs ;
- Educateurs thérapeutiques ;
- Les associations/ ONG ;
- Le personnel médical et para médical.

▪ **Niveau**

Communautaire.

▪ **Matériels et locaux**

- Supports d'IEC/CCC ;
- Matériel didactique ;
- Cadre adéquat pour l'écoute ;
- Siège d'ONG/ Associations ;
- Domicile d'un membre associatif ;
- Salle de réunion.

▪ **Groupes cibles**

- Les PVVIH ;
- Les associations de lutte contre le VIH/SIDA.

9.2.3.5. La protection juridique

La loi N° 2005-31 du 10 Avril 2006 portant prévention, prise en charge et contrôle du VIH/SIDA en République du Bénin a été promulguée.

La mise en application de cette loi nécessite la dissémination des documents, la formation des acteurs sur le contenu de la loi et une large vulgarisation de ce contenu.



9.2.3.6. La consultation sociale

▪ Définition

C'est un ensemble d'actes sociaux qui permet d'apprécier la situation sociale de la PVVIH.

▪ Objectif

Evaluer la situation sociale de la PVVIH.

▪ Approche

- Entretien ;
- Observation ;
- Visite à domicile.

▪ Prestataires

- Assistants sociaux ;
- Toute personne formée pour la consultation sociale.

▪ Niveau

- Communautaire ;
- Périphérique ;
- Intermédiaire ;
- Central.

▪ Matériel et locaux

- Bureau du prestataire ;
- Dossier social ;
- Fiche de référence ;
- Fiche d'accompagnement social ;
- Fiche de consultation sociale.



- **Groupe cible**

PVVIH et personnes affectées par le VIH.

9.2.3.7. L'enquête sociale

- **Définition**

C'est un ensemble de démarches effectuées dans le milieu de vie de la PVVIH en vue de cerner sa situation sociale.

- **Objectif**

Evaluer la situation sociale de la PVVIH.

- **Approche**

- Entretien ;
- Visites à domicile;
- Observation.

- **Prestataires**

Assistants sociaux et toute personne formée à l'enquête sociale.

- **Niveaux**

- Familial ;
- Communautaire.

- **Matériel et locaux**

- Milieu de vie ;
- Fiche d'enquête sociale.

- **Groupes cibles**



Personnes affectées ou infectées par le VIH.

9.2.4. Procédures

9.2.4.1. Les visites à domicile

▪ Avant la visite à domicile : Préparation

- Prendre rendez-vous avec la personne infectée ou affectée par le VIH ;
- Avoir les coordonnées géographiques du domicile du patient et son contact téléphonique ;
- Repérer l'endroit (domicile de la PVVIH) ;
- Rassembler le maximum d'informations possibles sur le patient ;
- Préparer la visite en équipe (faire intervenir le plus d'expériences acquises ;
- Désigner les personnes qui doivent exécuter la visite, élaborer un plan d'exécution de la visite, répéter et corriger (ne pas excéder 30 minutes).

Il faut tenir compte des informations reçues auprès du médecin et de l'assistant social s'il s'agit de la première visite. Mais s'il y a eu des visites antérieures, tenir compte de leur rapport et des informations reçues auprès du personnel soignant.

NB : obtenir un consentement libre et éclairé du patient.

▪ Au cours de la visite

- Saluer le patient ;
- Se présenter et rappeler les buts de la visite ;
- Recevoir le patient en un lieu qui garantit la confidentialité ;
- S'entretenir avec le patient seul ou en présence de son accompagnant qu'il a librement choisi ;

- Evaluer la situation sociale du patient (qualité de l’habitat, état nutritionnel, conditions d’hygiène, état émotionnel, etc.) ;
- Evaluer l’observance pour les PVVIH sous ARV ;
- Collecter les données sur la fiche de visite à domicile ;
- Recenser tous les problèmes ;
- Discuter des approches de solution avec la PVVIH ;
- Prendre une date pour le prochain rendez-vous.
 - **Après la visite**
 - Rédiger un rapport de la visite à domicile ;
 - Remplir le cahier de visite à domicile ;
 - Entreprendre les démarches pour la résolution des problèmes identifiés et non résolus lors de la visite à domicile.

9.2.4.2. Le soutien matériel, financier éducationnel, administratif, nutritionnel et juridique

Le soutien aux PVVIH est tributaire du statut social déterminé par une enquête sociale réalisée par un travailleur social.

Les conclusions de cette enquête vont déterminer le type de soutien qu’il faut apporter aux PVVIH.

Ces soutiens sont d’ordre matériel (dons de médicaments, de vivres), financier (activités génératrices de revenus), éducationnel, administratif, nutritionnel, juridique, etc.



9.2.4.3. L'accompagnement et la relation d'aide

▪ **Définition**

L'accompagnement et l'aide se définissent comme toute sorte de relation qui vise à soutenir mais qui sort du cadre clinique.

▪ **Sujet**

La PVVIH et personnes affectées.

▪ **Approche**

Entretien

▪ **Qualités requises**

- Confidentialité ;
- Capacité d'écoute ;
- Empathie ;
- Auto détermination ;
- Connaître ses limites.

▪ **Mise en œuvre pratique**

Une enquête sociale et psychologique est faite dès les premiers contacts avec le centre de prise en charge ou à tout moment au cours du suivi. Le prestataire doit insister sur le revenu du patient, la taille de la famille, ses charges sociales, l'appui éventuel des membres de sa famille, le vécu de la maladie. Il doit déterminer les besoins sociaux et psychologiques du patient. Des approches de solution doivent être trouvées avec la participation du patient.

La rétention dans la file active doit être assurée en faisant : un suivi des rendez-vous manqués, le rappel des rendez-vous par les technologies de



l'information et la recherche des perdus de vue (soit par les technologies de l'information, soit par les visites à domicile).

9.2.4.4. Promotion des groupes d'auto-support et des associations de PVVIH (mise en réseau et en fédération)

- **Critères d'intervention**
 - Création d'association ;
 - Obtenir un certificat de reconnaissance officielle ;
 - Suivre ces associations.

- **Approche**
 - Dialogue ;
 - Persuasion.

- **Mise en réseau et fédération**
 - Aider à mobiliser les ressources ;
 - Assurer le suivi et l'évaluation sur un mode participatif ;
 - Sensibiliser et conscientiser les PVVIH à se regrouper ;
 - Faire un plaidoyer en direction des autorités politico - administratives et des partenaires pour mieux les informer de tout ce qui est entrepris et les sensibiliser à la situation des PVVIH. Ceci permet de donner une meilleure visibilité à la lutte contre le SIDA.

- **Respecter la loi N° 2005-31 du 10 Avril 2006.**

9.2.4.5. La consultation sociale

- **Accueil réel**
 - Inviter le patient à s'asseoir ;
 - Etre courtois ;

- Etablir un climat de confiance, de confidentialité et de convivialité.
- **Evaluation de la situation sociale**
 - Apprécier l'état nutritionnel du patient ;
 - Evaluer la qualité de vie du patient : habitat, le maintien de la personne, état émotionnel;
 - Evaluer les relations interpersonnelles ;
 - Evaluer le pouvoir d'achat ;
 - Evaluer les ressources ;
 - Evaluer la relation avec sa communauté.
- **Fiche d'évaluation**
 - Remplir la fiche d'évaluation ;
 - Déterminer la conduite à tenir.

9.2.4.6. L'enquête sociale

- **Préparation**
 - Elaborer un questionnaire ;
 - Prendre les coordonnées de la PVVIH ;
 - Prendre rendez-vous.
- **Exécution**
 - Saluer ;
 - Demander d'après le patient ;
 - Se faire accueillir ;
 - Rappeler le but de sa présence au patient ;
 - Demander un cadre idéal pour administrer le questionnaire ;



- Etre attentif à tout ce qui est expressif non verbal (geste, environnement, mimique...).

- **Après exécution**

- Faire les observations nécessaires au patient ;
- Convenir de la suite de l'enquête.

- **Conclusion**

- Faire le rapport de l'enquête ;
- Déterminer la conduite à tenir.

9.2.4.7. Soutien à l'observance

- **Définition**

L'OMS définit l'observance d'un traitement comme étant la mesure avec laquelle le comportement d'une personne qui prend des médicaments, suit un régime alimentaire et/ou change de style de vie, correspond aux recommandations établies d'un commun accord avec un prestataire de soins.

Pour le TAR, un niveau élevé d'observance continue est nécessaire pour :

- 1). supprimer la réplication virale et améliorer les résultats immunologiques et cliniques ;
- 2). réduire le risque de développer une résistance aux ARV ;
- 3). réduire le risque de transmission du VIH.

Les services de soutien à l'observance en matière de prise en charge des PVVIH, comportent :

- l'éducation thérapeutique (ETP) ;
- l'aide à l'observance ;
- les groupes de parole.

Le soutien à l'observance est l'ensemble des mesures apportées aux PVVIH par l'équipe de prise en charge avant et pendant la mise sous ARV pour garantir le succès du traitement.

L'éducation thérapeutique (ETP) est une démarche visant l'apprentissage au patient et à son entourage, lui permettant d'acquérir des compétences pour se soigner, s'adapter à sa maladie, vivre le mieux possible avec sa maladie et son traitement et coopérer avec les soignants.

Les groupes de parole est un espace d'écoute et d'expression regroupant les individus, tous concernés par les mêmes préoccupations à un moment donné de leur vie où un problème peut être posé et résolu.

- **Objectif**

Aider les patients à adhérer au traitement antirétroviral.

- **Normes**

- **Prestataires**

Les prestataires pouvant intervenir dans le soutien à l'observance sont :

- ✓ les médiateurs : il s'agit de personnes membres d'une association de PVVIH ou de personnes affectées par le VIH, formées et présentes sur les sites de prise en charge. Ces médiateurs font de l'accompagnement des clients sur les sites comme à domicile. Ils servent souvent d'interface entre patients et soignants ;
- ✓ les paramédicaux (travailleurs sociaux, infirmiers et sages-femmes) : s'ils sont formés, ils sont plus indiqués que les médecins pour assurer des consultations spécifiques de soutien à l'observance ;
- ✓ les associations spécialisées dans l'accompagnement et le soutien ;
- ✓ les psychologues ;

- ✓ les autres : médecin, pharmacien, sociologue, psychiatre, animateur d'ONG ou de communautés religieuses, membres de la famille ou conseillers conjugaux formés.

Ces prestataires sont appelés des éducateurs thérapeutiques. Ils peuvent selon les disponibilités du milieu et les besoins du site intervenir dans une équipe multidisciplinaire du centre de santé ou une association spécialisée dans l'accompagnement.

- **Groupes cibles**

Les patients (adultes et enfants) à mettre, ou qui sont sous ARV et leur famille.

- **Moment**

Avant et pendant le traitement.

- **Lieux**

Sur les sites de traitement et/ou à domicile.

- **Procédures**

L'éducateur thérapeutique ouvre un dossier d'éducation thérapeutique (adulte ou pédiatrique) au patient. Dans ce dossier, il mentionne à chaque consultation d'ETP les thèmes abordés et l'appropriation faite par le patient.

Le prestataire veille à ce que le patient ait une observance optimale du traitement en insistant sur les points suivants :

- la dose des médicaments ;
- la régularité dans les prises ;
- le respect strict des horaires ;
- le comptage du nombre de comprimés ;
- la nécessité de ramener les boîtes de comprimés à chaque consultation ;



- la notification des effets indésirables ;
- les risques de résistance liés à l'arrêt volontaire et au non-respect des posologies ;
- le suivi régulier.

9.3. PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE

9.3.1. Objectifs

- Expliquer la relation entre la nutrition et le VIH ;
- Expliquer comment maintenir une bonne nutrition chez les PVVIH ;
- Donner des conseils de premiers soins en cas de signes cliniques ;
- Savoir les signes pour lesquels il faut référer.

9.3.2. Normes

9.3.2.1. Profil des prestataires

Il s'agit de :

- Nutritionniste ;
- Médecin ;
- Psychologue ;
- Assistant social ;
- Sage – femme ;
- Infirmier ;
- Tous autres agents formés sur la prise en charge globale et sur la nutrition (sociologue, psychiatre, médiateur, animateur d'ONG ou communauté, conseiller conjugal, associations de PVVIH).

9.3.2.2. Cibles

Tous les patients séropositifs adultes et enfants, femmes enceintes, les personnes affectées par le VIH et plus spécifiquement les patients malnutris, démunis, les OEV.



9.3.2.3. Lieux

- Les sites de prise en charge ;
- Les milieux associatifs ;
- Les centres de promotion sociale ;
- Le domicile du patient.

9.3.3. Procédures

De façon générale le prestataire doit :

- Analyser l'état nutritionnel du patient (interrogatoire et examens cliniques conduisant à la réalisation de la courbe pondérale) ;
- Analyser et évaluer la ration alimentaire journalière du patient (entretien avec le patient) ;
- Donner des conseils nutritionnels intégrant les ressources locales disponibles ;
- Décrire les bonnes pratiques nutritionnelles et hygiéniques ;
- Informer le patient sur les conséquences pouvant découler d'une alimentation déséquilibrée chez une PVVIH (perturbations nutritionnelles et métaboliques) ;
- Traiter les affections associées qui entravent le bon état nutritionnel (candidoses orales ou œsophagiennes, diarrhée chronique, toux...) ;
- Proscrire les produits incompatibles au traitement (le tabac, l'alcool...) ;
- Prescrire des recettes nutritionnelles en tenant compte des éléments de la ration alimentaire en général et des groupes d'aliments comme :
 - ✓ Les macronutriments (protéines, glucides et protides) ;
 - ✓ Les micronutriments (vitamines et minéraux).

Les personnes vivant avec le VIH doivent suivre une alimentation saine et équilibrée en calories et en protéines. Ce régime varie suivant que le patient est adulte ou enfant.

9.3.3.1. Cas des enfants

La prise en charge nutritionnelle passe par les étapes suivantes:

- **L'évaluation nutritionnelle**

Elle doit être systématique chez les enfants malades ou exposés au VIH.

Elle apprécie l'état nutritionnel :

- le poids ;
- la taille ;
- l'Indice poids pour taille (IPT) ;
- le périmètre brachial ;
- la présence de signes de malnutrition (d'œdèmes bilatéraux ; cheveux roux et cassant, pâleur.....) ;
- l'adéquation entre la consommation alimentaire et les besoins nutritionnels pour l'âge.

- **L'intervention nutritionnelle**

L'enfant est un être en pleine croissance du fait de sa physiologie. Ses besoins nutritionnels augmentent de manière constante. Lorsque qu'en plus l'enfant est infecté par le VIH, les besoins nutritionnels sont encore plus élevés que l'enfant séronégative. Un accent doit être mis sur la prise en charge nutritionnelle pour, d'une part lui assurer une bonne qualité de vie et d'autre part une croissance harmonieuse.

Elle dépend de deux facteurs :

✓ *L'enfant est asymptomatique ou cliniquement stable :*

Les recommandations sont celles attendues pour son âge à savoir :

- de 0 à 6 mois : allaitement exclusif protégé (mère sous ARV et observante durant la durée de l'allaitement) jusqu'à 6 mois ; **Ou** alimentation de

substitution exclusive après vérification des 5 conditions (accessible, faisable, abordable, durable et sûre) ;

- plus de 6 mois : donner en plus de l'allaitement, une alimentation complémentaire (voir document sur les « *Pratiques Essentielles en Alimentation, Nutrition de la Femme Enceinte, du Nourrisson et du Jeune Enfant* »).

Il est recommandé de :

- donner divers aliments riches en produits animaliers, des fruits et des légumes ;
- déconseiller les laits concentrés sucrés et les laits écrémés de l'adulte ;
- diversifier l'alimentation (aliments écrasés semi-solides de 6 à 8 mois et le repas familial sans épices de 8 à 12 mois) ;
- supplémenter en fer et en acide folique à partir de 6 mois

< 10kgs : 200 mg de fer et 2,5 mg d'acide folique par jour pendant 2 mois

>10 kgs : 200 mg x2 de fer et 5 mg de comprimé d'acide folique par jour pendant 2 mois

- supplémenter en Vitamine A tous les six mois de 6 à 59 mois ;

○ Vitamine A :

< 6 mois : 50000 UI

6-12mois : 100000 UI

>12 mois : 200000 UI

- déparasiter systématiquement tous les six mois à partir de 9 mois ;
- promouvoir l'hygiène des mains et des aliments pour éviter les infections ;
- augmenter la quantité de nourriture et le nombre de repas avec l'âge en insistant particulièrement sur l'augmentation des besoins nutritionnels,

associée à la croissance et à la maladie chronique (il est recommandé de donner une bouillie enrichie la nuit).

✓ *l'enfant est malade :*

- troubles de la déglutition ;
- candidoses digestives ;
- gastroentérite sévère.

La prise en charge pourra associer plus ou moins les interventions suivantes :

- exclusion temporaire du lactose ;
- hydratation orale ou veineuse ;
- alimentation acidifiée ;
- régime hypercalorique ;
- alimentation à la sonde.

Une optimisation nutritionnelle avec les produits suivants pourrait s'avérer nécessaire :

- beurre de Karité ;
- pâte d'arachide ;
- œufs ;
- farine de haricot ;
- farine de soja.

➤ *s'il présente une malnutrition aiguë modérée*, donner les conseils nutritionnels à la mère/père ou gardienne et lui administrer un traitement systématique fait de :

- Recommander à la mère de donner la bouillie enrichie au soja ou arachide ou farine de petit poisson 3 fois et le plat familial contenant tous les groupes d'aliment
- Le traitement systématique est fait de :
 - Vitamine A :
 - < 6 mois : 50000 UI
 - 6-12mois : 100000 UI
 - >12 mois : 200000 UI
 - Albendazole
 - 12-24mois : 200 mg en prise unique
 - >24 mois : 400 mg en prise unique
 - Fer/Acide folique
 - < 10kgs : 200 mg de fer et 2,5 mg d'acide folique toutes les 2 semaines
 - >10 kgs : 200 mg x2 de fer et 5 mg de comprimé d'acide folique toutes les 2 semaines

Surveiller les mesures anthropométriques **toutes les deux semaines.**

- ***Cas de Malnutrition Aigüe Sévère sans Complication (MASsC) →***
Orienter les enfants vers un Centre de Réhabilitation Nutritionnelle en Ambulatoire pour les malnutris Sévères (CRENAS).
- ***Cas de Malnutrition Aigüe Sévère avec Complication (MASaC) →***
Orienter vers un Centre de Réhabilitation Nutritionnelle en Interne (CRENI).

9.3.3.2. Cas des adultes

L'évaluation nutritionnelle (anthropométrique, clinique et diététique) ainsi que le conseil et le soutien en matière de nutrition doivent faire partie intégrante

des soins de l'infection à VIH. Elle doit commencer dès l'entrée dans la filière de soins et faire l'objet d'un suivi tout au long des soins et du traitement de l'infection à VIH. En plus du TAR, les patients infectés par le VIH souffrant de malnutrition, en particulier dans un contexte d'insécurité alimentaire, peuvent avoir besoin de compléments alimentaires pour aider à la récupération nutritionnelle. Quel que soit le stade de l'infection à VIH ou la durée du TAR, une perte de poids ou un échec doit déclencher une évaluation plus poussée et la mise en place d'interventions appropriées pour retrouver ou conserver un poids correct.

Un adulte actif non infecté par le VIH a besoin d'environ 2070 Kcal/jour. Par contre lorsqu'il est infecté par le VIH, il a besoin en plus de 10% à 15% d'énergie par jour.

Quant aux protéines, un adulte infecté par le VIH a besoin de 85 g de protéines par jour pour les hommes et de 72 g de protéines par jour pour les femmes.

Il existe aujourd'hui des produits de fabrication locale testés par la Direction de l'Alimentation et de la Nutrition Appliquée (DANA) et la Faculté des Sciences Agronomiques de l'Université d'Abomey-Calavi (FSA/UAC) qui ont fait leur preuve en matière de récupération pondérale chez les PVVIH tels que :

- la Spiruline ;
- la farine Mickelange ;
- la farine enrichie Ouando etc.

NB : Les adultes sévèrement malnutris peuvent avoir recours aux CRENAS et CRENI. Par ailleurs, le risque de troubles métaboliques (surpoids, obésité, HTA, diabète, dyslipidémie) est avéré par l'allongement de

l'espérance de vie, majoré par la prise au long de certaines classe d'ARV. Il faut alors le prévenir par des conseils nutritionnels et le rechercher à chaque visite de suivi (voir section prévention et dépistage des maladies non transmissibles)..



CHAPITRE 10 : GESTION DES APPROVISIONNEMENTS ET DES STOCKS

10.1. DÉFINITION ET OBJECTIFS

Le terme "Gestion des Achats et des Stocks" renvoie à toutes les activités requises pour assurer la disponibilité fiable et permanente de quantités suffisantes de produits efficaces dont la qualité est garantie pour les utilisateurs finaux, achetés aux prix les plus bas possibles conformément à la législation nationale et internationale.

L'objectif visé par la gestion des achats et des stocks est de

- garantir la disponibilité continue des produits nécessaires à une prise en charge optimale d'une maladie ;
- de permettre que le bon patient reçoive le bon médicament, de bonne qualité, à la bonne dose/posologie et selon les bonnes conditions d'administration, au bon moment et pendant la bonne période, avec les bons conseils.

10.2. CYCLE DE GESTION DES ACHATS ET DES STOCKS

Le processus de gestion des achats et des stocks est un cycle qui se déroule en plusieurs étapes :

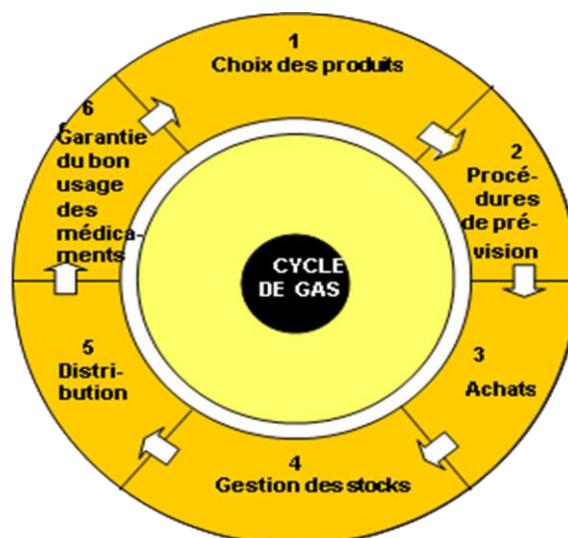


Figure 8 : Cycle de gestion des Achats et des stocks

10.2.1. La sélection

Tous les produits médicaux sont sélectionnés sur la base des protocoles thérapeutiques décrits dans les documents réglementaires, en l'occurrence la Liste Nationale des Médicaments Essentiels et les directives de l'OMS en matière de prise en charge du VIH.

10.2.2. La quantification

La méthodologie générale pour la quantification des besoins repose sur l'application de la « méthode des services » avec la définition d'une cible programmatique en termes d'activités et/ou la prise en compte des schémas thérapeutiques standardisés.

La quantification se déroule en 3 étapes distinctes : la phase de la préparation qui consiste essentiellement à rendre disponible toutes les données nécessaires, la phase de l'estimation proprement dite et celle de la planification/budgétisation.

10.2.3. La gestion des approvisionnements

Pour ses acquisitions, le PSLS fait appel à des agents d'approvisionnement et/ou des fournisseurs qui sont sélectionnés en fonction des sources de financement utilisées. Ces agents d'approvisionnement et/ou fournisseurs garantissent par leurs procédures le respect des normes de qualité de l'OMS, l'obtention de prix compétitifs et un approvisionnement en temps voulu, efficace et fiable.

10.2.3.1. Acquisition sur subvention du Fonds Mondial

Les achats se font soit par le mécanisme des achats groupés du Fond Mondial (Pooled Procurement Mecanism) par l'intermédiaire d'agents d'approvisionnement présélectionnés par les services techniques du Fonds Mondial, soit par l'intermédiaire de la Centrale d'Achat de Médicaments Essentiels et consommables médicaux (CAME).



10.2.3.2. Acquisition sur le budget national

Les achats se font par l'intermédiaire de la cellule de passation des marchés du Ministère de la Santé chargée de présélectionner les fournisseurs et de passer les marchés pour le compte du Programme.

10.2.4. La gestion des stocks des intrants VIH

Le PSLS, par un contrat de service, a confié à la CAME l'entreposage et la gestion des stocks de ses produits de santé.

En référence aux engagements décrits dans le document de contrat de service le liant au PSLS et tout en respectant les Politiques du Fonds Mondial en matière de gestion des stocks, la CAME s'engage à :

- Préserver la qualité des produits à l'entreposage dans ses magasins dans des conditions de conservation appropriées, conformes aux Bonnes Pratiques de Stockage et de Distribution et dans le respect des conditions particulières éventuelles établies par le fabricant ;
- Mettre en place un système de gestion de stock assurant la traçabilité des lots ;
- Produire les rapports contractuels de gestion et de performance comme indiqué dans le contrat.

Le suivi des stocks par le PSLS repose sur le traitement des données compilées et transmises par la CAME à travers divers rapports.

Ces données sont ensuite introduites dans une série de tableaux de bord destinés à avoir des informations les plus récentes sur le système d'approvisionnement des intrants en vue des prises de décisions (état des niveaux de stock à la CAME, état des distributions; Pipeline de l'approvisionnement).



10.2.5. Le circuit de distribution

Le PSLS, par un contrat de service, a confié à la CAME la distribution des intrants VIH vers les sites de prise en charge sur toute l'étendue du territoire nationale.

En référence à ce contrat de service, la CAME s'engage à :

- Délivrer aux sites de PEC les produits demandés dans le délai imparti et suivant la périodicité de distribution retenue ;
- Préserver la qualité des produits pendant le transport ;
- Assurer la traçabilité des lots distribués ;
- Transmettre trimestriellement au PSLS un rapport logistique de distribution.

De façon pratique, la CAME achemine directement les intrants de prise en charge (ARV et médicaments IO/IST) de ses magasins vers les sites de prise en charge. Elle récupère ensuite au niveau de chaque site, les rapports sur l'état des stocks et le nombre de patients par protocole du mois précédent avec le bon de commande du mois à servir qu'elle fait remonter au PSLS. Cette distribution se fait tous les deux mois afin de garantir une disponibilité permanente des ARV et médicaments IO/IST sur les sites de prise en charge.

La CAME distribue également les réactifs de laboratoires pour le dépistage, le suivi biologique et virologique vers les CIPEC et certains grands sites dotés d'équipement de charge virale. Cette distribution se fait tous les trois mois. Pour être servis dans de meilleurs délais, les CIPEC et ces grands sites sont donc tenus de faire parvenir au PSLS leur expression de besoins à la fin de chaque trimestre.

La CAME achemine les intrants PTME (ARV PTME, Determine, Bioline, Kits DBS, Polyvidone iodée 10% solution gynécologique et Chlorhexidine) vers les dépôts répartiteurs des zones sanitaires. Le but est de rapprocher ces intrants



vers les utilisateurs du niveau périphérique. Ces intrants sont destinés pour le dépistage lors des consultations prénatales et à la prise en charge des gestantes séropositives de même que leurs enfants dans les formations sanitaires. La distribution des intrants PTME est trimestrielle et chaque DRZ est tenu de faire parvenir au PSLS son expression de besoins à la fin de chaque trimestre.

Enfin, la CAME s'assure de garantir la qualité des intrants de ses magasins jusqu'au point de livraison (sites, CIPEC, Dépôts) conformément aux clauses du contrat de service PSLS-CAME. A cet effet, elle dispose du savoir-faire, des moyens adéquats pour accomplir cette mission.





Circuit de distribution des intrants VIH vers les sites de prise en charge, les dépôts répartiteurs et les CIPEC au Bénin.

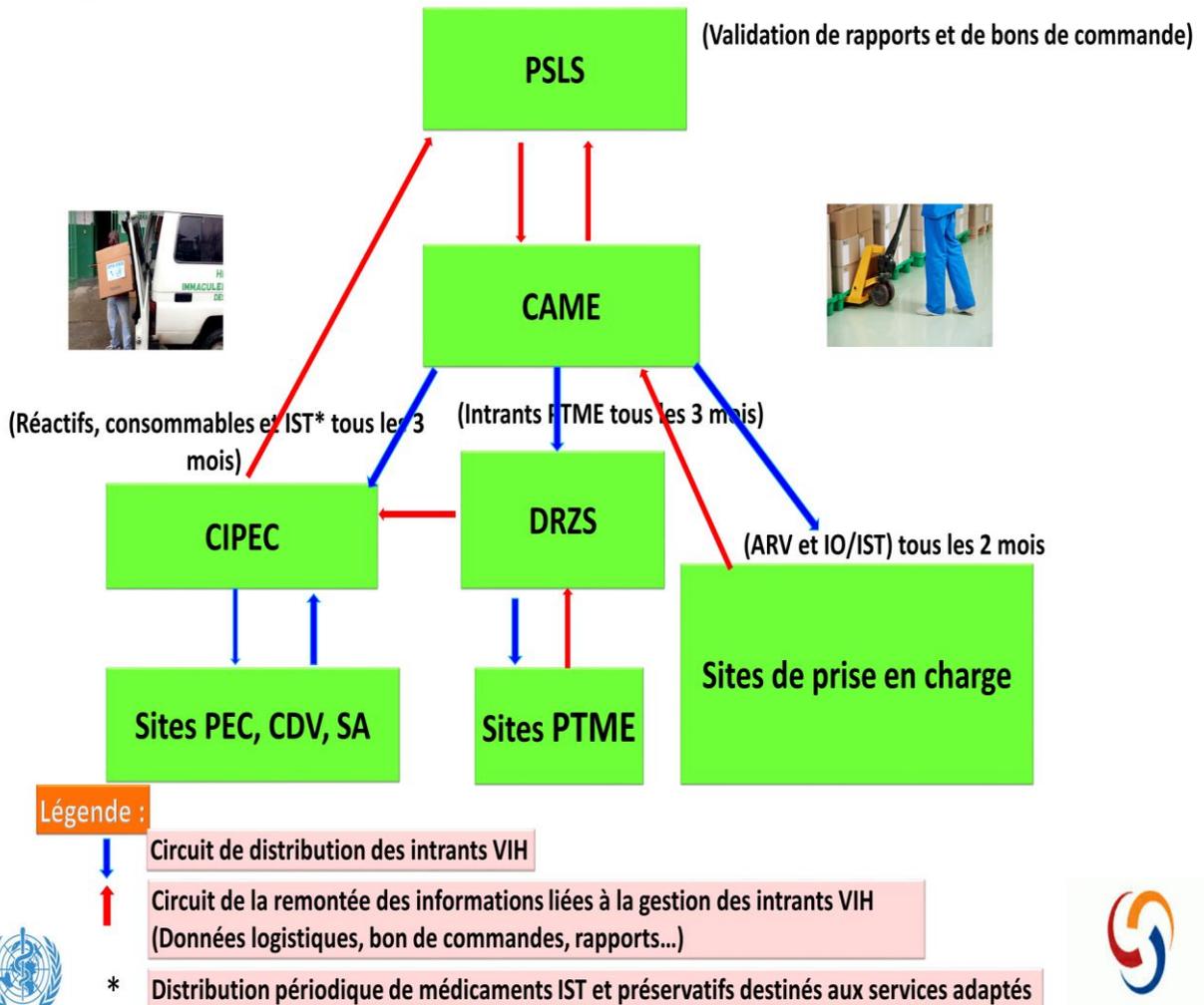


Figure 9 : Circuit de distribution des intrants VIH au Bénin

10.2.6. L'utilisation rationnelle sur les sites

10.2.6.1. La gestion des stocks sur les sites de prise en charge

- **La commande**

Avant toute action, le gestionnaire doit se référer au *Manuel d'utilisation des outils de gestion des intrants au niveau des sites de prise en charge*, document

qui décrit de façon chronologique les différentes étapes permettant de faire une bonne commande. Cette instruction consiste à mettre en œuvre les consignes relatives à l'enregistrement des informations et données, à l'établissement de la commande, à l'envoi et au traitement de ladite commande. (Manuel d'utilisation des outils de gestions des intrants au niveau des sites de prise en charge, page 47 à 53).

- **La réception de la livraison**

La réception de la livraison est une activité qui consiste à vérifier la conformité des produits livrés à la commande de même que leur qualité. L'objectif visé est de garantir que les produits livrés sont contrôlés dans les délais impartis et ont fait l'objet d'une mise en consommation formelle ou d'un rejet par le gestionnaire du site. La vérification de la conformité de la livraison se fait en commun entre le gestionnaire du site de PEC et l'agent livreur de la commande.

Tous les constats observés doivent être enregistrés sur le PV de réception. Le PV de réception est une grille organisée en une zone « Informations générales » permettant l'identification du site de PEC et sept blocs fonctionnels (Voir Manuel d'utilisation des outils de gestions des intrants au niveau des sites de prise en charge, page 57 à 61).

- **La gestion des stocks au magasin de gros et/ou à la dispensation**

La gestion du gros stock sur les sites de PEC commence par la sécurité et la propreté du local. Elle prend en compte le rangement des produits suivant les normes en fonction du type du médicament, la mise à jour régulière des fiches de stock, la protection contre les rongeurs, les rayons du soleil et l'humidité, la sortie des produits suivant la méthode PPS, le suivi des médicament à date de péremption proche, les respect des consignes de sécurité pour les produits inflammables, la tenue régulière des inventaires, le renseignement correcte des

données et l'analyse de ces données pour prendre des décisions (voir Manuel d'utilisation des outils de gestion des intrants au niveau des sites de prise en charge).

▪ **La gestion des inventaires**

L'inventaire se réalise obligatoirement lors de la préparation des commandes qu'il s'agisse des ARV, des médicaments contre les IO/IST, des réactifs ou consommables. C'est une tâche importante, car le résultat de l'inventaire permet de quantifier les besoins pour la commande et valorise le stock existant. C'est une étape majeure dans la gestion des stocks. Il permet de déterminer le Stock Disponible et Utilisable (SDU) en dégageant du stock les périmés, les avariés, abîmés, les produits proche de la péremption (1 mois sur les sites)

▪ **La gestion des périmés**

En cas de péremption ou d'avarie des produits pharmaceutiques, il faut :

- ✓ sortir les produits des étagères ;
- ✓ inscrire les sorties sur les fiches de stock correspondantes et mentionner dans la colonne « observation » la mention « péremption /avarie » ;
- ✓ entreposer les produits périmés, avariés et cassés dans une salle ou un endroit délimité spécialement réservé à cet effet ;
- ✓ enregistrer ces produits dans le registre des périmés » en précisant la désignation, la quantité, la date de péremption, le numéro de lot par produit et les observations éventuelles. Cette étape est importante pour la traçabilité dans le rappel de lot ;
- ✓ faire automatiquement la sortie définitive du stock ;



- ✓ garder les produits périmés et cassés en lieu sûr pour le retrait par le PSLS via la CAME contre un procès-verbal ou une décharge dûment signé ;
- ✓ inscrire le numéro et la date du procès-verbal de sortie définitive dans la colonne « observation » correspondant aux fiches de stock des produits concernés.

▪ **Prévention des ruptures de stock**

Les sites disposent réglementairement de cinq (5) mois de stock de médicaments dont deux (2) mois de stock de roulement et trois (3) mois de stock de sécurité.

Pour prévenir la rupture de stock, il faut procéder à une commande de médicaments tous les deux (02) mois.

✓ **Seuil d'alerte niveau 1**

Lorsqu'il reste des médicaments pour deux (2) mois de traitement (valable même pour 1 molécule) sans une commande en cours, il faut faire une commande urgente et avertir le responsable du site.

✓ **Seuil d'alerte niveau 2**

Lorsqu'il reste des médicaments pour un (01) mois de traitement, il faut faire une commande d'urgence et avertir le PSLS. Le site mobilise les moyens nécessaires lui permettant de s'approvisionner directement à la CAME sans attendre la livraison habituelle.

✓ **Seuil d'alerte niveau 3**

Le seuil d'alerte niveau 3 est atteint lorsqu'on est en rupture de stock sur le site. Cette éventualité ne devrait être possible qu'en cas de rupture nationale. Dans ces conditions le niveau national décidera de la conduite à tenir.



10.2.6.2. Dispensation des produits aux patients

Pour plus d'informations, se référer au document Guide d'aide à la dispensation des antirétroviraux au niveau des sites de prise en charge.

▪ Définition

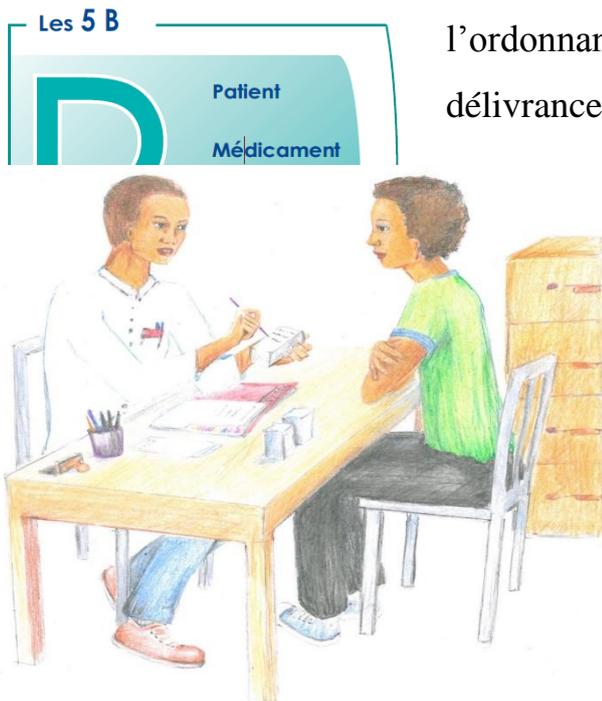
La dispensation est la mise à la disposition d'un patient des médicaments pour les besoins de son traitement à partir :

- d'une ordonnance médicale
- de conseils à l'officine.

▪ La Règle des 5B de la dispensation

Faire une dispensation de qualité, c'est respecter la règle des 5B. Pour ne rien oublier, il suffit de suivre l'ordre : **dispenser au Bon patient, le Bon médicament à la Bonne dose selon la Bonne voie d'administration et au Bon moment.**

Une bonne dispensation comprend cinq étapes : l'accueil, l'analyse et la validation de l'ordonnance, la préparation de l'ordonnance, le dialogue avec le patient et délivrance des médicaments, le suivi des patients et des stocks.



a) L'accueil des patients : c'est une étape très importante car il permet au patient de se sentir en confiance. Il n'y a pas de règle standard pour accueillir les patients, mais au minimum, le saluer et lui proposer de s'asseoir en face de vous ; n'accueillir qu'un seul patient à la fois et

respecter la confidentialité lors de la dispensation.

b) L'analyse et la validation de l'ordonnance

L'analyse et la validation de l'ordonnance revient à :

- ✓ vérifier la régularité de l'ordonnance : ici, les items suivants doivent être présents. Il s'agit de l'identification de la structure et/ou du service du prescripteur, le nom du prescripteur, signature et tampon (identification du prescripteur), la date de l'ordonnance, l'identification du patient (numéro patient, présence du nom, prénom, date de naissance/âge, sexe du patient, poids, etc.)
- ✓ vérifier pour les médicaments prescrits, le nom, le dosage et la forme galénique, la posologie et les modalités de prise, la durée de validité de l'ordonnance (nombre de mois de traitement prescrit) ;
- ✓ analyser l'ordonnance : par l'identification des médicaments, s'assurer de la cohérence des médicaments prescrits, du schéma thérapeutique et vérifier l'absence de contre-indication.

c) La préparation de l'ordonnance

La préparation de l'ordonnance revient à :

- ✓ calculer le nombre de comprimés nécessaires par médicament. En général une boîte de médicament représente la quantité suffisante pour un mois de traitement;
- ✓ Vérifier ensuite l'état des emballages et les dates de péremption ;
- ✓ Incrire au marqueur sur les flacons la posologie, et les heures d'administration définies avec le patient ;
- ✓ Incrire sur l'ordonnance la date de dispensation et le nombre de boîtes ou de flacons dispensés.



d) Le dialogue avec le patient et délivrance des médicaments

Cela revient à expliquer

- ✓ Expliquer médicament par médicament les horaires de prise fixés avec le patient,
- ✓ monter comment utiliser les médicaments
- ✓ décrire les modalités de conservation,
- ✓ expliquer les événements indésirables propres à chaque médicament et susceptibles de survenir,
- ✓ s'assurer de la bonne compréhension du patient, à demander au patient de réexpliquer le traitement et prendre éventuellement le temps de tout réexpliquer au patient.

En cas de rupture des Combinaisons à Dose Fixe et de dispensation d'un traitement avec des formes simples à un patient qui a l'habitude de prendre un traitement à base de CDF, il faut bien le lui expliquer pour ne pas le laisser croire qu'il a des traitements pour plusieurs mois.

Le risque est de le laisser subir une mono ou bithérapie.

e) Le suivi des patients et des stocks

Il s'agit essentiellement de :

- ✓ programmer le prochain rendez-vous de dispensation en coordination avec les rendez-vous médicaux et si possibles, les rendez-vous de laboratoire ;
- ✓ de remplir les supports de suivi des patients ;
- ✓ et de remplir les supports de suivi des stocks.



▪ Calendrier de dispensation des ARV

Afin de faciliter la gestion des patients et augmenter la rétention dans la file active, le PSLS a modifié le calendrier de dispensation des ARV.

Tableau 22 : Calendrier de dispensation des ARV

RDV de suivi	Fréquence de renouvellement des ARV
De l'initiation à M6	Tous les mois
De M6 à M12	Tous les 2 mois
A partir de M12	Tous les 3 mois

NB : A partir du 6^{ème} mois de TARV, le prescripteur décidera de la durée de la dispensation (2 ou 3 mois) en fonction de l'observance et de la charge virale.

10.3. ASSURANCE QUALITÉ DES PRODUITS DE SANTÉ

Le PSLS dispose d'un manuel d'assurance qualité pour la gestion des intrants VIH. Dans sa déclaration de politique qualité, le PSLS s'est engagé à :

- garantir la disponibilité et l'accès à des produits de santé (ARV, IO, IST, Dispositifs médicaux, Tests de diagnostic et consommables de laboratoire) de qualité ;
- faciliter l'achat opportun et en quantités suffisantes de produits de santé dont la qualité est garantie ;
- parvenir à des réductions des coûts dans les activités de gestion des achats et des stocks ;
- garantir la fiabilité et la sécurité des systèmes de distribution ;
- faire respecter les protocoles thérapeutiques ;

- éviter les ruptures de stock, le sur-stockage et les pertes de médicaments ;
- connaître et faire appliquer toutes les dispositions légales et réglementaires applicables tant à son organisation qu'à son fonctionnement notamment la politique du Fonds Mondial en matière de gestion des achats et des stocks des produits de santé ;
- mettre en place un processus systématique d'identification d'évaluation et de maîtrise des risques relatifs à la qualité et à la conformité au sein du Programme et tout le long de la chaîne d'approvisionnement ;
- améliorer de façon continue l'efficacité de ses procédures de gestion des achats et des stocks ;
- assurer un système d'information et de gestion logistique fiable quant à la qualité des données qu'il véhicule.

Ainsi, la qualité des médicaments est garantie tout le long de la chaîne d'approvisionnement jusqu'à l'utilisateur final. Le PSLS n'effectue ses approvisionnements qu'auprès des laboratoires régulièrement inspectés et pré-qualifiés OMS. Avant la réception définitive du médicament à la livraison, le PSLS effectue un contrôle de qualité auprès d'un laboratoire de contrôle de qualité pré-qualifié OMS avec lequel un contrat de service est signé.

Le PSLS dispose des procédures pour garantir la qualité des produits lors de l'entreposage, de la distribution et de l'utilisation sur les sites de prise en charge. Des supervisions, des inventaires et des formations sont régulièrement mises en œuvre à l'endroit des acteurs de la chaîne pour les outiller à garantir la qualité des intrants.

Un contrôle de qualité post-marketing est effectué sur les lots des médicaments ayant séjourné plus de six mois dans le circuit de distribution pour évaluer l'impact des conditions de conservation sur la qualité des médicaments.



10.4. OUTILS DE GESTION ET LE SYSTÈME D'INFORMATION ET DE GESTION LOGISTIQUES.

10.4.1. Outils de gestion

Le PSLS dispose d'un document sur les outils de gestion et de rapportage des intrants VIH : il s'agit *du Manuel d'utilisation des outils de gestions des intrants au niveau des sites de prise en charge* disponible sur chaque site de prise en charge. Ce document présente l'ensemble des outils de gestion et de rapportage des données qui sont utilisées pour la gestion des intrants VIH. Ces outils sont les premières sources de données et alimentent le système d'information et de gestion logistique. On distingue principalement deux types d'outils : les outils de gestion et de rapportage. Pour ce qui est des outils de gestion, on peut citer entre autres sans distinction du niveau d'utilisation :

- le registre de dispensation ;
- la fiche de stock ;
- la fiche de rupture de stock ;
- la fiche de suivi des lots en zone de dispensation ;
- la fiche d'inventaire ;
- la fiche des sorties hors dispensation ;
- le bon de commande ;
- le bordereau de livraison ;
- le procès-verbal de réception ;
- le registre des périmés ;
- etc.

Quant aux outils de rapportage, ils sont essentiellement de deux sortes :

- le rapport logistique ;
- le rapport de suivi de la file active et accessoirement le bon de commande.

Tous ces outils, selon leur niveau d'utilisation, collectent des données qui alimentent le système d'information et de gestion logistique.

10.4.2. Le système d'information de gestion logistique (SIGL)

Le flux des données et d'informations proviennent des sites de prise en charge et remontent vers le niveau central.

- Tous les deux mois, chaque site de prise en charge établit un rapport sur l'état des stocks et un autre sur la file active des patients sous ARV en précisant leur ligne et leur protocole de traitement. Ces rapports, accompagnés de l'expression des besoins de la période sont récupérés par la CAME lors de la livraison et acheminés au PSLS.
- Les DRZ et les CIPEC quant à eux, transmettent directement au PSLS leur rapport logistique et leur bon de commande tous les trois mois.
- Le PSLS procède au contrôle et à la validation de ces commandes pour permettre à la CAME de préparer les livraisons de la période suivante.

Les données issues de cette collecte sont consolidées, analysées et utilisées pour prendre des décisions.

Le service de suivi-évaluation et le service de prise en charge du PSLS sont les instances qui valident les données relatives aux patients et aux stocks. Ces informations sont utilisées lors des quantifications des intrants. L'objectif à long terme est d'avoir un système d'information et de gestion logistique unique pour le ministère de la santé qui prendrait en compte toutes les données essentielles en matière de logistique.



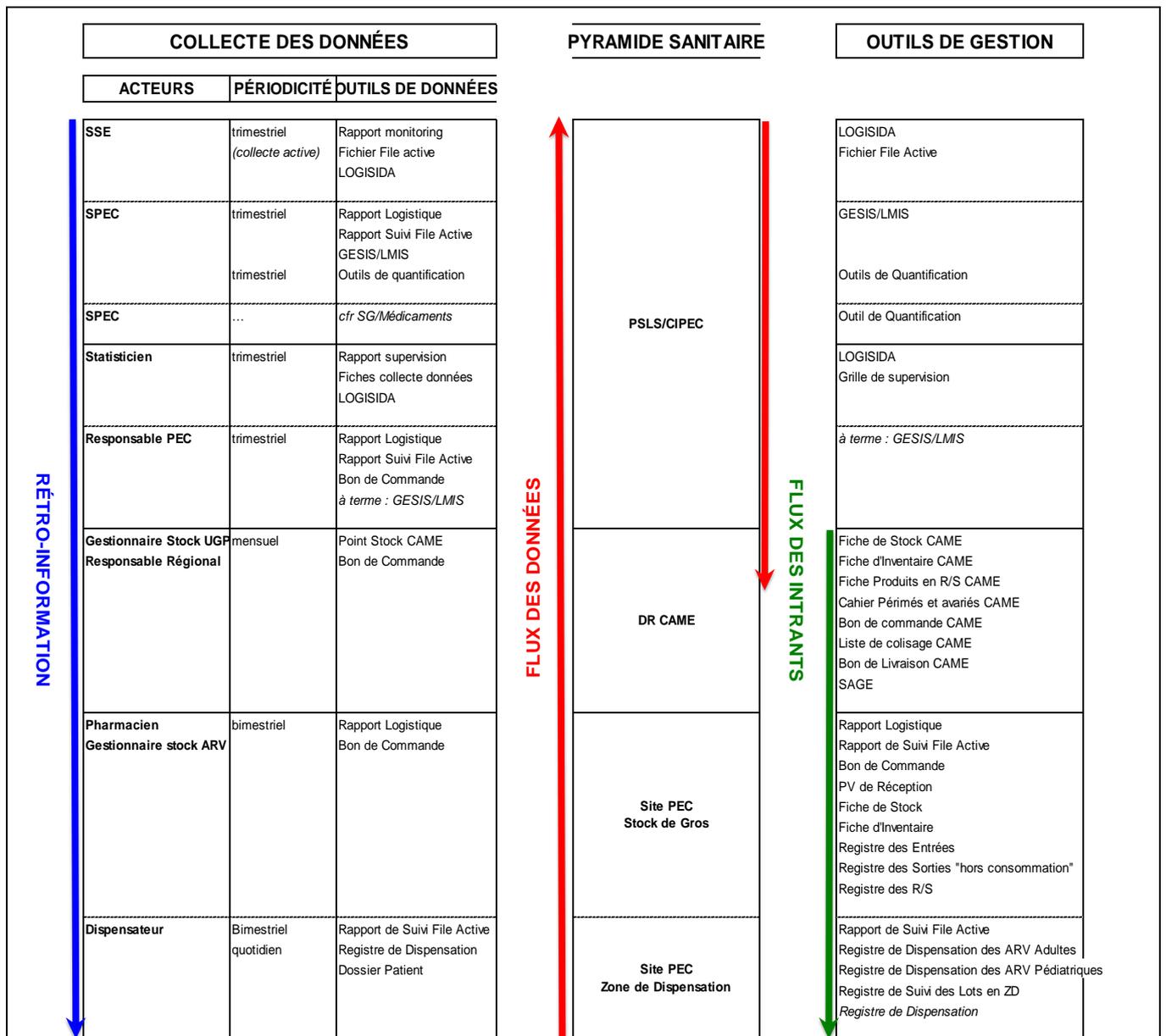


Figure 10 : Diagramme du flux des données et des intrants

Tableau 23 : Normes de gestion des médicaments et consommables

ACTIVITES	PRESTATAIRES			NIVEAUX			MATERIEL/OUTILS
	<i>Agents de Santé formés</i>	<i>Pharmacien/ Biologiste</i>	<i>Gestionnaire d'ARV ou des produits de laboratoire</i>	<i>P</i>	<i>I</i>	<i>C</i>	
1. Choix des Médicaments	+	+	-	+	+	+	Liste des médicaments essentiels
2. Estimation des besoins	+	+	+	+	+	+	-Fiches de notification -Rapport d'activités.
3. Approvisionnement	+	+	+	+	+	+	-Bon de commande
4. Réception de la commande	+	+	+	+	+	+	-Bordereau de livraison -Facture
5. Stockage	+	+	+	+	+	+	-Fiches de stocks -Armoire de rangement -Réfrigérateurs
6. Dispensation	+	+	+	+	+	+	-Ordonnance médicale - registre de dispensation
7. Gestion des péremptions et des avaries	+	+	+	+	+	+	-Procès-verbaux de péremption -Cahier de péremption - avarie

Légendes : += Service offert ; P= Périphérique ; I= Intermédiaire ; C= Central

CHAPITRE 11 : SUIVI ET ÉVALUATION DES ACTIVITÉS

Dans ce chapitre, nous discuterons de trois points entrant dans le cadre du suivi évaluation global des activités VIH :

- Le suivi évaluation proprement dit ;
- la formation des acteurs ;
- la supervision.

11.1. LE SUIVI EVALUATION

11.1.1. DEFINITION

Le suivi consiste à identifier et à recenser les événements, les activités, les personnes et les ressources matérielles du programme. Il se base sur un recueil continu ou périodique de données.

L'évaluation consiste à mesurer le niveau de réalisation des objectifs fixés et à prendre des mesures correctrices ou des décisions pour la suite du programme. Elle réunit des informations issues des activités de surveillance, de contrôle et de supervision afin de déterminer si les résultats prévus sont atteints.

Le suivi régulier des activités contribue à l'évaluation des projets et programmes et à l'amélioration de la qualité des services. Le suivi est mensuel et toujours sanctionné par un rapport transmis au plus tard le 5 du mois suivant à la hiérarchie. La collecte des données se fera de façon désagrégée, par sexe et par âge. Cette activité serait facilitée par l'informatisation effective du suivi des patients.

11.1.2. NORMES

11.1.2.1. Indicateurs de suivi et d'évaluation

Le suivi et l'évaluation mesurent les paramètres en rapport avec :

1. La politique nationale de santé en matière de prise en charge des PVVIH

- L'organisation du système de santé ;
- Les priorités nationales y compris les normes et les procédures en matière de prise en charge des PVVIH ;
- Le nombre de sessions tenues par les comités ou staffs thérapeutiques (au niveau national et au niveau local).

2. L'offre de soins

- Le nombre de nouveaux malades PVVIH pris en charge (nouveaux consultants) ;
- Le nombre de consultations (nouveaux et anciens malades) ;
- Le nombre de malades pris en charge pour les IO ;
- La disponibilité des ARV, des médicaments contre les infections opportunistes, des réactifs et consommables médicaux ;
- Le nombre de personnes prises en charge par les ARV ;
- Le nombre de personnes prises en charge par les ARV et suivant de façon régulière le traitement (file active) ;
- Le nombre de personnes prises en charge par les ARV et ayant bénéficié d'une charge virale ;
- Le nombre de personnes prises en charge par les ARV et ayant une charge virale supprimée ;
- L'observance du traitement par les ARV, y compris la prise en charge des évènements indésirables graves et des accidents d'exposition au sang ;
- Le nombre de PVVIH pris en charge sur le plan nutritionnel ;



- Le nombre de PVVIH ayant bénéficié d'une prise en charge sociale et communautaire.

3. La qualité des soins : Le nombre d'acteurs du service de prise en charge des PVVIH qui appliquent le contenu des documents normatifs.

4. L'accessibilité des soins : le nombre de formations sanitaires offrant les services de prise en charge des PVVIH.

5. La gestion du personnel

- Le nombre et la répartition selon la charge de travail ;
- La formation initiale et continue.

6. La satisfaction et la réponse des usagers

- La charge de travail due à la prise en charge des PVVIH ;
- La proportion de PVVIH ayant retrouvé une vie normale sur les plans médical, familial, professionnel et communautaire après une période d'un an de mise sous ARV ;
- La proportion de patients qui considèrent la structure de santé comme leur première option.

7. Les besoins et l'allocation des ressources

- Le suivi des coûts opérationnels ;
- La gestion des fonds alloués à la structure ;
- La gestion des intrants.

11.1.2.2. Types d'évaluation

Les programmes de prise en charge des PVVIH doivent faire l'objet d'au moins une évaluation initiale, une évaluation intermédiaire et une évaluation finale. Cette évaluation peut être interne, externe ou mixte :

- l'évaluation initiale ou finale doit être externe ou mixte ;
- l'évaluation intermédiaire peut être interne ou mixte.

11.1.2.3. Profil des évaluateurs

Toute évaluation sera effectuée par des personnes qualifiées et ayant les compétences requises.

Il peut s'agir d'évaluateur interne ou externe provenant entre autres :

- des services centraux du Ministère de la Santé ;
- des partenaires au développement ou agences de coopération ;
- des organes décentralisés tels que les directions départementales, les zones sanitaires ainsi que les ONG.

11.1.2.4. Niveau et périodicité

Les évaluations se font :

- au niveau central une fois par an ;
- au niveau intermédiaire et périphérique (aux périodes indiquées dans les documents des programmes) tous les six (6) mois.

11.1.2.5. Diffusion des résultats

Les résultats de toute évaluation feront l'objet d'un rapport écrit qui sera transmis dans un délai d'un mois après l'évaluation aux responsables des programmes et à tous les partenaires concernés.

11.1.2.6. Mécanismes de suivi

Le suivi concerne l'ensemble des niveaux du système de santé et repose sur les éléments suivants :

1. Niveau central ou de référence

- Rapports du CNLS-TP;

- Rapports d'activités des directions départementales, des CIPEC et des sites de prise en charge au niveau départemental ;
- Rapports des supervisions des directions départementales.

2. Niveau intermédiaire

- Rapports d'activités des zones sanitaires, des sites de prise en charge au niveau des zones sanitaires ;
- Rapports du comité de coordination de prise en charge des PVVIH au niveau local (acteurs nationaux et partenaires) ;
- Rapports des supervisions des zones sanitaires ;
- Monitoring des activités des formations sanitaires.

3. Niveau périphérique

- Rapports d'activités des formations sanitaires de base ;
- Rapports des supervisions du personnel des formations sanitaires de base ;
- Rapports de monitoring des activités des formations sanitaires ;
- Rapports de monitoring des activités au niveau communautaire.

11.1.3. PROCÉDURES

11.1.3.1. Evaluation des activités VIH

La réalisation d'une évaluation nécessite plusieurs étapes qui sont détaillées ci-dessous :

1. Planifier l'évaluation

- Elaborer les termes de référence ;
- Définir les objectifs ;
- Constituer l'équipe d'évaluation ;

- Identifier la méthodologie et les outils d'évaluation ;
- Rassembler les documents de référence ;
- Identifier les acteurs et les sites à évaluer ;
- Faire la liste des activités à mener ;
- Elaborer un calendrier ;
- Communiquer le calendrier et les objectifs aux structures concernées ;
- Rassembler le matériel nécessaire (supports et logistique).

2. Réunion au début de l'évaluation

- Présenter l'équipe d'évaluation ;
- Présenter les buts et objectifs de l'évaluation ;
- Présenter les activités prévues au cours de l'évaluation ;
- Identifier les personnes directement impliquées dans l'évaluation ;
- Discuter avec les participants des activités et du calendrier de l'évaluation.

3. Evaluation sur le terrain

▪ Visite de site

Utiliser les outils d'évaluation pour :

- ✓ observer une séance de conseil dépistage ;
- ✓ observer les normes et procédures cliniques de prise en charge des infections opportunistes ;
- ✓ observer les normes et procédures de prise en charge par les ARV ;
- ✓ observer les normes et procédures de prise en charge nutritionnelle, sociale et communautaire des PVVIH ;



- ✓ observer les conditions de travail (locaux et équipements) ;
 - ✓ observer la gestion des médicaments, consommables et produits de laboratoire ;
 - ✓ demander aux clients leur point de vue sur les services offerts ;
 - ✓ identifier les besoins du site.
- **Visites des acteurs et partenaires**
- ✓ Présenter l'équipe d'évaluation ;
 - ✓ présenter les buts et objectifs de l'évaluation ;
 - ✓ discuter de l'exécution des axes principaux du programme ;
 - ✓ discuter des contraintes institutionnelles, financières et techniques.

4. Activités post évaluation

- **Organiser une réunion de fin d'évaluation**
- ✓ Présenter à nouveau l'équipe d'évaluation ;
 - ✓ rappeler les buts et objectifs de l'évaluation ;
 - ✓ présenter les constats et les conclusions de l'évaluation ;
 - ✓ proposer des recommandations.
- **Finaliser l'évaluation**
- ✓ Rédiger le rapport d'évaluation ;
 - ✓ Envoyer les rapports aux autorités nationales et/ou partenaires au développement ayant financé l'évaluation ;
 - ✓ Diffuser le rapport aux différents acteurs et partenaires du programme et/ou ayant participé à l'évaluation.



11.1.3.2. Suivi des activités VIH

La réalisation d'un suivi nécessite plusieurs étapes qui sont détaillées ci-dessous :

1. Organisation d'une réunion de coordination

▪ **Préparation**

- ✓ Déterminer l'ordre du jour ;
- ✓ Identifier les participants ;
- ✓ Fixer la date, le lieu et l'heure de la réunion ;
- ✓ Informer les participants au moins une semaine à l'avance ;
- ✓ Réunir les documents et supports didactiques nécessaires ;
- ✓ Décider des modalités de prise de décision.

▪ **Animation**

- ✓ Désigner un animateur/président de séance ;
- ✓ Désigner un secrétaire ;
- ✓ Adopter l'ordre du jour de séance ;
- ✓ Répartir le temps en fonction de l'ordre du jour ;
- ✓ Veiller à la focalisation et à la progression de la réunion ;
- ✓ Synthétiser et résumer les décisions prises à la fin de chaque partie ;
- ✓ Conclure la réunion et décider de la date du prochain suivi.

▪ **Activité post réunion**

- ✓ Rédiger le rapport ;
- ✓ Partager le rapport avec les participants pour recueillir leurs ajouts et corrections ;



- ✓ Finaliser et diffuser le rapport aux ayants droit.

2. *Monitoring des activités*

▪ Déterminer les éléments à suivre

- ✓ Les tâches (actions à accomplir pour mener à bien une activité) ;
- ✓ La quantité des articles utilisés pour réaliser une tâche ;
- ✓ Les résultats obtenus.

▪ Ordonner la liste des éléments à suivre en les organisant par type d'intervention

- ✓ Indicateurs des programmes ;
- ✓ Objectifs des programmes ;
- ✓ Activités ;
- ✓ Indicateurs d'activité ;
- ✓ Niveaux attendus de réalisation des activités ;
- ✓ Pratiques et résultats.

▪ Choisir les principaux éléments qui feront l'objet d'un suivi

Tenir compte des critères suivants :

- ✓ lien entre l'indicateur et certaines activités majeures qui seront réalisées au cours de l'année ;
- ✓ l'existence d'une méthode de quantification de l'indicateur ;
- ✓ le lien entre l'indicateur avec les objectifs de programme.

▪ Planifier le suivi des activités

Choisir des méthodes de suivi :

- ✓ rapports périodiques ou systématiques ;
- ✓ visites et rapports de supervision.



Spécifier la fréquence du suivi : Les intervalles doivent être suffisamment réguliers pour que les problèmes puissent être cernés et résolus à temps.

- **Réaliser le suivi des activités**

- ✓ Superviser les responsables de chaque intervention ;
- ✓ Etablir un système qui permette de superviser l'ensemble du personnel de façon adéquate ;
- ✓ Utiliser les résultats du suivi pour cerner les problèmes
- ✓ Résoudre les problèmes et apporter une information en retour (Feedback à l'équipe de prise en charge ou de gestion).

11.2. LA FORMATION

11.2.1. Définition

La formation à la prise en charge des PVVIH est le processus destiné à faciliter l'acquisition des connaissances (savoir), des attitudes (savoir-être) et aptitudes (savoir-faire) requises pour une prise en charge optimale des personnes infectées ou affectées par le VIH.

11.2.2. Objectifs de la formation

11.2.2.1. Objectif général

Renforcer les connaissances et les compétences (attitudes et aptitudes) des agents de santé et de la communauté pour assurer la prise en charge globale des personnes infectées ou affectées par le VIH.

11.2.2.2. Objectifs spécifiques

Il s'agit d'amener la personne formée à :

- expliquer l'importance et l'ampleur de l'infection à VIH au niveau mondial, régional (Afrique sub-saharienne) et au niveau national ;
- assurer la prise en charge des Infections Opportunistes ;

- pratiquer selon les normes le conseil dépistage volontaire de l'infection à VIH ;
- prendre en charge les AE-VIH ;
- pratiquer selon les normes les diagnostics et le suivi biologique des PVVIH ;
- traiter les PVVIH par les ARV ;
- assurer la prise en charge des PVVIH co-infectées (Tuberculose, Hépatite B et C) ;
- contribuer à la prise en charge sociale et communautaire des personnes infectées ou affectées par le VIH ;
- garantir une bonne gestion des médicaments, consommables et produits de laboratoire ;
- sécuriser l'utilisation de tous les intrants de lutte contre le VIH ;
- prendre en charge convenablement les PVVIH sur le plan nutritionnel ;
- faire une documentation correcte des cas pris en charge ;
- réaliser la supervision, le suivi / évaluation, et la recherche en matière d'infection à VIH.

11.2.3. Normes

La formation sur le VIH doit être introduite dans les écoles de médecine, pharmacie, des infirmiers et sages-femmes, des ingénieurs biomédicaux /techniciens de laboratoire, des assistants sociaux.

Elle sera également faite chez les professionnels de santé en cours d'emploi (par tutorat ou séminaire).

Les modules de formation nécessaires ont trait à :

- l'épidémiologie de l'infection à VIH ;
- le conseil et le dépistage de l'infection à VIH ;
- la prise en charge des IO ;
- la prise en charge par les ARV ;
- la gestion des médicaments, consommables et produits de laboratoire ;
- la pharmacovigilance et l'usage rationnel ;
- le diagnostic et le suivi biologique ;
- la prise en charge sociale et communautaire ;
- la prise en charge nutritionnelle ;
- la prise en charge des AE VIH ;
- la supervision, suivi / évaluation, recherche sur l'infection à VIH ;
- la gestion des programmes de prise en charge des PVVIH.

11.2.4. Procédures

11.2.4.1. Activités préparatoires

- Evaluer les besoins en formation ;
- Définir les objectifs de la formation ;
- Choisir les méthodes et techniques de la formation « apprendre pour maîtriser » ;
- Elaborer les modules de formations (manuel de référence, cahier du participant, fiches d'apprentissage, manuel du formateur) ;
- Identifier les personnes à former ;
- Identifier les facilitateurs et les formateurs et s'assurer de leur disponibilité ;



- Déterminer les ressources nécessaires ;
- Elaborer un calendrier de formation ;
- Choisir le lieu de la formation ;
- Informer les participants au moins 15 jours avant et s'assurer de leur disponibilité ;
- Tenir une réunion avec les facilitateurs.

11.2.4.2. Déroulement de la formation

- Accueillir les participants ;
- Définir les normes de travail ;
- Recueillir les attentes des participants par rapport à la formation ;
- Informer les participants sur les dispositions administratives ;
- Administrer la formation selon les indications des documents de référence ;
- Evaluer la formation.

11.2.4.3. Activités post formation

- Rédiger un rapport de formation ;
- Diffuser le rapport de formation ;
- Elaborer et mettre en œuvre un plan de suivi de la formation.



11.3. LA SUPERVISION

11.3.1. Définition

La supervision est un processus continu qui consiste à rassembler les informations sur la performance, la motivation et les conditions de travail des agents en vue d'améliorer la qualité des prestations de service.

Elle a pour but de guider, de soutenir et d'assister le personnel pour lui permettre de bien exécuter les tâches qui lui sont assignées.

Elle peut être interne, c'est à dire effectuée par l'équipe de santé ou externe effectuée par le niveau supérieur.

11.3.2. Domaines

Les domaines sur lesquels doit porter la supervision en matière de prise en charge des PVVIH sont :

- le conseil dépistage et diagnostic ;
- la prise en charge des Infections Opportunistes ;
- la prise en charge des accidents d'exposition au VIH ;
- le diagnostic et le suivi biologique ;
- la prise en charge par les ARV, y compris, l'observance au traitement et la prophylaxie au Cotrimoxazole ;
- la prise en charge des patients co-infectés ;
- la prise en charge sociale et communautaire des PVVIH ;
- la prise en charge nutritionnelle des PVVIH ;
- la gestion des médicaments, consommables et produits de laboratoire ;
- l'assurance qualité lié à la gestion des intrants de lutte contre le VIH ;



- la formation ;
- les conditions de travail de l'agent supervisé : locaux, équipements, plateau technique.

11.3.3. Normes

11.3.3.1. Prestataires (superviseurs)

Le superviseur doit être un modèle de compétences et de performances. L'équipe de supervision sera constituée des personnes ayant une maîtrise dans :

- la gestion d'un programme ;
- la prise en charge des PVVIH ;
- la prise en charge des Infections Opportunistes et des accidents d'exposition au sang ;
- l'observance, le suivi médical et biologique des PVVIH;
- la gestion des médicaments ;
- l'assurance qualité.

Ainsi, les personnes suivantes peuvent être membres de cette équipe :

- les responsables de service au niveau du PSLS ;
- les responsables des CIPEC ;
- les collaborateurs des responsables de service au niveau national et ceux des responsables des CIPEC ;
- les Médecins coordonnateurs de zones sanitaires ;
- les Prestataires (modèle de performance) ;
- toutes autres personnes capables d'apporter un appui technique lors de la mise en œuvre de cette activité.

11.3.3.2. Outils

Les outils indispensables pour la supervision sont les suivants :

- la fiche de supervision ;
- la description de poste ;
- les documents normatifs.

11.3.3.3. Niveaux

Tous les niveaux peuvent être supervisés :

- National ;
- Intermédiaire ;
- Périphérique ;
- Communautaire

11.3.3.4. Périodicité

- Niveau central : une fois par an ;
- Niveau intermédiaire : tous les 6 mois ;
- Niveau périphérique : tous les 3 mois ;
- Niveau communautaire : tous les mois

11.3.3.5. Groupes cibles (supervisés)

Les groupes cibles supervisés sont :

- les agents de santé ;
- les techniciens sociaux ;
- les agents communautaires.

11.3.4. Procédures

11.3.4.1. Préparer la visite de supervision

Pour préparer une visite de supervision, les étapes à suivre sont :

- l'élaboration d'un calendrier de supervision ;



- l'information du personnel à superviser et la négociation de la date ;
- la revue des documents de la formation sanitaire à superviser ;
- l'élaboration du plan de visite du superviseur devant comprendre :
 - ✓ la définition des objectifs de la supervision ;
 - ✓ la détermination des activités et tâches à superviser et à réaliser ;
 - ✓ le choix des outils de supervision appropriés ;
 - ✓ la détermination du type de supervision à mener ;
 - ✓ l'évaluation des ressources nécessaires.

11.3.4.2. Exécuter la supervision

Pour exécuter une supervision, il faut :

- rencontrer le responsable de la formation sanitaire et le personnel ;
- réaliser la supervision en tenant compte des différents domaines d'interventions.

1. Rencontrer le responsable de la formation sanitaire et le personnel

- Passer en revue le plan de la supervision et discuter des buts et objectifs de la visite ;
- Expliquer comment la visite sera menée ;
- Examiner les recommandations et les engagements pris à la dernière visite de supervision ;
- Discuter de la supervision des différents domaines d'activités ;
- Prévoir une réunion de résolution de problèmes avec l'équipe de la formation sanitaire.

2. Réaliser la supervision des différents domaines d'activités.

- Utiliser la grille de supervision et analyser les données recueillies ;
- Organiser une réunion de restitution avec le personnel pour discuter des points forts et faibles du programme et proposer des solutions à court et à long termes ;
- Elaborer un plan de résolution des problèmes avec le personnel ;
- Faire un rapport dans le cahier de supervision du site avec les recommandations ;
- Organiser une réunion de synthèse avec le responsable de la formation sanitaire.

11.3.4.3. Activités post-supervision

Après la supervision, les superviseurs devront :

- rédiger un rapport de supervision dont une copie sera envoyée à la structure supervisée et une autre à la hiérarchie ;
- suivre le plan de résolution des problèmes.



CHAPITRE 12 : LA RECHERCHE EN MATIÈRE DE PRISE EN CHARGE DE L'INFECTION PAR LE VIH

12.1. NORMES

12.1.1. Définition

La recherche en matière d'infection à VIH est un outil de résolution des problèmes, utilisé pour améliorer l'accessibilité, la disponibilité et la qualité des services. Cette recherche se concentre à la fois sur l'épidémiologie du VIH, les politiques, normes et procédures de prise en charge, et les opérations quotidiennes du programme de prise en charge des PVVIH.

Elle peut être fondamentale ou opérationnelle. Elle s'intéresse à tous les domaines de la lutte contre l'infection à VIH, y compris la médecine traditionnelle.

12.1.2. Objectifs

La recherche en matière d'infection à VIH est un instrument essentiel d'aide à l'orientation des interventions en matière de lutte contre le VIH / SIDA.

12.1.3. Priorités de recherche

Les recherches et études en matière d'infection à VIH doivent s'inscrire dans le cadre des priorités nationales de recherche établies en fonction des problèmes majeurs concernant la lutte contre le VIH/SIDA.

12.1.4. Profil du chercheur

En matière de recherche, on peut considérer comme chercheur toute personne qui en a la compétence et qui dans l'exercice de ses fonctions organise et/ou participe aux activités de recherche. La recherche doit se faire en équipe

pluridisciplinaire impliquant les principaux acteurs : décideurs, chercheurs, prestataires de service et communautés.

12.1.5. Ethique

Tout projet de recherche en rapport avec l'infection à VIH doit comporter un volet éthique et être soumis au Comité National pour l'Éthique de la Recherche en Santé (CNERS) ou à toute autre comité d'éthique compétent. L'accord préalable de ce comité est obligatoire avant toute mise en œuvre.

12.1.6. Diffusion et utilisation des résultats

Le Ministère de la Santé, assurera une large diffusion des travaux d'intérêt particulier. Les résultats de recherche seront utilisés pour améliorer les programmes de lutte contre le VIH/SIDA.

12.1.7. Financement de la recherche

Le Ministère de la Santé, le CNLS-TP, le PSLs et les autres partenaires devront veiller à la mobilisation des ressources pour financer des recherches opérationnelles.

12.2. PROCEDURES

12.2.1. Préparation de la recherche

Dans la préparation de la recherche, il faut s'assurer que les objectifs de l'étude projetée sont pertinents et s'appuient sur l'analyse approfondie des publications et travaux antérieurs.

12.2.2. Protocole de recherche

Il doit être rédigé par les chercheurs et approuvé par le CNERS, l'INSAE (pour l'avis statistique en cas de besoin).



12.2.3. Préparation logistique

Elle consiste à :

- rassembler le matériel technique et les moyens logistiques ;
- réunir le personnel ;
- établir un budget prévisionnel ;
- former le personnel à ses tâches futures ;
- obtenir les autorisations administratives nécessaires.

12.2.4. Pré-recherche

Elle consiste à :

- prendre contact avec les responsables locaux, administratifs, politiques et traditionnels ;
- sensibiliser les futurs participants ;
- obtenir leur accord à l'enquête ;
- tester les outils de collecte de données ;
- corriger les outils de collecte;
- élaborer un calendrier précis.

Par ailleurs, il est à noter qu'une logistique rigoureuse s'impose, surtout si l'enquête mobilise une équipe importante.

12.2.5. Mise en œuvre de la recherche

Avant la mise en œuvre de la recherche, il faut s'assurer que la population cible a bien compris les buts et les modalités pratiques.

Au moment de la collecte, le chercheur aura comme mission de :



- administrer les outils de collecte aux groupes cibles ;
- assurer au besoin la coordination entre le laboratoire central et les responsables de la recherche.

Ces derniers assureront la supervision des différentes opérations sur le terrain.

12.2.6. Analyse des données

Deux types d'analyse seront faits : une analyse statistique et une analyse épidémiologique.

12.2.6.1. statistique

Elle débute par l'étude des caractéristiques de la distribution des variables étudiées. La seconde étape consiste à rechercher des corrélations entre deux ou plusieurs variables.

12.2.6.2. Analyse épidémiologique

Elle consiste à :

- s'assurer que les corrélations statistiques significatives ne sont pas dues à un biais expérimental ou à un facteur de confusion ;
- essayer d'interpréter les résultats et d'en tirer des conclusions pratiques (prise de mesures de santé publique, prévision de recherches complémentaires).

12.2.7. Diffusion et utilisation des résultats

Le rapport de toute recherche doit être remis à :

- la structure initiatrice ;
- la structure ayant financé ;
- les acteurs des sites où l'étude a été réalisée ;



- Le Ministère de la Santé à travers la Direction de l'Informatique et du Pré-Archivage (DIP)
- toute autre structure intéressée par les résultats.
- Les canaux de diffusion peuvent être des conférences, des congrès, des revues scientifiques, etc.

Les résultats doivent être considérés pour améliorer la qualité des services offerts par les sites et pour la prise de décision.



ANNEXES

Annexe 1: Classification OMS chez l'adulte

Stade clinique 1

- Patient asymptomatique
- Adénopathies persistantes généralisées

Stade clinique 2

- Perte de poids involontaire < 10 % du poids corporel
- Dermatite séborrhéique
- Prurigo
- Atteinte fongique des ongles
- Ulcérations buccales récurrentes
- Chéilite angulaire
- Zona
- Infections récidivantes des voies respiratoires supérieures

Stade clinique 3

- Perte de poids involontaire \geq 10 % du poids corporel
- Diarrhée chronique inexplicée > 1 mois
- Fièvre prolongée (> 1 mois), inexplicée (> 37,6 °C, intermittente ou constante)
- Candidose buccale persistante
- Leucoplasie chevelue buccale
- Tuberculose pulmonaire en cours
- Infection bactérienne sévère
- Gingivite, périodontite ou stomatite ulcéralive aiguës nécrosantes
- Anémie < 8 g/100 mL, neutropénie < 500/mm³ ou thrombocytopenie < 50 000/mm³ inexplicées

Stade clinique 4

- Syndrome cachectique lié au VIH
- Pneumopathie à *Pneumocystisjiroveci*
- Pneumonie bactérienne récurrente
- Herpès cutanéomuqueux > 1 mois, ou herpès viscéral quelle que soit la durée
- Candidose de l'oesophage, de la trachée, des bronches ou des poumons
- Tuberculose extra-pulmonaire
- Maladie de Kaposi
- Infection à CMV (rétinite, ou viscérale autre)
- Toxoplasmose cérébrale
- Encéphalopathie à VIH
- Cryptococcose extra-pulmonaire
- Mycobactériose atypique disséminée
- Leucoencéphalopathie multifocale progressive
- Cryptosporidiose chronique (avec diarrhée)
- Isosporose chronique
- Mycose endémique disséminée (histoplasmosse, coccidioidomycose)
- Bactériémie à salmonelles non typhiques récurrente
- Lymphome (cérébral ou à cellule B non hodgkien) ou autre tumeur solide associée au VIH
- Carcinome invasif du col utérin
- Leishmaniose viscérale
- Néphropathie ou cardiopathie liée au VIH symptomatique

Annexe 2: Classification OMS chez l'enfant

Stades	Symptômes
Stade clinique 1	<ul style="list-style-type: none"> • Asymptomatique • Lymphadénopathie généralisée persistante
Stade clinique 2	<ul style="list-style-type: none"> • Hépatosplénomégalie persistante inexplicée • Infections récurrentes ou chroniques des voies respiratoires supérieures (otite moyenne, otorrhée, sinusite, amygdalite) • Zona • Erythème gingival linéaire • Ulcérations buccales récurrentes • Eruption papulaire prurigineuse • Infections fongiques de l'ongle • Infection verruqueuse extensive d'origine virale • <i>Molluscum contagiosum</i> extensif • Augmentation du volume des parotides persistante et inexplicée
Stage Clinique 3	<ul style="list-style-type: none"> • Malnutrition modérée inexplicée* ne répondant pas de façon satisfaisante au traitement standard • Diarrhée persistante inexplicée (14 jours ou plus) • Fièvre persistante inexplicée (supérieure à 37,5°C, intermittente ou constante, depuis plus d'un mois) • Candidose buccale persistante (après les six premières semaines de vie) • Leucoplasie chevelue de la cavité buccale • Tuberculose ganglionnaire • Tuberculose pulmonaire • Pneumonies bactériennes sévères récurrentes • Gingivite ou parodontite aiguë nécrosante ulcéralive • Anémie (<8 g/dl), neutropénie (<0,5 x 10⁹/l) ou thrombocytopénie chronique (<50 x 10⁹/l) inexplicées • Pneumonie interstitielle lymphocytaire symptomatique • Pathologie pulmonaire chronique associée au VIH, notamment la bronchiectasie
Stade Clinique 4	<ul style="list-style-type: none"> • Emaciation sévère inexplicée, retard de croissance sévère inexplicé ou malnutrition** sévère inexplicée ne répondant pas de façon satisfaisante au traitement standard • Pneumonie à <i>Pneumocystis (jirovecii)</i> • Infections bactériennes sévères récurrentes (par exemple : empyème, pyomyosite, infection osseuse ou articulaire, méningite, mais ne comprenant pas la pneumonie) • Infection chronique à herpes simplex (bucco-labiale ou cutanée d'une durée supérieure à un mois, ou viscérale quelle que soit la localisation) • Candidose œsophagienne (ou candidose trachéale, bronchique ou pulmonaire)

Stades	Symptômes
	<ul style="list-style-type: none"> • Tuberculose extra pulmonaire • Sarcome de Kaposi • Infection a cytomégaloVirus (rétinite ou infection d'autres organes, débutant après l'âge d'un mois) • Toxoplasmose du système nerveux central (après la période néonatale) • Encéphalopathie à VIH • Cryptococcose extra pulmonaire, y compris la méningite • Infection mycobactérienne non tuberculeuse disséminée • Leuco encéphalopathie multifocale progressive • Cryptosporidiose chronique (avec diarrhée) • Isosporose chronique • Mycose endémique disséminée (histoplasmosse extra pulmonaire, coccidioidomycose, pénicillinose) • Lymphome (cérébral ou non hodgkinien à cellules B) • Néphropathie ou myocardiopathie associée au VIH

* *Chez l'enfant âgé de moins de 5 ans* : une malnutrition modérée est définie comme un rapport poids/taille avec une valeur du Z < à -2 ou un périmètre brachial à mi-hauteur supérieur ou égal à 115 mm et inférieur à 125 mm.

** *Chez l'enfant âgé de moins de 5 ans* : une émaciation sévère est définie par un rapport poids/taille avec une valeur du Z < à -3; un retard de croissance est défini par un rapport longueur/âge ou taille/âge avec une valeur du Z < à -2 ; et une malnutrition aiguë sévère est définie soit par un rapport poids/taille avec une valeur du Z < à -3, soit par un périmètre brachial à mi-hauteur < à 115 mm, soit par la présence d'œdèmes.

Annexe 3 : Formulaire de demande de charge virale

FICHE DE DEMANDE DE CHARGE VIRALE

(Quantification de l'ARN plasmatique du VIH-1)

Prescripteur

Nom et prénoms :

Structure :

Téléphone/Portable:

Date de demande : Signature et cachet :

Patient

Nom et prénoms (à défaut le code) :

Age (ou date de naissance) :

Sexe : M /__ / F /__ /

Femme enceinte : Oui /__ / Non /__ / Terme de la grossesse en mois :

Si enfant né de mère VIH+, précisez le type de VIH de la mère :

VIH-1/__/ VIH-2/__/ VIH-1+2/__/

Antécédents

CD4 : Avant dernier : /µl le Dernier : /µl le

Valeur Dernière Charge virale..... Copies/mllog

Date de réalisation en précisant l'appareil :

Protocole ARV en cours : Date de début :

A-t-il bénéficié antérieurement d'un changement d'ARV? Oui/__/ Non /__ / si oui quand ?

Indications de la prescription (Encercler le numéro correspondant)

1. Contrôle de l'efficacité du TARV (Précisez le Mois) : M.....
 2. Suspicion d'échec thérapeutique
 3. Contrôle après changement de ligne thérapeutique
 4. Autres (précisez)
-

Annexe 4 : Principales molécules ARV adultes disponibles et posologies

Classe	Molécules		Présentation	Posologie	observation
INTI & INNTI	AZT	Ziduvudine	Cp 300	1cp/12h	Au cours ou en dehors des repas
	3TC	Lamivudine	Cp 150	1cp/12h	
	FTC	Emtricitabine	Cp 200	1cp/24h	
	ABC	Abacavir	Cp 300	1cp/12h	Au cours ou en dehors des repas
	AZT+3TC	Zidovudine + Lamivudine	300/150	1cp/12H	
	ABC+3TC	Abacavir + Lamivudine	600/300	1cp/24h	
	TDF	Ténofovir	Cp 300	1cp/24h	Au cours d'un repas (même léger)
	TDF+3TC	Lamivudine + Ténofovir	300/300	1cp/24h	
	TDF+ FTC	Ténofovir + Emtricitabine	Cp 300/200	1cp/24h	
	TDF+3TC+EFV	Ténofovir + Lamivudine+ Efavirenz	Cp 300/300/600	1cp/24h	Au coucher et à distance du repas
	EFV	Efavirenz	Cp 600	1cp/24h	
	NVP	Névirapine	Cp 200	1cp/12h	au cours ou à distance des repas
INTI & Anti intégrase	TDF+3TC+DTG	Ténofovir + Lamivudine+ Dolutégravir	Cp 300/300/50	1cp/24h	Au coucher et à distance du repas
Inhibiteurs de Protéase	LPV/r	Lopinavir boosté par le Ritonavir	Cp 200/50	2cp/12h	au cours ou en dehors d'un repas ; ne pas mâcher, couper ou broyer les comprimés.

Classe	Molécules		Présentation	Posologie	observation
	ATV/r	Atazanavir/r	Cp 300/100	1cp/24h	Au cours du repas
	DRV	Darunavir	Cp 600	1cp/12h	
	RTV	Ritonavir	Cp 100	1cp/24h (si avec Atazanavir) 1cp/12h (si avec Darunavir)	
	DRV/r	Darunavir boosté par le Ritonavir	Cp 600/100	1cp/12h	
Intégrase	DTG	Dolutégravir	Cp 50	1cp/24h	Au coucher et à distance du repas
	RAL	Raltégravir	Cp 400	1cp/12h	au cours ou en dehors des repas il déconseille de croquer, écraser ou couper les comprimés.

Annexe 5: Tableau posologique des ARV chez l'enfant

Antirétroviraux	Dosage des comprimés, sachets et gélules en mg	Nombre de comprimés ou de gélules/sachets à saupoudrer par intervalle de poids											
		3-5,9kg		6- 9,9kg		10- 13,9 kg		14- 19,9kg		20- 24,9kg		25- 34,9kg	
ABC/3TC/NVP	60mg/30mg/50mg	1	1	1,5	1,5	2	2	2,5	2,5	3	3	4	4
LPV/r sachet	40mg/10mg	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6	.....	.....
ABC/3TC/LPV/r	30mg/15mg/40mg/10mg	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6	.....	.....
AZT/3TC/LPV/r	30mg/15mg/40mg/10mg	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6	.....	.....
DRV/r	240mg/40mg	.....		.....		1	1	1	1	2	1	.....
ATV/r	100mg/33mg					1		1		2		.....
ABC/3TC	120mg/60mg	1		1,5		2		2,5		3		.....
TDF/3TC	75mg/75mg	.....		.....		1,5		2		2,5		3 - 3,5*	
TDF/3TC/EFV	75mg/75mg/150mg	.....		.....		1,5		2		2,5		3 - 3,5*	
TDF/3TC adulte sécables de 2 manières	300mg/300mg	.....		.....		un tiers		Moitié		2 tiers		1	
TDF/3TC/EFV adulte sécable 2 fois	300mg/300mg/600mg					un tiers		Moitié		2 tiers		1	

* Trois comprimés de 25 kg à 29.9 kg et 3,5 comprimés de 30 kg à 34,9 kg.

Antirétroviraux	Dosage des comprimés, sachets et gélules en mg	Nombre de comprimés ou de gélules/sachets à saupoudrer par intervalle de poids													
		3-5,9kg		6- 9,9kg		10- 13,9 kg		14- 19,9kg		20- 24,9kg		Cp adulte	25- 34,9kg		
		Matin	Soir	Matin	Soir	Matin	Soir	Matin	Soir	Matin	Soir		Matin	Soir	
AZT/3TC	60mg/30mg	1	1	1,5	1,5	2	2	2,5	2,5	3	3	300/150	1	1	
AZT/3TC/NVP	60mg/30mg/50mg	1	1	1,5	1,5	2	2	2,5	2,5	3	3	300/150/200	1	1	
ABC/AZT/3TC	60mg/60mg/30mg	1	1	1,5	1,5	2	2	2,5	2,5	3	3	300/300/150	1	1	
ABC/3TC	60mg/30mg	1	1	1,5	1,5	2	2	2,5	2,5	3	3	600/300	0,5	0,5	
EFV	cp sécable 200mg	.....		.....		1		1,5		1,5		.....	2	
NVP	cp dispersible 50mg	1	1	1,5	1,5	2	2	2,5	2,5	3	3	200mg	1	1	
3TC	cp dispersible 30mg	1	1	1,5	1,5	2	2	2,5	2,5	3	3	150mg	1	1	
ABC	cp dispersible 60mg	1	1	1,5	1,5	2	2	2,5	2,5	3	3	300mg	1	1	
AZT	cp dispersible 60mg	1	1	1,5	1,5	2	2	2,5	2,5	3	3	300mg	1	1	
LPV/r	cp thermostable 100mg/25mg	...	...	...	...	2cp	1cp	2cp	2cp	2cp	2cp	100mg/25mg	3	3
LPV/r	Granulés oraux 40mg/10mg	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6	.....	7	7

Lors de la mise en route du TAR, il est toujours recommandé d'augmenter la dose de NVP en ne commençant qu'avec une demi-dose pendant deux semaines, ce qui permet d'éviter les problèmes de toxicité avec un taux de NVP initial élevé. d'envisager de commencer avec une dose complète

Antirétroviraux	Dosage des solutionsbuv.	Volume de solution buvable par par intervalle de poids											
		3-5,9kg		6- 9,9kg		10- 13,9 kg		14- 19,9kg		20- 24,9kg		25- 34,9kg	
		Matin	Soir	Matin	Soir	Matin	Soir	Matin	Soir	Matin	Soir	Matin	Soir
AZT solution buv.	10mg/ml	6ml	6ml	9ml	9ml	12ml	12ml	.....	.....	.....	.....	....	....
ABC solution buv.	20mg/ml	3ml	3ml	4ml	4ml	6ml	6ml	.....	.....	.....	....	.....	.....
3TC solution buv.	10mg/ml	3ml	3ml	4ml	4ml	6ml	6ml	.....	.....	.....	.....	.....	.....
NVP solution buv.	10mg/ml	5ml	5ml	1,5	8ml	8ml	10ml	.....	.....	.....	.....	.....	.....
LPV/r solution buv.	80mg+20mg/ml	1ml	1ml	1,5	1,5ml	2ml	2ml	2,5ml	2,5ml	3ml	3ml	.....	.....

LPV/r sous forme liquide nécessite le respect de la chaîne du froid pendant le transport et le stockage. Les comprimés thermostables de LPV/r doivent être avalés entiers et ne doivent pas être partagés ou écrasés.

Annexe 6 : Comité national de passage en troisième ligne

COMITE NATIONAL DE LA 3^e LIGNE

1. **Objectif général** : Aider à mieux gérer les passages en troisième ligne ;
 2. **Objectifs spécifiques** :
 - former les prescripteurs à la gestion des échecs de la 2^{ème} ligne ;
 - décider de la mise du patient sous traitement de la 3^{ème} ligne ;
 - faire le suivi-évaluation de la cohorte adulte et enfant mis sous 3^{ème} ligne ;
 - décentraliser la gestion des échecs de la 2^{ème} ligne vers les départements.
 3. **Composition** : 10 membres dont 1 secrétaire ;
 4. **Réunions** : tous les 2 mois (dans la dernière semaine du deuxième mois du bimestre) ;
 5. **Procédures.**
 - le médecin prescripteur envoie le rapport d'échec de la deuxième ligne du patient au secrétaire (+/- les autres membres) ;
 - le secrétaire reçoit une demande de passage en 3^e ligne conforme au modèle ad hoc ;
 - le secrétaire adresse une copie du rapport à chacun des membres ;
 - chaque membre prépare un avis argumenté sur la demande et propose si besoin un traitement ;
 - une date de réunion consensuelle sera fixée tous les 2 mois (dernière semaine du 2^e mois du bimestre) ;
 - les conclusions sont adressées au prescripteur par la voie la plus appropriée ;
 - si l'avis est favorable : inclure le patient dans la cohorte de 3^e ligne et poursuivre le suivi en se référant au DPNP.
 - Si l'avis est défavorable : formuler des conseils au prescripteur.
-

Annexe 7: Modèle de rapport médical de passage en troisième ligne

RAPPORT MEDICAL (Modèle)

Concerne passage en 3^e ligne de Code du patient/...

Sexe : _____ Né(e) le _____ (___ ans), Situation familiale : ____ Profession : ____, Domicile : ____

Stade OMS : ____ (symptômes classant ____) CD4 ____ Cells/mm³. Mise sous ARV le ____ Molécules ARV ____.

Reprise

Accouchement

IO/Echec

MOIS	J0	M6	M12	M18	M24	M30	M36	M42	M48			
DATE												
POIDS												
ARV												
INDICATION DU CHANGEMENT DES MOLECULES												
CD4												
CV												

Note : il faudra donner toutes les indications nécessaires et les évènements importants survenus au cours du suivi pour permettre au comité de mieux étudier et décider.

SUSPICION /CONFIRMATION / ANCIENNETE DE L'ECHEC

ECHEC VIROLOGIQUE	ECHEC IMMUNOLOGIQUE	ECHEC CLINIQUE

RECHERCHE DES CAUSES D'ECHEC (OBSERVANCE/TOLERANCE)

FACTEURS FAVORISANT l'observance et le succès thérapeutique futur	FACTEURS LIMITANT l'observance et le succès thérapeutique futur

DECISION du CTL :

TARV de 3e ligne :
