

PRESIDENCE DU FASO

**CONSEIL NATIONAL DE LUTTE
CONTRE LE SIDA ET LES IST**

SECRETARIAT PERMANENT

MINISTERE DE LA SANTE

**PROGRAMME SECTORIEL SANTE DE
LUTTE CONTRE LE SIDA ET LES IST**



**NORMES ET PROTOCOLES DE
PRISE EN CHARGE MEDICALE
DES PERSONNES VIVANT AVEC
LE VIH
AU BURKINA FASO**

SIXIEME EDITION

MARS 2021

Table des matières

LISTES DES TABLEAUX	5
LISTES DES FIGURES	6
LISTE DES PRINCIPAUX SIGLES ET ABREVIATIONS	8
INTRODUCTION	12
CHAPITRE I : ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE MEDICALE.....	15
1.1 Organisation et circuit de la prise en charge des patients	15
1.1.1 Organisation de la prise en charge	15
1.1.2. Le circuit du patient	17
1.2 Les différentes structures impliquées et leurs Rôles	17
1.2.1 Le programme Sectoriel Santé de Lutte contre le Sida et les IST	17
1.2.2. La direction de la sante de la famille	18
Son rôle principal dans la prise en charge VIH est la mise en œuvre et le suivi des activités de lutte contre la transmission mère-enfant du VIH dans les structures sanitaires	18
1.2.3 La Direction Régionale de la Santé	18
1.2.4 Le District Sanitaire	19
1.2.5 Les structures ou sites de prise en charge médicale des patients	19
1.2.6 Le comité thérapeutique et de gestion de la file active	19
1.2.7 Les acteurs communautaires.....	20
1.3 Décentralisation de la prise en charge médicale	20
1.4 Les approches différenciées de services VIH.....	21
CHAPITRE II : NORMES ET PAQUET MINIMUM D'ACTIVITES PAR NIVEAU DE SOINS	24
CHAPITRE III : PREVENTION DE L'INFECTION A VIH	41
3.1. Les Méthodes Classiques De Prevention.....	41
3.1.1 l'abstinence	41
3.1.2 la bonne fidélité	41
3.2. La prévention combinée.....	41
3.2.1 L'utilisation des préservatifs	41
3.2.2 Le recours au dépistage	41
3.2.3 : i=i, PrEP, PPE.....	42
3.2.4 Les interventions de réduction des méfaits	48
3.3 La Circoncision Masculine Médicale Volontaire (CMMV)	48
3.4 La sécurité transfusionnelle	48
3.5. La PTME/ VIH-HEPATITE B-syphylis.....	49
3.5.1. Aspects spécifiques de l'infection à VIH chez la femme	49
3.5.2. Suivi gynécologique.....	49
3.5.3. Grossesse et VIH.....	49
3.5.4. Prise en charge de l'accouchement et du post-partum chez une femme infectée par le VIH.....	50
3.5.5. L'alimentation du nourrisson	51
3.5.6. Infection à VIH et désir d'enfant	52
CHAPITRE IV : LE DIAGNOSTIC DE L'INFECTION A VIH CHEZ L'ADULTE ET CHEZ L'ENFANT ..	55
4.1 Généralités sur les services de dépistage VIH	55
4.2 Les services de dépistage VIH différenciés	55
4.2.1 Susciter une demande et informer avant le dépistage	55
4.2.2. Les approches différenciées de services (ADS) de dépistage du VIH	56
4.3. Diagnostic biologique de l'infection à VIH chez l'adulte et chez l'enfant	59
4.3.1 Le dépistage du VIH chez l'adulte et l'enfant de plus de 18 mois.....	59
4.3.2 Diagnostic de l'infection à VIH chez l'enfant de moins de 18 mois.....	61
4.4. Stades cliniques de l'infection à VIH	64
CHAPITRE V : LE TRAITEMENT PAR LES ARV	68
5.1 Différentes classes d'ARV et leurs mécanismes d'action	68
5.1.1 Les inhibiteurs de la transcriptase inverse	69
5.1.2 Les inhibiteurs de la protéase.....	69
5.1.3 Les inhibiteurs de l'intégrase.....	69

5.1.4 Les inhibiteurs de fusion et d'entrées	69
5.1.5 Les boosters	69
5.2 Principaux ARV par classe thérapeutique	70
5.3. Monographie des principaux ARV	70
5.4 Initiation du traitement ARV	73
5.5 Schémas de traitement de première ligne	73
5.6 Pourquoi faut-il changer de protocole thérapeutique	74
5.6.1 Effets indésirables des ARV	74
5.6.2 Echec thérapeutique	74
5.7 Interactions plantes médicinales et traitement ARV	77
.....	80
CHAPITRE VI :	80
CHIMIOPROPHYLAXIE, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES INFECTIONS OPPORTUNISTES ...	80
6.1 La chimioprophylaxie	81
6.1.1 La prophylaxie primaire	81
6.1.2 La prophylaxie secondaire	83
6.1.3 Durée de la prophylaxie au cotrimoxazole	84
6.1.4 Effets indésirables et toxicité au cotrimoxazole	84
6.2 Diagnostic et traitement des infections opportunistes	85
6.3 Prise en charge du « VIH AVANCE »	102
6.3.1 Généralités sur le « VIH avancé »	102
6.3.2 Définition du « VIH avancé »	102
6.3.3 Conduite à tenir devant un cas VIH avancé	102
CHAPITRES VII : CO-INFECTIONS ET CO-MORBIDITES.....	109
7.1 Prise en charge de la Co-infection TB/VIH chez l'adulte	109
7.1.1 Diagnostic de la tuberculose chez les patients infectés par le VIH	109
7.1.2 Traitement curatif de la tuberculose	116
7.1.4 Traitement antirétroviral chez les patients co-infectés TB/VIH	117
7.1.5 Toxicité commune aux ARV et antituberculeux	118
7.1.6 Mesures de contrôle de la Tuberculose	118
7.2 Autres co-infections	119
7.2.1 Co-infection avec l'Hépatite B et/ou l'Hépatite C	119
7.2.2. Infection à VIH et paludisme	122
7.2.3. IST et VIH	122
7.3. Maladies non transmissibles et VIH	124
7.3.1. Principaux facteurs de risque des MNT	124
7.3.2. Cancers et VIH	125
7.3.3. VIH et vieillissement	126
7.3.4 Epilepsie et VIH	126
7.4.5. VIH et troubles psychiatriques	127
CHAPITRE VIII : LE SUIVI CLINIQUE, BIOLOGIQUE ET L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DE L'ADULTE ET DE L'ADOLESCENT INFECTES PAR LE VIH	128
8.1 Le suivi CLINIQUE	129
8.2 Le suivi biologique	129
8.3 LES APPROCHES DIFFERENTIEES DE RAVITAILLEMENT ARV	131
8.4. L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT OU services DE SOUTIEN psychosociaux	133
8.4.1 L'observance	133
8.4.2 Programme d'éducation thérapeutique	134
8.4.3 Groupes spécifiques	140
8.4.4 La logistique	146
8.5. Les particularités sur les populations clés	146
8.5.1. Stratégies de prévention	146
8.5.2. TARV	147
8.5.3. Tuberculose	147
8.5.4. IST	147
8.5.5. Santé sexuelle et reproductive	148
8.5.6. Santé mentale et abus d'alcool et de drogues	148

CHAPITRE IX : LA PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT INFECTÉ PAR LE VIH	149
9.1 Prise en charge globale de l'enfant infecté par le VIH en quinze points essentiels	150
9.2 Evaluation du développement psychomoteur de l'enfant.....	151
9.3 INFECTIONS OPPORTUNISTES	152
9.3.1 Prophylaxie des infections opportunistes	152
9.3.2 DIAGNOSTIC et traitement des infections et affections opportunistes chez l'enfant infecté par le VIH	154
9.4 Traitement antirétroviral	164
9.4.1. Principaux ARV par classe thérapeutique chez l'enfant	164
9.4.2 Critères d'éligibilité au traitement antirétroviral (TARV)	165
9.4.3 Protocoles thérapeutiques ARV de première ligne chez l'enfant infecté par le VIH	165
9.4.4 Suivi de l'enfant infecté par le VIH	166
9.4.5 Echec thérapeutique	170
9.4.6 Prise en charge de l'échec thérapeutique.....	171
Protocoles thérapeutiques ARV de deuxième et troisième ligne	171
9.5 Co-infection TB/VIH chez l'enfant	172
9.5.1 Diagnostic.....	173
9.5.2 Chimio- prophylaxie de la tuberculose (Cf. Prophylaxie au chapitre VI).....	173
9.5.3 Traitement antirétroviral et traitement antituberculeux chez l'enfant	173
9.6 Vaccination.....	174
CHAPITRE X : SPECIFICITES ET PRISE EN CHARGE DE L'ADOLESCENT VIVANT AVEC LE VIH	175
10.1. Définition.....	176
10.2. Particularités de l'adolescent infecté par le VIH.....	176
10.3. Évaluation de l'état psychologique de l'adolescent	176
10.3.1 Par l'entretien avec les parents	176
10.3.2 Par l'observation de l'adolescent en consultation.....	177
10.3.3 En pratique.....	177
10.4. Difficultés rencontrées chez les adolescents.....	178
10.4.1. La question identitaire de l'adolescent : qui suis-je ?	178
10.4.2. La question de la sexualité	178
10.4.3. Exemples de manières d'aborder la sexualité.....	178
10.5. Annonce de la séropositivité	179
10.5.1. Importance de l'annonce de la séropositivité.....	179
10.5.2. Processus d'annonce de la séropositivité (Voir chapitre 8)	179
10.6. Transition vers les services adultes	179
10.6.1 Définition	179
10.6.2 Modèles de transition	179
10.6.3 Modèles de transfert	180
10.7. Difficultés de la transition.....	180
10.8. Rôles de l'éducateur	180
10.9. Prise en charge différenciée chez l'adolescent	181
CHAPITRE XI : LA SURVEILLANCE DE LA TOXICITE MEDICAMENTEUSE	183
11.1. Les effets indésirables	184
Il existe trois types d'effets indésirables.....	184
11.1.1. Premier type : Les effets indésirables gênants pour le patient mais pas dangereux.....	184
11.1.2. Deuxième type : Les effets indésirables potentiellement dangereux.....	185
11.1.3 Troisième type : les effets indésirables apparaissant tardivement au cours du traitement.....	185
11.2 Toxicité médicamenteuse et conduite à tenir	185
11.2.1. Cas du cotrimoxazole	185
11.2.2. Cas des ARV chez l'adulte et chez l'enfant.....	187
11.2.3. Cas de l'association des ARV et des antituberculeux	189
11.3 INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES.....	192
11.4 Modalité de surveillance de la toxicité des ARV	192
CHAPITRE XII : NUTRITION ET VIH.....	193
12.1. Evaluation de l'état nutritionnel	194
12.1.1 Paramètres à mesurer	194
12.1.2 Classification de la malnutrition.....	194
12.2. VIH et malnutrition par défaut.....	195

12.2.1. Alimentation de l'adulte dans le contexte du VIH	196
12.2.2. Les bonnes pratiques alimentaires	196
12.2.3. Les bonnes mesures d'hygiène	196
12.3. VIH, traitement ARV, habitudes alimentaires et maladies émergentes	196
12.4 Education nutritionnelle	197
CHAPITRE XIII : SOINS PALLIATIFS	198
13.1 Définition.....	199
13.2 Objectif des soins palliatifs.....	199
13.3 Prise en charge des symptômes.....	199
13.4 Prise en charge de la douleur.....	200
BIBLIOGRAPHIE	204
ANNEXES	207
ANNEXE I : ORGANIGRAMME DU PSSLS-IST.....	207
ANNEXE II : NOTE DU MINISTERE DE LA SANTE SUR LES APPROCHES DIFFERENTIEES DE SERVICES VIH	208
ANNEXE III : ORGANIGRAMME DES ACTEURS DE LA PRISE EN CHARGE DU VIH/SIDA AU BURKINA FASO	210
ANNEXE IV : PRINCIPES, CONSEILS ET TABLES DE POSOLOGIE DES ARV PEDIATRIQUES	211
ANNEXE V : LISTE DES SUPPORTS DE COLLECTE DES DONNEES SUIVI DES PATIENTS VIVANT AVEC LE VIH	218
Annexes VII : Les cartes de Barrow	219
Annexe VIII : Interactions médicamenteuses et conduite à tenir	221
ANNEXE IX : Causes de la CV élevée d'un patient	224

LISTES DES TABLEAUX

Tableau 1: Normes et paquet minimum d'activités de PEC d'un PVVIH par niveau de soins	25
Tableau 2 : Surveillance de la PrEP	43
Tableau 3: Indication de la prophylaxie post exposition du VIH	45
Tableau 4: Prophylaxie post partum améliorée	51
Tableau 5: Classification OMS pour les adultes, les adolescents et les enfants	64
Tableau 6: Principaux ARV par classe thérapeutique	70
Tableau 7 : Posologies, principales précautions d'emploi et principaux effets secondaires des antirétroviraux	71
Tableau 8: Choix des molécules de première ligne pour le VIH1, VIH2 et VIH1+2.	74
Tableau 9: Définition de l'échec clinique, immunologique et virologique	75
Tableau 10: Protocoles ARV de deuxième ligne	76
Tableau 11: Fiche synthèse sur les risques d'interactions négatives entre les plantes médicinales du Burkina Faso et les médicaments antirétroviraux.	78
Tableau 12: Critères d'initiation, molécules indiquées et niveau de soins pour l'application de la prévention primaire des infections opportunistes au CTX/Dapsone	81
Tableau 13: Prophylaxie secondaire des infections opportunistes.	83
Tableau 14 : Diagnostic et traitement des infections et affections opportunistes chez l'adulte infecté par le VIH.	95
Tableau 15 : Les régimes thérapeutiques de la tuberculose.	116
Tableau 16: Traitement concomitant antituberculeux & ARV chez les malades coinfecteds TB/VIH.	117
Tableau 17: PEC des PVVIH sous ARV (depuis moins de 6 mois) qui développent une TB.	117
Tableau 18 : Le syndrome VHC : force des associations entre l'infection par le VHC et différentes maladies	120
Tableau 19 : <i>interactions médicamenteuses antiviraux à action directe et certains antirétroviraux</i>	121
Tableau 20 : Récapitulatif des principales IST	123
Tableau 21: Rythme de suivi des PVVIH et paramètres à mesurer	130
Tableau 22: dimensions explorées lors du diagnostic éducatif.	136
Tableau 23 : Exemple de référentiel de compétences.	137
Tableau 24: compétences et objectifs d'éducation pour l'enfant patient.	140
Tableau 25 : Annonce des résultats selon l'âge de l'enfant	142
Tableau 26: Exemples de référentiel de compétences dans le cadre de la PTME.	144
Tableau 27 : Eléments d'appréciation du développement psychomoteur de l'enfant	151
Tableau 28 : Indications et contre-indications de la prophylaxie par le Cotrimoxazole.	152
Tableau 29: Posologie journalière de Cotrimoxazole recommandée, en fonction du poids ou de l'âge (en 1 prise).	152
Tableau 30 : Posologies pour le traitement préventif chez les enfants de moins de 5 ans non infectés par le VIH contacts confirmée bactériologiquement.	154
Tableau 31 : Diagnostic et traitement des infections et affections opportunistes chez l'enfant infecté par le VIH	155
Tableau 32 : Principaux ARV par classe thérapeutique chez l'enfant	164
Tableau 33 : Récapitulatif des schémas d'antirétroviraux de première ligne chez l'enfant et l'adolescent infectés par le VIH-1, VIH2 et VIH1+2	165
Tableau 34 : Récapitulatif des schémas d'antirétroviraux optimisés de première ligne chez l'enfant et l'adolescent infectés par le VIH-1, VIH2 et VIH1+2	166
Tableau 35 : Examens de laboratoire de suivi	168
Tableau 36 : Récapitulatif des schémas d'antirétroviraux de première, deuxième ligne et troisième ligne recommandée chez l'enfant (y compris chez l'adolescent).	172
Tableau 37: Traitement antirétroviral chez l'enfant coinfecteds par le VIH et la tuberculose	173
Tableau 38: Régime de traitement des nouveaux patients et posologie pour les enfants (formes pédiatriques)	174
Tableau 40: Problèmes et solutions potentielles offertes par la prestation différenciée des TAR chez les adolescents	181
Tableau 41 : Effets indésirables du Cotrimoxazole et actions en réponse.	185
Tableau 42 : Echelle de toxicité du cotrimoxazole chez l'adulte et l'adolescent.	186
Tableau 43: Effets indésirables graves nécessitant une substitution dans le traitement de 1ère ligne chez l'adulte.	187
Tableau 44 : Toxicité majeure des médicaments et substitution de molécule chez l'enfant	187
Tableau 45: Toxicité croisée ARV/médicaments antituberculeux	190

Tableau 46 : Adaptation posologique en cas d'insuffisance rénale	191
Tableau 47 Classification de la malnutrition aiguë par défaut.....	194
Tableau 48: Classification de la malnutrition par excès.....	195
Tableau 49 : Recommandations nutritionnelles selon le statut nutritionnel.	197
Tableau 50: Utilisation des analgésiques selon l'intensité de la douleur.	201
Tableau 51 : Conduite à tenir selon la symptomatologie.	202

LISTES DES FIGURES

Figure 1 : Circuit du patient dans une structure sanitaire publique ou privée (conventionnée et non conventionnée)	17
Figure 2: Arbre décisionnel sur la conduite à tenir en post exposition de liquides biologiques.....	46
Figure 3: Conseil dépistage en milieu de soins	57
Figure 4 : Algorithme de dépistage VIH au Burkina Faso.....	61
Figure 5 Algorithme de diagnostic précoce de l'infection à VIH chez le nourrisson	63
Figure 6 : Mécanismes d'action des ARV	69
Figure 7: Décision à prendre devant une CV élevée	76
Figure 8 : Algorithme pour le dépistage de la tuberculose chez les adultes et les adolescents vivants avec le VIH	82
Figure 9 Arbre décisionnel devant un problème respiratoire chez un sujet infecté par le VIH au CSPS	86
Figure 10 Arbre décisionnel devant un problème respiratoire chez un sujet infecté par le VIH au CMA/clinique	87
Figure 11 : Arbre décisionnel devant une diarrhée chronique chez un sujet infecté par le VIH au CSPS/cabinet de soins	88
Figure 12 Arbre décisionnel devant une diarrhée chronique chez un sujet infecté par le VIH au CMA/Clinique.	89
Figure 13 : Arbre décisionnel devant des céphalées chez un sujet infecté par le VIH au CSPS/cabinet de soins..	90
Figure 14 Arbre décisionnel devant des céphalées chez un sujet infecté par le VIH au CMA/Clinique.....	91
Figure 15 Arbre décisionnel devant une fièvre d'origine indéterminée au CSPS/cabinet de soins	92
Figure 16 Arbre décisionnel devant une fièvre d'origine indéterminée au CMA/Clinique	93
Figure 17 Arbre décisionnel devant une adénopathie.....	94
Figure 18 : Algorithme de gestion du traitement ARV chez les patients de stade VIH avancé	104
Figure 19 : Offre de soins pour les patients compliqués	107
Figure 20: Conduite à tenir pour la recherche active d'une tuberculose chez une PVVIH	110
Figure 21 : Algorithme pour le diagnostic de la tuberculose chez les PvVIH.....	112
Figure 22: Algorithme pour le diagnostic et la PEC de la tuberculose chez un sujet VIH+ avec une toux sans signe de gravité.	113
Figure 23: Algorithme pour le diagnostic et la PEC de la tuberculose chez un sujet VIH+ chez qui la recherche de signes de TB s'est révélée négative.	114
Figure 24 : Algorithme pour le diagnostic et la PEC de la tuberculose chez un sujet VIH+ avec signes de gravité.	115
Figure 25 : explication des régimes de traitement anti tuberculeux (source=guide TB/VIH)	116
Figure 26 : Facteurs de risques du diabète liés au VIH	124
Figure 27 : Modèles de ravitaillement ARV.....	131
Figure 28 : la démarche éducative.	135
Figure 29 : Algorithme de dépistage TB et administration du TPI chez les enfants (OMS).....	153
Figure 31 : le « mauvais cycle » de la mauvaise nutrition et de l'infection à VIH.	195

LISTES DES CADRES

Cadre 1 : Cibles du dépistage à l'initiative du prestataire.....	57
Cadre 2: Note importante dans le cadre du dépistage par cas index	59
Cadre 3 : Conduite à tenir devant un cas « VIH avancé »	103
Cadre 4: Les 4 questions de base d'un modèle d'ADS	132
Cadre 5 : Etapes de développement de l'enfant.....	151

LISTE DES PRINCIPAUX SIGLES ET ABREVIATIONS

LISTE DES PRINCIPAUX SIGLES ET ABBREVIATIONS

AA	Accoucheuse Auxiliaire
AB	Accoucheuse Breveté
ADS	Approches différenciées de services
AISHC	Agent Itinérant de Santé et d'Hygiène Communautaire
ALAT	Alanine Amino Transférase
AELB	Accident d'Exposition aux Liquides Biologiques
ARV	Antirétroviraux
AVD	Anti-viraux à Action Directe
ASBC	Agent de Santé à Base Communautaire
BAAR	Bacille Acido-Alcool Résistant
BK	Bacille de Kock
CDT	Centre de dépistage et de traitement de la tuberculose
CHOP	Acronyme d'une polychimiothérapie utilisée pour traiter certains cancers
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
CRTS	Centre régional de Transfusion Sanguine
CM	Centre Médical
CMA	Centre Médical avec Antenne chirurgicale
CMLS	Comité Ministériel de Lutte contre le Sida
CPS	Conseiller(ère) Psycho Social
CSPS	Centre de Santé et de Promotion Sociale
CTPECM	Comité technique de prise en charge médicale
CTX	Cotrimoxazole
CV	Charge virale
DBS	Dry Blood Spot
DIU	Diplôme Inter Universitaire
DIU/GAph	Diplôme Inter Universitaire en Gestion des Approvisionnements Pharmaceutiques
DPSP	Direction de la protection de la santé et de la population
DRS	Direction Régionale de la Santé
ECBU	Examen Cytobactériologique des Urines
ECD	Equipe Cadre de District
EIs	Effets Indésirables
ELISA	Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay
ETP	Education Thérapeutique du Patient
eTME	Elimination de la transmission mère-enfant
FA	File Active
FDR	Facteur De Risque
GDT	Guide de Diagnostic et de Traitement
GE/FS	Goutte Epaisse / Frottis Sanguin
HDL	Lipoprotéine de Haute Densité
HPV	<i>Human Papilloma Virus</i>
IB	Infirmier Breveté
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat

IEC/CCC	Information Education Communication pour le Changement de Comportement
IMC	Indice de Masse Corporelle
INTI	Inhibiteur Nucléosidique de la Transcriptase Inverse
INNTI	Inhibiteur Non Nucléosidique de la Transcriptase Inverse
INTtI	Inhibiteur Nucléotidique de la Transcriptase Inverse
IO	Infections Opportunistes
IP	Inhibiteur de la Protéase
IV	Intra Veineuse
ITSS	Inspection Technique des Services de Santé
SDV	Service de Dépistage du VIH
TDR	Test de Diagnostic rapide
IST	Infection Sexuellement Transmissible
IVL	Intraveineuse Lente
KOP	Kyste Œuf Parasite
LCR	Liquide Céphalo-Rachidien
LEMP	Leuco Encéphalopathie Multifocale Progressive
LNR/VIH-IST	Laboratoire national de référence VIH-IST
NFS	Numération Formule Sanguine
OBC	Organisation à Base Communautaire
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PCR	Polymerase Chain Reaction
PDI	Personnes déplacées internes
PDV	Perdu de Vue
PEC	Prise en Charge
PECM	Prise en Charge Médicale
PEP	Préparateur d'Etat en Pharmacie
PF	Planification Familiale
CDIP	Conseil et dépistage du VIH à l'initiative du soignant/Prestataire
PMA	Paquet Minimum d'Activité
PNT	Programme National de lutte contre la Tuberculose
PO	Per Os
POC	Point of care
PODI	Postes de distribution dans la communauté
PPE	Prophylaxie Post Exposition
PreP	Prophylaxie Pré Exposition
PTME	Prévention de la Transmission Mère - Enfant du VIH
PV	Prélèvement Vaginal
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
SDV	Service de dépistage du VIH
SF/M	Sage-Femme/Maïeuticien
Sida	Syndrome d'Immunodéficience Acquise

SLM/PGS	Service de Lutte contre la Maladie et de la protection des groupes spécifiques
SMI/PTME	Santé Maternelle et Infantile / Prévention de la Transmission Mère - Enfant du VIH
SP/CNLS-IST	Secrétariat Permanent du Conseil National de Lutte Contre le sida et les infections sexuellement transmissibles
SPLMT	Service de la pharmacie, des laboratoires, de la médecine et la Pharmacopée traditionnelles
SRI	Syndrome de Reconstitution Immunitaire
SRO	Sel de Réhydratation Orale
TAR	Traitement Antirétroviral
TB/VIH	Tuberculose/ Virus de l'immunodéficience Humaine
TEP	Tuberculose Extra Pulmonaire
TIG	Test Immunologique de la Grossesse
TME	Transmission Mère – Enfant
TB/BC	Tuberculose bactériologiquement confirmé
TB/CD	Tuberculose cliniquement diagnostiqué
TB/MR	Tuberculose multirésistante
TPHA	Treponema Pallidum Hemagglutinations Assay
TPI	Traitement Prophylaxique à l'Isoniazide
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
UPECIM	Unité de Prise en Charge en Interne de la Malnutrition
VAD	Visite à Domicile
VAH	Visite à l'Hôpital
VDRL	Veneral Diseases Research Laboratories
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Le Burkina Faso est engagé depuis plus de trois décennies avec le soutien et l'accompagnement de la communauté internationale dans la lutte contre l'infection à VIH. Cela, à travers une approche multisectorielle décentralisée et participative sous le leadership de son Excellence Monsieur le Président du Faso.

La prévalence du VIH dans la population générale est passée de 7,17% en 1997 à 2,7% en 2003 puis à 0,7% [0,6-0,9] en 2019 selon le rapport ONUSIDA 2020. Bien que moins d'un (1%) en population générale, la prévalence du VIH reste élevée au sein des populations clés classant le pays parmi ceux à épidémie mixte.

La gratuité des traitements ARV depuis le 1er janvier 2010 a nettement amélioré la couverture en ARV passant de 31543 en 2010 à près de 69000 en 2020.

L'étude de la cascade de soins VIH selon les objectifs de « 90-90-90 », réalisé en 2018 donnait pour le pays « 78-77-19 ».

Dans le CSN Sida 2021-2025, le pays a adopté les objectifs de « 95-95-95 » à l'horizon 2025, c'est à dire :

- 95% des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) connaissent leur statut VIH ;
- 95% des PVVIH sont sous traitement ARV ;
- 95% des patients sous traitement ont une charge virale supprimée.

Depuis 1995, le Ministère de la Santé du Burkina Faso a élaboré un document de normes et protocoles de prise en charge médicale et psychosociale des PVVIH pour la standardisation de la prise en charge. Ce document fait l'objet de révision régulière dans un but d'adaptation aux connaissances nouvelles et à l'évolution des normes internationales. Après trois années, une révision de la cinquième édition s'est avérée indispensable, afin de prendre en compte les besoins actuels du terrain et les objectifs de lutte au plan internationale. Cette révision a tenu compte essentiellement des données suivantes :

- L'expérience de l'utilisation de l'ancien document ;
- Les nouvelles découvertes scientifiques ;
- Les nouveaux outils de diagnostic ;
- Les nouvelles recommandations internationales (OMS 2018-2020) ;
- Les nouveaux objectifs de l'ONUSIDA d'ici à 2030 ;
- La meilleure disponibilité des médicaments ;
- Les nouvelles approches différenciées de services (ADS)
- La délégation de tâches médicales au personnel paramédical.

La coordination de cette révision a été assurée par la cellule de coordination du PSSLS-IST, le Comité technique de prise en charge médicale (CTPECM) avec le soutien des partenaires techniques et financiers.

Les travaux se sont déroulés en quatre étapes :

- La révision des normes et protocoles par un consultant ayant abouti à un draft ;

- L'adoption des modifications apportées au cours d'un atelier regroupant les membres du comité technique de prise en charge médicale avec l'appui de personnes ressources ;
- La finalisation du document par un groupe restreint ;
- La validation du document relu par un groupe élargi d'acteurs de la prise en charge médicale des PVVIH.

Le document révisé comporte douze (13) chapitres.

Il s'adresse aux agents de santé à tous les niveaux de soins et constitue un document d'orientation pour la prise en charge médicale des patients infectés par le VIH et aussi les aider à actualiser leurs connaissances.

CHAPITRE I

ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE MEDICALE

CHAPITRE I : ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE MEDICALE

L'organisation de la prise en charge médicale des PVVIH s'appuie sur celle du système de santé.

La vision stratégique de la réponse nationale au VIH sur la période 2021-2025 est : « le Burkina Faso tend vers la fin de l'épidémie du Sida en 2030, en intensifiant les actions de riposte, en réduisant les nouvelles infections, les décès et la discrimination/stigmatisation liés au VIH ».

Il s'agit d'accélérer l'accès universel à des services de prévention, de soins et traitement, soutien et protection et la gouvernance en vue de mettre fin à l'épidémie du sida à l'horizon 2030.

Les orientations stratégiques du programme de prise en charge des PVVIH pour sa mise en œuvre au niveau opérationnel reposent sur les principes directeurs suivants :

- ✓ Le maintien du leadership national ;
- ✓ L'utilisation du paquet complet adapté de service en matière de prévention combinée ;
- ✓ L'accessibilité et la qualité des soins et traitements ;
- ✓ L'approche centrée sur la personne ;
- ✓ Le respect du genre et des droits humains ;
- ✓ Le renforcement de la collaboration intra et intersectorielle ;
- ✓ La gestion axée sur les résultats

1.1 Organisation et circuit de la prise en charge des patients

Le préalable à toute prise en charge médicale est le dépistage de l'infection à VIH.

Toute structure qu'elle soit publique, privée ou communautaire doit permettre le dépistage de l'infection à VIH.

L'accent sera mis au niveau des services de santé sur les services particuliers comme les unités de prise en charge en interne de la malnutrition (UPECIM), les services d'hospitalisations, les infirmeries de prisons, les urgences, les SMI/maternités et les services prévention par la vaccination. Le patient dépisté séropositif est systématiquement et immédiatement pris en charge ou référé vers un service de prise en charge médicale où il bénéficiera des soins appropriés y compris de la prise en charge psychosociale après confirmation de son statut sérologique.

1.1.1 Organisation de la prise en charge

Le patient infecté, quelle que soit sa porte d'entrée doit être pris en charge dans une structure de santé publique, communautaire ou privée. Cette prise en charge comporte une composante médicale et une composante psychosociale selon les étapes suivantes :

- Confirmation du test diagnostic positif ;
- Entretien pré- thérapeutique ;
- Inscription dans le registre de la file active ;
- Traitement des infections opportunistes au besoin ;
- Saisie dans la base E-tracker ;
- Screening de la tuberculose ;
- Traitement ARV ;
- Identification après acceptation du patient de ses cas contacts (partenaires, enfants biologiques) ;
- Suivi clinique, biologique et psycho-social ;
- Éducation thérapeutique du patient tout au long du suivi.

Pour la prise en charge médicale, le patient pourra bénéficier de la consultation médicale, de l'hospitalisation, des services du laboratoire ou des services d'imagerie médicale pour les différents bilans à effectuer, de la pharmacie et des services communautaires pour la dispensation des médicaments prescrits ou de tout autre service spécialisé disponible.

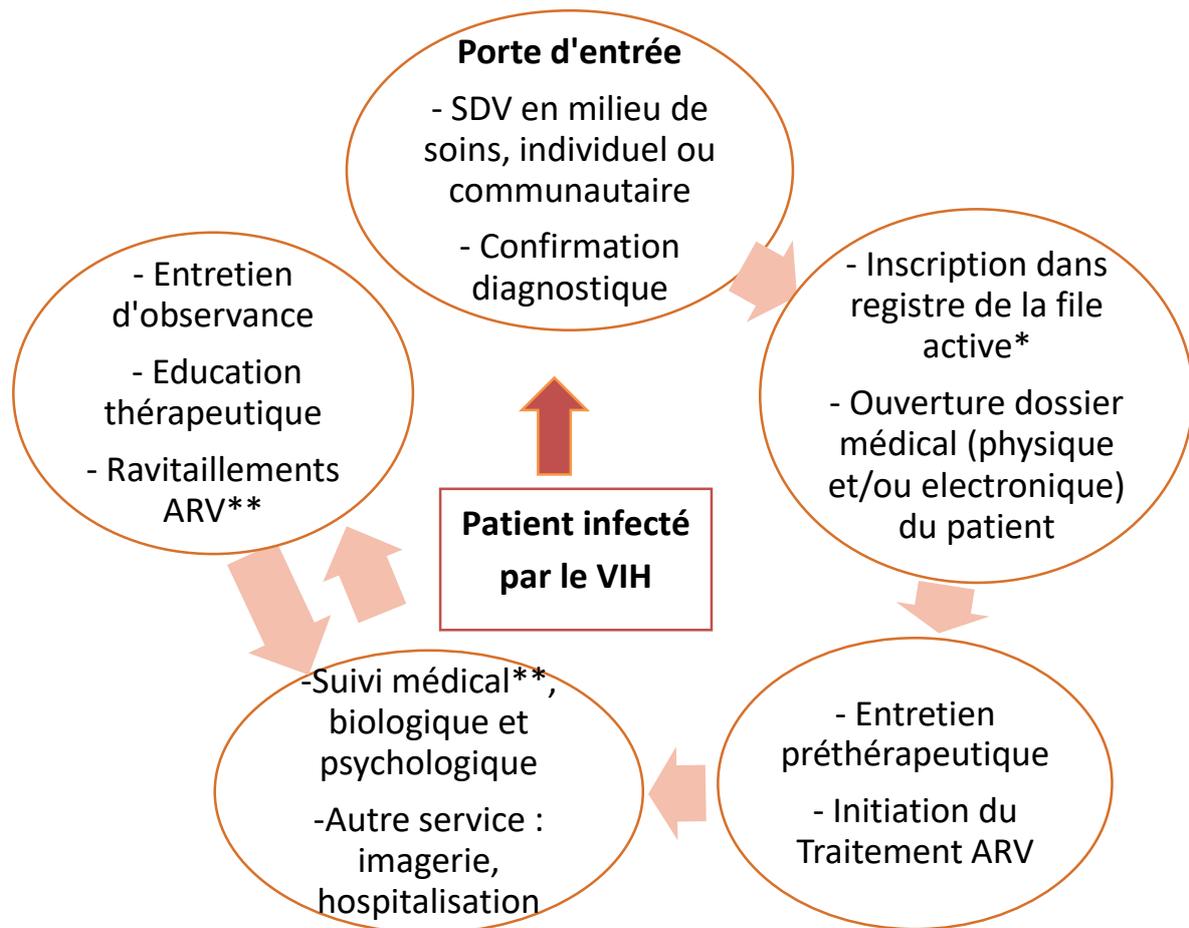
Pour la prise en charge psychosociale qui est un ensemble de services offerts au patient pour lui permettre de faire face à sa maladie, il bénéficiera entre autres d'une éducation thérapeutique, d'un accompagnement psychologique, d'un soutien social, juridique, voire économique.

Aussi la collaboration entre structures de santé et communautaires à travers l'accompagnement communautaire intra-hospitalier et extrahospitalier est essentielle pour une prise en charge globale de qualité.

Les structures de soins des PVVIH sont vivement invitées à collaborer avec les structures communautaires qui sont d'un grand apport pour le suivi des patients.

Il faut aussi dire que la famille et / ou les proches jouent un rôle déterminant dans l'accompagnement du patient.

1.1.2. Le circuit du patient



**Pour les structures du premier échelon, il s'agit d'appeler le responsable de la file active de la structure référente pour lui communiquer les données sur le patient afin qu'il l'inscrive dans la file active.*

***Pour les patients stables, le suivi médical ; biologique, que psychologique ainsi que les ravitaillements pourront être espacés d'au moins 6 mois et se faire au niveau des postes de distribution communautaire (PODI ; ASBC ou RACODESS)*

Figure 1 : Circuit du patient dans une structure sanitaire publique ou privée (conventionnée et non conventionnée)

1.2 Les différentes structures impliquées et leurs Rôles

1.2.1 Le programme Sectoriel Santé de Lutte contre le Sida et les IST

Le PSSLS-IST est créé par arrêté N°2013-1276/MS/CAB du 18 décembre 2013 et est rattaché à la Direction de la protection de la santé de la population (voir annexe 1).

Il est chargé d'orienter, d'organiser, de coordonner, de suivre et d'évaluer les activités de lutte contre le VIH, le Sida et les IST dans le secteur de la santé en collaboration avec toutes les structures centrales, intermédiaires et périphériques du secteur de la santé et des partenaires.

Il constitue l'interface entre le Ministère de la santé et le Secrétariat Permanent du Conseil National de Lutte Contre le sida et les infections sexuellement transmissibles (SP/CNLS-IST) pour la mise en œuvre du CSN-Sida.

Plus spécifiquement, il a pour rôles de :

- Elaborer le plan de lutte contre le VIH /sida dans le secteur de la santé et suivre sa mise en œuvre,
- Mettre en place et impulser une stratégie de mobilisation des ressources pour la mise en œuvre des activités et l'atteinte des objectifs du programme ;
- Organiser des rencontres de concertation avec les directions centrales, régionales et les structures décentralisées et déconcentrées du Ministère de la santé et des partenaires d'une part, et d'autre part avec le SP/CNLS-IST dans le cadre de la mise en œuvre du programme

1.2.2. La direction de la sante de la famille

Son rôle principal dans la prise en charge VIH est la mise en œuvre et le suivi des activités de lutte contre la transmission mère-enfant du VIH dans les structures sanitaires

1.2.3 La Direction Régionale de la Santé

La Direction Régionale de la Santé (DRS), en plus de la coordination des autres programmes de santé, est la structure responsable de la prise en charge de l'infection à VIH au niveau intermédiaire.

En son sein, le Service de Lutte contre la Maladie et de Protection des Groupes Spécifiques (SLM/PGS), le Service de la Pharmacie, des Laboratoires, de la Médecine et de la Pharmacopée Traditionnelle (SPLMT) et le service administratif et financier sont chargés de :

- Apporter un appui à l'organisation de la prise en charge de l'infection à VIH dans les districts sanitaires, à l'élaboration des plans d'action des districts et à la mobilisation des ressources
- Assurer la coordination et le suivi de la mise en œuvre des activités de lutte contre le VIH, le sida et les IST au niveau de la région sanitaire
- Assurer le suivi de l'approvisionnement et du contrôle de qualité des produits au niveau de la région
- Organiser la formation des formateurs des prestataires et la supervision des équipes cadre des districts en collaboration avec les CHR
- Assurer le suivi/contrôle de l'utilisation des ressources mobilisées
- Collecter, analyser et transmettre les données programmatiques et financières à temps au niveau central

1.2.4 Le District Sanitaire

L'équipe cadre du district sanitaire (ECD) est l'organe responsable de l'organisation et du suivi de la prise en charge de l'infection à VIH au niveau périphérique. Elle est chargée de :

- Assurer l'intégration, la coordination et le suivi de la mise en œuvre des activités au niveau des différents acteurs
- Assurer la formation et la supervision des prestataires
- Approvisionner et assurer le suivi de la gestion des stocks des produits au niveau du district
- Mettre à la disposition des acteurs les outils et les supports nécessaires
- Etablir le partenariat avec les structures associatives pour l'aide à l'observance, l'accompagnement psycho-social, le soutien économique des patients
- Mettre en œuvre les approches différenciées de services VIH et en assurer le suivi
- Assurer le suivi de la décentralisation de la prescription ARV
- Organiser des ateliers de validation des données programmatiques
- Collecter, analyser et saisir les données programmatiques sur ENDOS
- Transmettre les données programmatiques et financières à temps au niveau régional

1.2.5 Les structures ou sites de prise en charge médicale des patients

Les formations sanitaires publiques (CSPS, CM/CMA, CHR, CHUR, CHU), les formations sanitaires privées conventionnées (les structures d'associations ou organisations à base communautaire et les formations sanitaires confessionnelles) et les structures privées non conventionnées (cabinet médical, clinique et polyclinique) sont les structures qui assurent la prise en charge des personnes infectées par le VIH.

1.2.6 Le comité thérapeutique et de gestion de la file active

Chaque structure de prise en charge doit disposer d'un comité thérapeutique et de gestion de la FA fonctionnel. C'est un cadre de concertation régulier interne qui associe tous les acteurs de la structure de prise en charge.

Il doit être mis en place par le responsable de la structure de façon formalisée (note de service).

Un responsable de la file active doit être désigné dans chaque structure et ce dernier est chargé de l'organisation et de la programmation des rencontres du comité thérapeutique au moins trimestriellement. Il se compose des membres de l'équipe de prise en charge médicale, psychosociale et des associations qui collaborent avec la structure.

Les rencontres du comité thérapeutique et de gestion de la FA ont pour but d'assurer une prise en charge en équipe de qualité. D'une façon spécifique les rencontres périodiques du comité thérapeutique assurent :

- Une utilisation de toutes les compétences de la structure pour résoudre les difficultés de prise en charge et la mise en application des solutions proposées
- Une formation continue pratique des acteurs de la prise en charge basée sur le partage d'expérience et d'information récente relatif à la prise charge
- Une extraction trimestrielle des données du e-tracker, corriger les éventuelles erreurs et les analyser

1.2.7 Les acteurs communautaires

Les acteurs communautaires sont diverses partant des PVVIH, les pairs-éducateurs, les membres et volontaires des associations, les agents de santé à base communautaires (ASBC), les psychologues, médiateurs et les conseillers...

Ces acteurs accompagnent la lutte contre le VIH à tous les niveaux, depuis la prévention à la prise en charge. Ils apportent particulièrement leur accompagnement dans :

- La mobilisation et sensibilisation des populations, des groupes spécifiques, et des populations clés pour l'adoption des moyens et méthodes de prévention
- La réalisation du test VIH
- L'accompagnement et l'orientation des dépistés VIH+ vers les centres de prise en charge
- L'éducation thérapeutique aux patients et soutien à l'observance
- L'accompagnement des sites de prise en charge dans le dépistage ciblé en milieu de soins, la recherche des absents et PDV aux traitements ARV
- La collecte et/ou le transport de prélèvements
- Le ravitaillement ARV des patients dans ou en dehors des structures de santé

1.3 Décentralisation de la prise en charge médicale

Les CSPS étant désormais des structures de prise en charge, il s'avère nécessaire de déléguer certaines tâches médicales de prise en charge des PVVIH au personnel para médical (infirmiers, sages-femmes, maïeuticien et accoucheuses).

Ainsi la prescription des antirétroviraux est autorisée au personnel paramédical que sont les infirmiers, sages-femmes, maïeuticiens d'Etat et accoucheuses sous tutelle des médecins. Cela stipule que ce personnel doit demander (y compris par téléphone) l'avis du/des médecin(s) référant qui partage la responsabilité de cette prescription encadrée avec lui. La prescription des ARV par ce personnel para médical est limitée

aux protocoles ARV de première ligne recommandée au plan national. Ils sont également autorisés à assurer le suivi clinique et para clinique des patients sous les protocoles ARV de première ligne et ceux en deuxième ligne stabilisés adressés par le médecin.

L'initiation des schémas thérapeutiques ARV alternatifs de première ligne, des protocoles de deuxièmes et troisièmes lignes est toujours réservée aux médecins.

Par ailleurs un dispositif de décentralisation des examens biologiques de suivi des PVVIH est mis en place. Le prescripteur paramédical doit prélever les échantillons de sang pour les examens biologiques (confirmation des tests de dépistage, DBS, CD4, charge virale, NFS, Créatininémie, transaminases, ...) et les acheminer au laboratoire référent pour les différentes analyses.

Pour le renouvellement des ordonnances, il est recommandé aux prescripteurs paramédicaux de communiquer au référent les données de la consultation médicale du patient suivi au rythme indiqué (fichier de dispensation ARV niveau CSPS et fiche de suivi clinique niveau CSPS). Ceci permettra au référent de mettre à jour la base de données informatique du patient.

1.4 Les approches différenciées de services VIH

On définit une approche différenciée par une approche réactive et axée sur le patient qui vise à simplifier et à adapter les services liés au VIH dans l'ensemble de la cascade des soins en vue de mieux satisfaire les besoins des individus tout en réduisant les charges inutiles qui pèsent sur le système de santé.

En début 2020, le pays s'est engagé dans la mise en œuvre des ADS (voir annexe 2) pour contenir l'augmentation continue de la charge de travail et se rapprocher au plus des besoins des patients.

Le choix des ADS sur le dépistage est principalement le dépistage démedicalisé, le dépistage par cas index, le dépistage ciblé dans des groupes les plus à risque et l'auto dépistage.

Celui sur les soins et TARV concernent les ravitaillements ARV et suivi cliniques espacées de 6 mois, les ravitaillements communautaires en dehors des structures de santé (RACODeSS) par des agents communautaires et/ou par des groupes de PVVIH

Le dépistage est démedicalisé, c'est-à-dire qu'un agent non médical formé à cet effet pratique le service de dépistage VIH (SDV) qui comprend la mobilisation/sensibilisation au test, le pré-test, le test VIH lui-même, le post test et l'accompagnement pour l'enrôlement dans les soins.

L'autotest, qui est le test pratiqué par la personne elle-même, assistée ou pas, est une forme de dépistage démedicalisé

Le dépistage par cas index qui est le fait de dépister les contacts d'un cas confirmé VIH+ (partenaires sexuels, enfants biologiques d'une femme VIH+, frères et sœurs utérins d'un enfant VIH+). Cette stratégie pourrait être accompagnée par les agents communautaires et/ou les agents de santé.

Les agents communautaires et associations accompagneront les ravitaillements communautaires en dehors des structures de soins. Ces ravitaillements communautaires pourront se faire par l'entremise des agents de santé, des agents communautaires, des pairs éducateurs, des groupes de PVVIH ou des postes de distribution dans la communauté (PODI). Cette stratégie de ravitaillements communautaires reste sous le suivi et la supervision de l'équipe du site de PECM auxquels ces agents communautaires et associations sont rattachés.

Pour plus de détails se référer aux guides et protocoles de mise en œuvre des ADS.

Au vu de la pandémie COVID19, le PSSLS-IST avec ses partenaires ont mis en place un plan de contingence COVID19 et VIH principalement orienté vers l'accélération de la mise en œuvre des ADS à l'échelle nationale afin de réduire les risques de transmission de la maladie a corona virus au sein de la population en générale et au sein des PVVIH en particulier (Voir plan de contingence VIH et COVID19)

CHAPITRE II

NORMES ET PAQUET MINIMUM D'ACTIVITES PAR NIVEAU DE SOINS

CHAPITRE II : NORMES ET PAQUET MINIMUM D'ACTIVITES PAR NIVEAU DE SOINS

La délégation des tâches dans la prise en charge des PVVIH vise à rapprocher les services de santé des populations. L'organisation de la prise en charge est conforme à celles des services de santé qui est par niveau.

Le niveau 1 est constitué de deux échelons :

- Le premier échelon est représenté par les centres de santé et de promotion sociale (CSPS) : CSPS/CM/Cabinets de soins/Cabinets médicaux/infirmiers de garnisons,
- Le deuxième échelon est représenté par les CMA/Cliniques privées/Centres médicaux des armées

Le niveau 2 est constitué par les Centres hospitaliers régionaux (CHR) et les Polycliniques

Le niveau 3 est constitué des Centres hospitaliers universitaires (CHU) et les Hôpitaux privés

Tableau 1: Normes et paquet minimum d'activités de PEC d'un PVVIH par niveau de soins

NIVEAU COMMUNAUTAIRE DE PEC			
Activités	Prestataires	Matériels et besoins	Compétences à acquérir sur :
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promouvoir le dépistage VIH ▪ Assurer les SDV y compris le Testing en communauté et en milieu de soins ▪ Assurer l'accompagnement et le soutien psychosocial ▪ Assurer la recherche des absents aux traitements et des PDV ▪ Assurer le dépistage par cas index ▪ Assurer les différents modèles de RACODeSS ▪ Assurer la distribution de l'autotest ▪ Assurer les visites à domicile (VAD) et à l'hôpital (VAH) ▪ Assurer la mise en œuvre du paquet d'intervention en direction des PDI ▪ Assurer le conseil sur l'hygiène et l'alimentation ▪ Assurer l'appui à l'observance du traitement ▪ Assurer l'accompagnement en fin de vie ▪ Référer pour une prise en charge médicale ▪ Assurer la prise en charge nutritionnelle ▪ Rechercher la tuberculose et les signes clés des infections opportunistes (diarrhée, vomissement, mycose,...) ▪ La collecte et transports des crachats 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acteurs communautaires, ▪ PVVIH, ▪ ASBC, ▪ OBC, ▪ Tradipraticiens 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Matériels d'IEC, ▪ Tests rapides VIH ▪ Autotest VIH ▪ ARV ▪ Crédits de téléphones ▪ Moto à deux roues + carburant 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La prise en charge Communautaire : ▪ Les informations de base sur le VIH et les IST ▪ Les SDV ▪ Les ADS ▪ La préparation à la mise sous traitement ARV ▪ La gestion et conservation des ARV ▪ L'aide à l'observance du traitement ARV ▪ Le conseil à assise communautaire ▪ La nutrition et le VIH ▪ Les soins Palliatifs aux PVVIH ▪ La prise en charge des soignants ▪ La co-infection TB/VIH ▪ La lutte contre la stigmatisation ▪ L'accompagnement psycho-social (code d'éthique)

**FORMATIONS SANITAIRES PERIPHERIQUES NIVEAU 1 (échelon 1) :
CSPS/ CM/ Cabinets de soins/ Cabinets médicaux/infirmières de garnisons**

Activités	Prestataires	Matériels et besoins	Besoins en formation sur :
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promouvoir et assurer les mesures de prévention de la transmission du VIH y compris les populations clés et vulnérables ▪ Promouvoir et assurer les mesures de prévention des IST ▪ Dépister les lésions pré cancéreuses du col de l'utérus ▪ Dépister les hépatites virales ▪ Assurer la recherche des absents aux traitements et des PDV ▪ Assurer le dépistage par cas index ▪ Assurer les différents modèles de RACODeSS ▪ Assurer la mise en œuvre du paquet d'intervention en direction des PDI ▪ Assurer la distribution de l'autotest ▪ Assurer la notification syndromique et la PEC des IST selon les normes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ IDE, SF/M et IB (pour toutes les activités) ▪ AB, AA et AIS (pour activités * et **) ▪ CPS, médiateurs, volontaires et ASBC (pour les activités **). ▪ Médecins ▪ TBM 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Matériel standard d'un CSPS/CM/ CMA ▪ Tests rapides VIH ▪ Autotest VIH ▪ ARV ▪ Matériel de transport des échantillons pour CD4, DBS et charge Virale ▪ Mallette ETP ▪ Kits DBS ▪ Outils IEC/CCC ▪ Affiches de Charge virale ▪ Outils de suivi CSPS (fiche de suivi ARV et suivi clinique) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les SDV ▪ Les ADS ▪ La PCEM/VIH et la co-infection TB/VIH ▪ L'éducation thérapeutique (ETP) ▪ La notification des effets indésirables (EI) ▪ La prise en charge syndromique des IST ▪ La PTME ▪ La nutrition et VIH ▪ L'accompagnement psycho-social ▪ La gestion des prélèvements sanguins (DBS, CD4, charge virale, NFS, créatinémie et transaminases)

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Notifier et prendre en charge les cas d'AELB en collaboration avec le médecin référent ▪ Initier et assurer le suivi du traitement antirétroviral (ARV) ▪ Assurer la notification des effets indésirables des ARV ▪ Assurer le suivi clinique des malades ▪ Rechercher une grossesse et assurer la PTME* ▪ Assurer la prophylaxie et le traitement des IO courantes ▪ Assurer le réapprovisionnement en ARV ▪ Remplir et transmettre l'outil primaire du SIGL intégré ▪ Assurer la gestion des effets indésirables liés aux ARV ▪ Assurer l'éducation thérapeutique du patient ▪ Assurer les visites à domicile (VAD) des PVVIH** ▪ Tenir à jour le fichier de dispensation ARV CSPS et la fiche de suivi clinique niveau CSPS 			
---	--	--	--

FORMATIONS SANITAIRES PERIPHERIQUES NIVEAU 1 (échelon 2) : /CMA/Cliniques privée / Centres médicaux des armées			
Activités	Prestataires	Matériels	Besoins en formation sur :

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promouvoir et assurer les mesures de prévention de la transmission du VIH y compris les populations clés et vulnérables ▪ Promouvoir et assurer le service de dépistage VIH** ▪ Initier et assurer le suivi du traitement antirétroviral (ARV) ▪ Assurer la recherche des absents aux traitements et des PDV ▪ Assurer le dépistage par cas index ▪ Assurer les différents modèles de RACODeSS ▪ Assurer la distribution de l'autotest ▪ Promouvoir et assurer la PrEP au profit des populations clés ▪ Promouvoir et assurer les mesures de prévention des IST ▪ Dépister les lésions pré cancéreuses du col de l'utérus ▪ Dépister les hépatites virales ▪ Assurer la notification syndromique et la PEC des IST selon les normes ▪ Notifier et prendre en charge des AELB ▪ Assurer le suivi clinique des malades ▪ Rechercher une grossesse et assurer la PTME ▪ Assurer la prophylaxie et le traitement des IO courantes ▪ Assurer le réapprovisionnement en ARV ▪ Assurer l'éducation thérapeutique du patient ▪ Assurer les visites à domicile (VAD) des PVVIH** 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Agents communautaires, ▪ IB, IDE, SF/M, ▪ Médecins 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Matériel standard d'un CMA ▪ Matériel IEC/CCC ▪ Compteur de CD4* ▪ POC ▪ Crédits de communication (appels, connexion internet) ▪ Tests rapides (VIH, syphilis, Hépatite) ▪ Réactifs POC, CD4 ▪ ARV ▪ Médicament IO ▪ Kits DBS ▪ Autotest ▪ Médicaments contre les IST + matériel de confection des kits ▪ Mallette ETP 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le dépistage du VIH ▪ La PECM/VIH ▪ La nutrition et VIH ▪ La PTME ▪ L'ETP ▪ La formation sur le patient tracker ▪ La formation sur les ADS ▪ La prise en charge syndromique des IST ▪ La co-infection (TB-VIH-, Hépatites)
---	--	--	--

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rechercher les absents au traitement et les PDV** ▪ Saisir en temps réel les données des patients dans le patient tracker (volet clinique, pharmacie et laboratoire) ▪ Tenir à jour les dossiers médicaux des patients ▪ Mettre à jour à partir des fiches cliniques et fichiers de dispensation ARV niveau CSPS le patient tracker ▪ Assurer les soins hospitaliers en cas de besoin ▪ Assurer la PEC des patients référés par les CSPS ▪ Participer au monitoring de la résistance du VIH aux ARV ▪ Participer à la surveillance des indicateurs d'alerte précoce ▪ Assurer la Prophylaxie Post Exposition (PPE) ▪ Référer pour avis spécialisé aux CHR/CHU les cas compliqués ▪ Assurer la formation et la supervision du personnel du district ▪ Notifier les effets indésirables sur les fiches de pharmacovigilance ▪ Assurer la PEC des effets indésirables des ARV 			
--	--	--	--

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer l'appui à l'éducation thérapeutique ▪ Assurer la gestion et la dispensation des médicaments (IO, ARV, etc.) ▪ Assurer l'approvisionnement en (médicaments, réactifs) ▪ Tenir à jour le SIGL intégré ▪ Effectuer les inventaires des stocks d'intrants ▪ Assurer la notification des effets indésirables des ARV ▪ Assurer le contrôle de qualité des médicaments ARV, des MIOs et des réactifs du suivi biologique ▪ Confectionner les kits IST au profit des CMA ▪ Assurer la formation du personnel et la supervision formative des CSPS ▪ Assurer le diagnostic biologique de l'infection à VIH et des infections opportunistes ▪ Assurer le contrôle de qualité des tests ▪ Assurer les prélèvements, le prétraitement et la conservation des échantillons de suivi biologique (DBS, CVP, confirmation des indéterminés) avant le transport par la poste Burkina ▪ Assurer le dépistage précoce par PCR des enfants exposés au VIH à l'aide des POC ▪ Assurer la gestion des déchets biomédicaux ▪ Assurer la supervision des RACODESS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pharmaciens/ Médecins ▪ PEP/Logisticien de santé ▪ Biologiste ▪ Technologistes biomédicaux 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formation sur la gestion et approvisionnements des stocks ▪ Briefing sur les ADS ▪ DIU /Gaph si possible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réaliser des études de recherche clinique et/ou opérationnelle 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tous acteurs 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formation en recherche clinique et/ou opérationnelle
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participer au continuum des soins en particulier l'aide à l'observance ▪ Assurer un soutien psychosocial aux PVVIH ▪ Assurer la mise en œuvre des ADS ▪ Assurer les visites à domicile des PVVIH 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Agents sociaux, ▪ Agents communautaires (CPS, médiateur, 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formation sur la prise en charge communautaire ▪ Formation sur la prise en charge psycho sociale ▪ Formation sur les ADS

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rechercher les au traitement et les PDV ▪ Assurer le soutien économique des PVVIH ▪ Assurer les enquêtes sociales sur les PVVIH 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ pair éducateur, volontaires) ▪ ASBC 		
---	--	--	--

FORMATIONS SANITAIRES NIVEAU 2 (CHR)/Polycliniques			
Activités	Prestataires	Matériels	Besoins en formation sur :
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promouvoir et assurer les mesures de prévention de la transmission du VIH y compris les populations clés et vulnérables ▪ Promouvoir et assurer le service de dépistage VIH ▪ Initier et assurer le suivi du traitement antirétroviral (ARV) ▪ Assurer la recherche des absents aux traitements et des PDV ▪ Assurer le dépistage par cas index ▪ Assurer les différents modèles de RACODeSS ▪ Assurer la distribution de l'autotest ▪ Promouvoir et assurer la PrEP au profit des populations clés ▪ Promouvoir et assurer les mesures de prévention des IST ▪ Dépister les lésions pré cancéreuses du col de l'utérus ▪ Dépister les hépatites virales ▪ Assurer la notification syndromique et étiologique et la PEC des IST selon les normes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ IB ▪ IDE 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Matériel standard d'un CHR ▪ Compteur de CD4 ▪ Equipement pour la mesure charge virale* ▪ Nécessaire pour le transport et la conservation des échantillons ▪ Mallette ETP ▪ Matériel IEC/CCC ▪ Compteur de CD4* ▪ POC ▪ Crédits de communication (appels, connexion internet...) ▪ Tests rapides (VIH, syphilis, Hépatite) ▪ Réactifs POC, CD4, CV ▪ ARV 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le dépistage du VIH, des hépatites, du cancer du col de l'utérus ▪ La prise en charge médicale des PVVIH ▪ La nutrition et VIH ▪ La supervision des acteurs du niveau périphérique ▪ La recherche clinique et/ou opérationnelle ▪ L'ETP ▪ La mesure de la charge virale plasmatique du VIH et des hépatites / ▪ PCR pour le diagnostic précoce du VIH chez enfants exposés, ▪ La PTME ▪ La formation sur le patient tracker

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Notifier et prendre en charge des AELB ▪ Assurer le suivi clinique des malades ▪ Rechercher une grossesse et assurer la PTME ▪ Assurer la prophylaxie et le traitement des IO courantes ▪ Assurer le réapprovisionnement en ARV ▪ Assurer l'éducation thérapeutique du patient ▪ Assurer les visites à domicile (VAD) des PVVIH ▪ Rechercher les absents au traitement et les PDV ▪ Saisir en temps réel les données des patients dans le patient tracker (volet clinique, pharmacie et laboratoire) ▪ Tenir à jour les dossiers médicaux des patients ▪ Mettre à jour à partir des fiches cliniques et fichiers de dispensation ARV niveau CSPS le patient tracker ▪ Assurer les soins hospitaliers en cas de besoin ▪ Assurer la PEC des patients référés ▪ Participer au monitoring de la résistance du VIH aux ARV ▪ Participer à la surveillance des indicateurs d'alerte précoce ▪ Assurer la Prophylaxie Post Exposition (PPE) ▪ Référer pour avis spécialisé aux CHR/CHU les cas compliqués 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ SFE ▪ Maïeuticien ▪ Médecins ▪ Médecins spécialistes ▪ Biologistes ▪ TBM ▪ Pharmaciens ▪ PEP/Logisticiens de santé ▪ Agents communautaires, 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Médicament IO ▪ Kits DBS ▪ Autotest ▪ Matériel de l'électrocoagulation et de chirurgie ▪ Médicaments contre les IST + matériel de confection des kits 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La formation sur les ADS ▪ La prise en charge syndromique des IST ▪ La co-infection (TB-VIH-, Hépatites) ▪ Traitement du cancer du col de l'utérus
---	---	---	---

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer la formation et la supervision du personnel du district ▪ Notifier les effets indésirables sur les fiches de pharmacovigilance ▪ Assurer la PEC des effets indésirables des ARV ▪ Assurer un soutien nutritionnel des PVVIH ▪ Appuyer Réaliser / les études et recherches cliniques et/ou opérationnelles 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ PPE ▪ Référer les cas compliqués pour avis spécialisé aux CHU ▪ Assurer l'appui à l'éducation thérapeutique ▪ Assurer la gestion et la dispensation des médicaments (IO, ARV, etc.) ▪ Assurer l'approvisionnement en (médicaments, réactifs) ▪ Tenir à jour le SIGL intégré ▪ Effectuer les inventaires des stocks d'intrants ▪ Assurer la notification des effets indésirables des ARV ▪ Assurer le contrôle de qualité des médicaments ARV, des MIOs et des réactifs du suivi biologique 			

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Confectionner les kits IST au profit des unités du CHR ▪ Appuyer la DRS pour la formation du personnel et la supervision formative des agents en collaboration avec la DRS ▪ Assurer le diagnostic biologique de l'infection à VIH et des infections opportunistes ▪ Assurer le contrôle de qualité des tests ▪ Assurer les prélèvements, le prétraitement et la conservation des échantillons de suivi biologique (DBS, CVP, confirmation des indéterminés) avant le transport par la poste Burkina ▪ Assurer le dépistage précoce par PCR des enfants exposés au VIH à l'aide des POC ▪ Assurer la gestion des déchets biomédicaux ▪ Appuyer Réaliser / les études et recherches cliniques et/ou opérationnelles 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pharmaciens/Médecins ▪ PEP/Logisticien de santé ▪ Biologiste ▪ Technologistes biomédicaux 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Matériel standard d'un CMA ▪ Matériel IEC/CCC ▪ Compteur de CD4* ▪ POC ▪ Crédits de communication (appels, connexion internet...) ▪ Tests rapides (VIH, syphilis, Hépatite) ▪ Réactifs POC, CD4 ▪ ARV ▪ Médicament IO ▪ Kits DBS ▪ Autotest ▪ Médicaments contre les IST + matériel de confection des kits 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le dépistage du VIH ▪ La PECM/VIH ▪ La nutrition et VIH ▪ La PTME ▪ L'ETP ▪ La formation sur le patient tracker ▪ La formation sur les ADS ▪ La prise en charge syndromique des IST ▪ La co-infection (TB-VIH-, Hépatites)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participer au continuum des soins en particulier l'aide à l'observance ▪ Assurer un soutien psychosocial aux PVVIH ▪ Assurer la mise en œuvre des ADS ▪ Assurer les visites à domicile des PVVIH ▪ Rechercher les absents au traitement et les PDV <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer le soutien économique des PVVIH ▪ Assurer les enquêtes sociales sur les PVVIH 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Agents sociaux, ▪ Agents communautaires (CPS, médiateur, pair éducateur, volontaires) 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formation en recherche clinique et/ou opérationnelle ▪ Formation sur la prise en charge communautaire ▪ Formation sur la prise en charge psycho sociale ▪ Formation sur l'ETP ▪ Formation sur les ADS

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Saisir en temps réel les données des patients dans le patient tracker (volet clinique, pharmacie et laboratoire) ▪ Tenir à jour les dossiers médicaux des patients ▪ Assurer les soins hospitaliers en cas de besoin ▪ Assurer la PEC des patients référés ▪ Participer au monitoring de la résistance du VIH aux ARV ▪ Participer à la surveillance des indicateurs d'alerte précoce ▪ Assurer la Prophylaxie Post Exposition (PPE) ▪ Assurer la formation et la supervision du personnel du CHU ▪ Notifier les effets indésirables sur les fiches de pharmacovigilance ▪ Assurer la PEC des effets indésirables des ARV ▪ Assurer un soutien nutritionnel aux PVVIH 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Médecins spécialistes ▪ Agents sociaux, CPS ▪ Agents communautaires 	<p>coagulation et de chirurgie</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Médicaments contre les IST + matériel de confection des kits 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le dépistage du VIH, des hépatites, du cancer du col de l'utérus ▪ La prise en charge médicale des PVVIH ▪ La nutrition et VIH ▪ La supervision des acteurs du niveau périphérique ▪ La recherche clinique et/ou opérationnelle ▪ L'ETP ▪ La mesure de la charge virale plasmatique du VIH et des hépatites / ▪ PCR pour le diagnostic précoce du VIH chez enfants exposés, ▪ La PTME ▪ La formation sur le patient tracker ▪ La formation sur les ADS ▪ La prise en charge syndromique des IST ▪ La co-infection (TB-VIH-, Hépatites) ▪ Traitement du cancer du col de l'utérus
---	---	---	---

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer le diagnostic de la résistance aux ARV ▪ Initier le traitement ARV de troisième des PVVIH et les suivre ▪ Assurer le contrôle de qualité des analyses biologiques ▪ Assurer la formation du personnel de laboratoires ▪ PPE ▪ Référer les cas compliqués pour avis spécialisé aux CHU ▪ Assurer l'appui à l'éducation thérapeutique ▪ Assurer la gestion et la dispensation des médicaments (IO, ARV, etc.) ▪ Assurer l'approvisionnement en (médicaments, réactifs) ▪ Tenir à jour le SIGL intégré ▪ Effectuer les inventaires des stocks d'intrants ▪ Assurer la notification des effets indésirables des ARV ▪ Assurer le contrôle de qualité des médicaments ARV, des MIOs et des réactifs du suivi biologique ▪ Confectionner les kits IST au profit des unités du CHR ▪ Appuyer la DRS pour la formation du personnel et la supervision formative des agents en collaboration avec la DRS ▪ Assurer le diagnostic biologique de l'infection à VIH et des infections opportunistes ▪ Assurer le contrôle de qualité des tests ▪ Assurer les prélèvements, le prétraitement et la conservation des échantillons de suivi biologique (DBS, CVP, confirmation des indéterminés) avant le transport par la poste Burkina 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PEP ▪ Pharmaciens ▪ Biologistes ▪ Technologistes biomédicaux ▪ Pharmacien/médecin ▪ Logisticien de santé ▪ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Matériel standard d'un CHU ▪ Nécessaire pour le transport et la conservation des échantillons ▪ Equipe de CV ▪ Compteur de CD4 ▪ Crédits de communication (appels, connexion internet,..) ▪ ▪ Tests rapides (VIH, syphilis, Hépatite) ▪ Réactifs CD4, CVP 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ DIU approvisionnement ▪ DIU prise en charge médicale ▪ DIU rétrovirologie ▪ ETP
--	--	--	--

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer le dépistage précoce par PCR des enfants exposés au VIH à l'aide des POC ▪ Assurer la gestion des déchets biomédicaux 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participer au continuum des soins en particulier l'aide à l'observance ▪ Assurer un soutien psychosocial aux PVVIH ▪ Assurer la mise en œuvre des ADS ▪ Assurer les visites à domicile des PVVIH ▪ Rechercher les absents au traitement et les PDV ▪ Assurer le soutien économique des PVVIH ▪ Assurer les enquêtes sociales sur les PVVIH 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Agents sociaux, ▪ Psychologues ; ▪ Agents communautaires (CPS, médiateur, pair éducateur, volontaires) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Matériel IEC/CCC ▪ Mallette ETP 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formation sur la prise en charge communautaire ▪ Formation sur la prise en charge psycho sociale ▪ Formation sur l'ETP ▪ Formation sur les ADS
LABORATOIRE NATIONALE DE REFERENCE (LNR)			
Activités	Prestataires	Matériels	Besoins en formation sur :
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer le diagnostic biologique de l'infection à VIH, IST et des infections opportunistes ▪ Analyser les échantillons de la séro-surveillance ▪ Assurer les examens de génotypage ▪ Assurer la confirmation des cas indéterminés au niveau des laboratoires des niveaux 1 et 2 ▪ Evaluer les trousse de dépistage du VIH, des IST et des hépatites virales ▪ Réaliser les examens de suivi biologique des PVVIH (charge virale, CD4 et la PCR) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Biologistes ▪ Pharmaciens/ Médecins biologistes ▪ Pharmaciens ▪ TBM 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tests VIH/confirmation des indéterminés ▪ Matériels standard ▪ Equipement et réactifs de CV/PCR ▪ Equipement et réactifs de séquençage 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ DIU de virologie ▪ Dépistage du VIH ▪ Séquençage du VIH ▪ Mesure de la charge virale ▪ Contrôle de qualité ▪ Maintenance des équipements (charge virale, séquençage...)

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer le diagnostic biologique des hépatites et du HPV ▪ Former et Superviser les acteurs de laboratoire des niveaux 1 et 2 ▪ Assurer le contrôle de qualité des analyses biologiques de l'infection à VIH et des infections opportunistes des laboratoires des niveaux 1 et 2 ▪ Organiser et participer à des études de recherches cliniques et biologiques (notamment sur la résistance aux ARV) ▪ Participer au contrôle de qualité externe en collaboration avec les laboratoires certifiés ISO 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Equipement et réactifs de CD4 	
---	--	---	--

CHAPITRE III :
PREVENTION DE
L'INFECTION A VIH

CHAPITRE III : PREVENTION DE L'INFECTION A VIH

La prévention est ce qu'il faut faire et ne pas faire pour éviter d'être contaminé par le VIH.

3.1. Les Méthodes Classiques De Prevention

3.1.1 l'abstinence

L'abstinence est le meilleur moyen de prévention de la transmission par voie sexuelle du VIH. Il est recommandé aux jeunes non encore sexuellement actifs mais aussi aux adultes.

3.1.2 la bonne fidélité

La bonne fidélité entre partenaire sexuel est un moyen de prévention de l'infection ou de la surinfection au VIH.

3.2. La prévention combinée

La prévention combinée repose sur trois grandes stratégies :

3.2.1 L'utilisation des préservatifs

Le préservatif masculin ou féminin doit être utilisé lors de tout rapport sexuel à risque avant la pénétration vaginale ou anale avec tout partenaire sexuel et cela jusqu'à la confirmation du statut sérologique au VIH de chacun (pendant 3 mois avant de faire un test de dépistage et de s'être assuré de la fidélité de son partenaire). Il protège de la propagation des infections sexuellement transmissibles y compris le VIH. Le préservatif systématiquement et correctement utilisé réduit le risque de transmission du VIH de 80 à 95 % par rapport à l'absence de protection. Ceci prend en considération les négociations avec le partenaire et les mauvaises utilisations.

Si votre partenaire est séropositif, le préservatif doit faire partie de votre mode de vie.

Dans le couple sérodifferent, le préservatif doit faire partie de leur habitude sexuelle

Le gel lubrifiant optimise l'utilisation du préservatif en facilitant la pénétration.

3.2.2 Le recours au dépistage

Le dépistage du VIH et des autres IST est recommandé chez toute personne présentant un facteur de risque de contamination. Ce dépistage devra aussi être fait chez les partenaires sexuels. Connaître son statut sérologique, c'est savoir si on est séropositif (infecté par le VIH) ou séronégatif (non infecté par le VIH). La connaissance de son statut sérologique est essentielle.

Au niveau individuel, cela permet :

De prendre un traitement le plus tôt possible si l'on est porteur du VIH et de conserver une espérance et une qualité de vie équivalentes à celles d'une personne non infectée.

Si l'on est négatif, de renforcer les comportements sexuels à moindre risque

D'un point de vue collectif, cela permet de réduire le nombre d'infections par le VIH car une personne se sachant porteuse du VIH devra adapter ses pratiques pour empêcher la transmission du virus.

3.2.3 : *i=i*, PrEP, PPE

3.2.3.1 LE CONCEPT *I=I* (VOIR AUSSI CHAPITRE SUR LE TARV)

Si le traitement est bien pris, la personne séropositive obtiendra une charge virale indétectable, c'est-à-dire qu'il n'y a presque plus de virus dans son organisme et elle ne peut donc plus transmettre le virus, que ce soit lors de relations sexuelles ou de la mère à l'enfant pendant la grossesse ou l'accouchement : on parle **d'indétectable = intransmissible, ou de *i=i***

NB : La CV indétectable empêche la transmission du VIH et pas des autres IST

3.2.3.2 LA PROPHYLAXIE PREEXPOSITION OU PrEP

La Prophylaxie Pré exposition (PrEP) est une méthode de prévention médicamenteuse du VIH à base d'une monothérapie au Ténofovir (TDF) ou une combinaison fixe de Ténofovir/Emtricitabine ou Lamivudine ou alors avec des injectables à libération prolongée comme le Cabotegravir. Ces traitements sont utilisés de manière préventive et permettent aux personnes séronégatives d'éviter d'être infectées par le VIH même si elles sont en contact avec le virus. Comme son nom l'indique, elle est utilisée « avant une exposition » potentielle ou avérée au VIH. Il est indiqué chez des personnes ayant un « risque substantiel » qui est défini lorsque le risque de contracter le VIH est supérieur à 3 pour 100 personnes-années. Les personnes concernées dans notre pays sont les populations clés, les partenaires séronégatifs dans les couples sérodifférents.

Avant de commencer la PrEP

- Faire un test diagnostique VIH rapide qui doit être refait tous les 3 mois pour identifier une possible séroconversion. En cas de séroconversion, un TARV complet doit être proposé.
- Faire un test diagnostique rapide antigène HBs (AgHBs) car la combinaison de TDF et de 3TC / FTC est le traitement recommandé devant une infection chronique VHB, donc en cas de VHB+, le traitement TDF/3TC ou FTC devra se poursuivre à vie.
- Faire la Créatinine si possible afin de s'assurer qu'il n'y a pas d'antécédent d'insuffisance rénale que le TDF pourrait aggraver.

- Prodiguer des conseils initiaux complets au bénéficiaire afin de garantir une compréhension et une adhérence maximale au programme.

Dosage

TDF 300 mg plus 3TC 300 mg ou TDF 300 mg plus FTC 200mg par jour, idéalement débuté une semaine avant une relation sexuelle à haut risque et poursuivis un mois après la dernière relation.

NB : Les concentrations tissulaires préventives des médicaments sont atteintes dans un délai de 4 jours pour la muqueuse rectale et 7 jours pour la muqueuse du pénis et du vagin. Si le patient est exposé à un risque élevé avant d’avoir atteint ces concentrations, il est recommandé de prendre la PPE plutôt que la PrEP pendant les 28 jours suivants. (Voir les directives sur les PPE plus bas dans ce chapitre.)

Surveillance de la PrEP

Tableau 2 : Surveillance de la PrEP

Chronologie Test	Intervention
Tests de base	Test VIH rapide
	Créatinine
	Test AgHBs diagnostic rapide
	Conseils et liens avec d’autres services de santé
Mois 3, 6, 9, et 12	Test VIH rapide
	Créatinine
	Conseils et liens avec d’autres services de santé
Tous les 3 mois aussi longtemps que la PrEP est utilisée	Test VIH rapide
	Conseils et liens avec d’autres services de santé
	Annuellement Créatinine

NB : Intégrer les formes injectables à libération prolongée dès que disponible

Un guide pratique pour la mise en œuvre de la PreP viendra compléter ces normes et protocoles

3.2.3.3 LA PROPHYLAXIE POST EXPOSITION AUX ACCIDENTS D'EXPOSITION AUX LIQUIDES BIOLOGIQUES (AELB)

Définition

Un accident d'exposition aux liquides biologiques (AELB) est défini comme un contact avec du sang ou tout autre liquide biologique contaminé, lors d'une effraction cutanée (piqûre ou coupure), ou un contact par projection sur une plaie, une peau lésée ou une muqueuse. Il expose à un risque de transmission virale (VIH, VHB, VHC...).

Les autres circonstances d'exposition avec risque de transmission virale concernent les relations sexuelles non protégées y compris les agressions sexuelles et les partages de matériel de prise de drogue par voie veineuse.

Devant un accident d'exposition au VIH, la personne exposée doit consulter immédiatement et une conduite à tenir adaptée et systématique doit être entreprise. Elle comporte les étapes suivantes :

- Les gestes immédiats ;
- L'évaluation du risque ;
- La prophylaxie par les ARV.

Gestes immédiats

En cas d'accident :

- Se soustraire de l'exposition (s'éloigner, interrompre le geste) ;
- Laver la surface exposée (peau et/ou muqueuse) à l'eau et au savon ;
- Tremper la partie exposée dans une solution inactivant le VIH pendant cinq minutes : eau de javel à 12° dans 1/6 de volume d'eau, polyvidone iodée, alcool de 60 à 90°, solution de dakin... ;
- Consulter immédiatement le personnel de santé (médecins, para médicaux) (avant 48 heures) pour une prise en charge.

NB : Dans les cas de viol, conduire la victime immédiatement dans un centre de santé dans un délai de moins de 48 heures.

Evaluation du risque de l'exposition

Les éléments à prendre en compte sont :

- La sévérité de l'exposition et la nature du liquide biologique responsable :
 - L'exposition massive++ (piqûre profonde par dispositif intraveineux ou par aiguille creuse intraveineuse ou intra-artérielle) ;

- L'exposition intermédiaire+ (piqûre superficielle ou coupure par bistouri à travers des gants) ;
- L'exposition minimale +/- (érosion épidermique ou superficielle, projection cutanée et muqueuses) ;
- Le statut sérologique de la personne source ;
- Le délai entre l'exposition et la consultation.

Tableau 3: Indication de la prophylaxie post exposition du VIH.

	Exposition massive	Exposition modérée		Exposition minimale	
Mode de Blessure	Blessure profonde	Bistouri		Blessure superficielle	
	Dispositif vasculaire			Aiguille pleine	
	Aiguille creuse gros calibre	Piqûre à travers les gants		Projection cutanée muqueuses	
Source	Source VIH+ ou inconnue	Source VIH +	Source inconnue	Source VIH +	Source Inconnue
Mesure	Prophylaxie ARV recommandée	Prophylaxie ARV recommandée	A évaluer au cas par cas	A évaluer au cas par cas	Prophylaxie ARV non Recommandée

Il convient également de prendre en compte les infections liées aux virus des hépatites. En effet il faut réaliser la sérologie du VHC (si possible la recherche de l'ARN plasmatique) et rechercher les marqueurs du VHB chez la personne source. Si le statut de la personne source n'est pas connu, il est important de le rechercher. Pour, ce faire il faut sa collaboration.

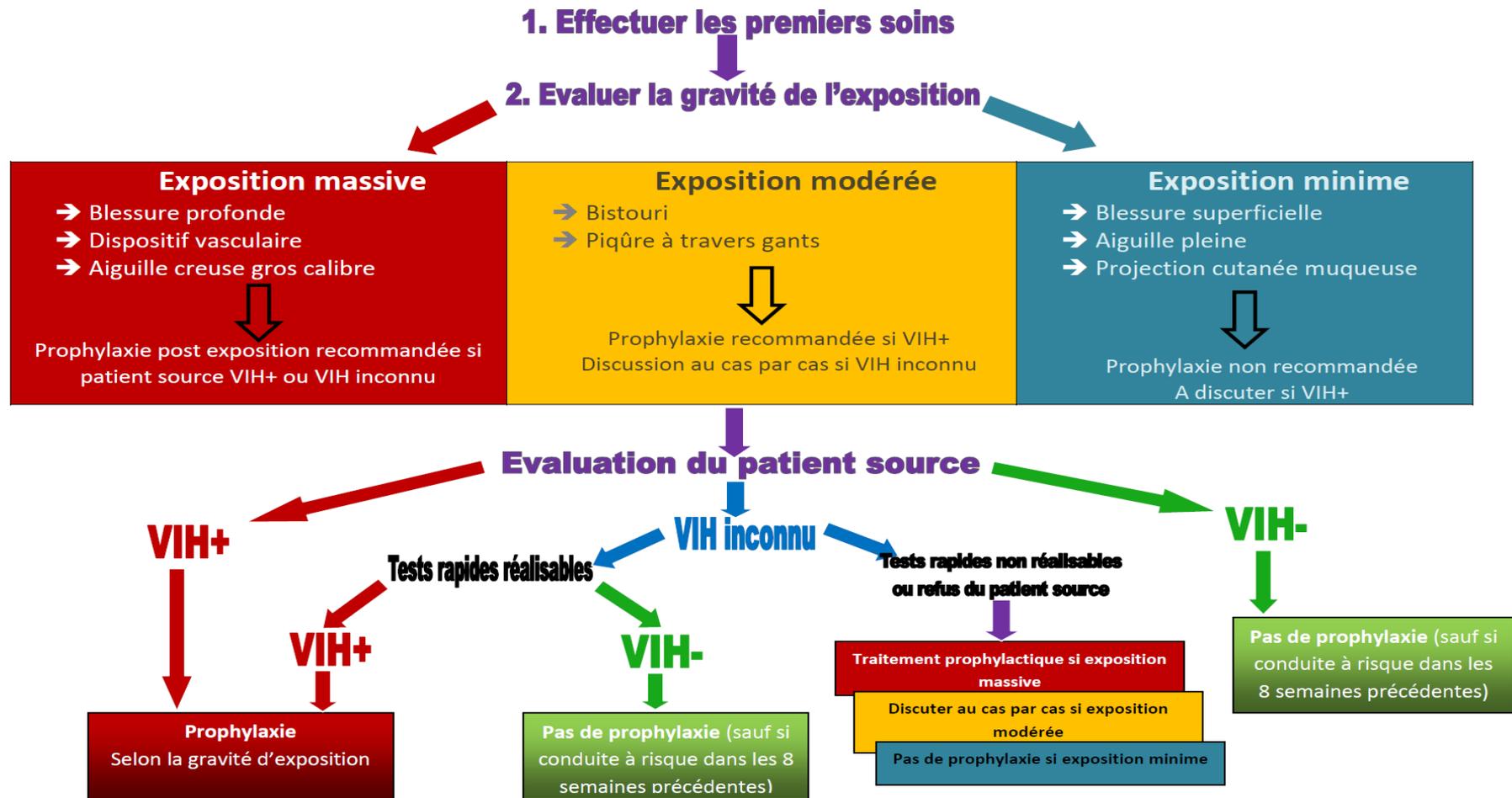


Figure 2: Arbre décisionnel sur la conduite à tenir en post exposition de liquides biologiques

Bilans en cas d'AELB

Le bilan initial comprend est l'examen clinique complet, la sérologie VIH de la personne exposée et de la source si possible, l'Ag HBS, anticorps Hépatite C, et l'évaluation de l'état psychologique.

En cas de viol, un test de grossesse sera pratiqué

Bilan de surveillance

Le bilan de surveillance comprend l'examen clinique complet à M1, les sérologie VIH aux 3ème et 6ème mois et le TIG en cas de viol.

Prophylaxie antirétrovirale

- Elle doit débuter dans les 48 heures, elle est optimale dans les 4 premières heures ;
- La durée de la prophylaxie est de 4 semaines ;
- La prophylaxie recommandée est une trithérapie :
 - ❖ Schéma recommandé : TDF/FTC/DTG ou TDF/3TC/DTG.
 - ❖ Schéma alternatif : AZT ou ABC+3TC+LPV/r
- Conseil à donner à la personne sous prophylaxie :
 - ❖ Abstinence ou rapports sexuels protégés + contraception pendant 6 mois
 - ❖ Consulter en cas de signe clinique anormal ou d'effets indésirables médicamenteux
 - ❖ Pas de don de sang
 - ❖ Pas d'allaitement si possible

Recommandations générales

1. La personne exposée doit faire une déclaration s'il s'agit d'un accident de travail selon la procédure en vigueur.
2. Pour éviter les accidents d'exposition en milieu de soins, les précautions universelles doivent être observées :
 - Se laver systématiquement les mains
 - Porter des gants
 - Panser toute plaie
 - Ne jamais plier ou encapuchonner une aiguille
 - Jeter immédiatement tous les instruments piquants ou coupants dans des boîtes à tranchants
 - Se protéger des projections par le port d'équipement de protection : lunette, bavettes, tablier...
 - Décontaminer immédiatement tout matériel souillé
3. Les médicaments devront être disponibles aux urgences, dans les sites de prise en charge ou dans les dépôts pharmaceutiques, si ceux-ci sont fonctionnels

24h/24h. Par ailleurs en cas de contamination, les textes en vigueur en matière d'accident du travail devront être appliqués.

En cas d'exposition sexuelle ou de viol

- Soins locaux inutiles sauf en cas de lésions tissulaires ;
- Tenter de retrouver le ou la partenaire ;
- Evaluer le risque :
 - ❖ Exposition massive++ (avec ou sans facteur de risque : anal réceptif ou vaginal réceptif) ;
 - ❖ Exposition intermédiaire+ (avec 1 ou plusieurs FDR : vaginal insertif ou anal insertif, oral réceptif) ;
 - ❖ Exposition minime +/- (minime sans FDR : oral insertif) ;
- Prendre des dispositions médico-légales nécessaires ;
- Faire la prophylaxie ARV ;
- En plus des sérologies, le bilan initial est complété par un TIG, le dépistage et la prise en charge des autres IST.

3.2.4 Les interventions de réduction des méfaits

L'utilisation régulière et correcte d'interventions de réduction des méfaits (programmes d'aiguilles et de seringues, traitement par antagonistes des opioïdes et services de consommation sécuritaire) réduit considérablement le risque de transmission du VIH.

3.3 La Circoncision Masculine Médicale Volontaire (CMMV)

La circoncision masculine médicale volontaire (CMMV), est une intervention focalisée sur les hommes et les garçons et se révèle efficace à 60 % dans la prévention de la transmission hétérosexuelle du VIH de la femme à l'homme.

En 2007, des données probantes solides de l'impact préventif de la CMMV ont conduit l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et l'ONUSIDA à recommander la CMMV, en particulier dans les pays très touchés avec une faible prévalence de la circoncision masculine principalement en Afrique de l'Est et Australe.

3.4 La sécurité transfusionnelle

Au Burkina Faso, depuis la mise en service des Centres Régionaux de Transfusion Sanguine (CRTS) courant 2005, la qualification biologique des dons (QBD) a consisté systématiquement à la réalisation des tests de dépistage du VIH, de l'hépatite B, de l'hépatite C et de la syphilis. La réalisation de ces tests constitue une obligation réglementaire consignée dans les directives nationales de bonnes pratiques transfusionnelles fixées par un arrêté du ministère en charge de la santé.

La règle générale est l'utilisation en première intention de tests sensibles pour lesquels tout résultat positif entraînera l'élimination du don incriminé. Cependant pour un test comme le VIH, la nécessité de remise des résultats aux donneurs de sang fait qu'en

cas de résultat positif, une répétabilité est réalisée et si celui-ci se révèle toujours positif un second test plus spécifique et discriminant est réalisé.

Pour l'hépatite B, c'est la recherche de l'antigène de surface du virus de l'hépatite B (Ag HBs) qui est effectuée. Un résultat positif écarte le don. Un résultat positif répétable permet de rendre le résultat au donneur.

Un résultat positif à l'hépatite C et répétable permet de rendre le résultat au donneur. Quant à la sérologie syphilitique, c'est le RPR qui est utilisé suivi du TPHA quand le premier est positif.

3.5. La PTME/ VIH-HEPATITE B-syphilis

Les activités de PTME/ VIH-HEPATITE B-SYPHYLIS sont mises en œuvre par la Direction de la Santé de la Famille (DSF). Pour le volet VIH, le programme PTME vise à offrir gratuitement l'ensemble des services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) aux populations qui y adhèrent sur l'ensemble du territoire national. L'offre de service est disponible dans les secteurs publics, privés et confessionnels. Cette offre repose sur le paquet d'activités de la PTME dans ses quatre composantes que sont la prévention primaire, la prévention du VIH chez les femmes en âge de procréer, la prévention des grossesses non désirées chez les femmes séropositives, les interventions spécifiques visant à réduire la transmission mère enfant chez les femmes enceintes séropositives et enfin, les soins, soutien et traitement aux femmes séropositives, à leurs enfants et à leurs familles.

3.5.1. Aspects spécifiques de l'infection à VIH chez la femme

La vulnérabilité de la femme face à l'infection au VIH est une réalité. Cela est lié à des facteurs sociaux, économiques et anatomiques.

Chez la femme, en dehors de tout contexte de grossesse et de suivi gynécologique, le profil évolutif et la prise en charge médicale de l'infection ne diffèrent pas significativement de ceux décrits plus haut.

3.5.2. Suivi gynécologique

L'examen gynécologique des femmes infectées par le VIH doit être réalisé au minimum une fois (01) par an pour dépister précocement des lésions du col utérin liées au virus HPV (inspection visuelle à l'acide acétique ; inspection visuelle au lugol : IVA, IVL). Ces lésions peuvent conduire au développement d'un cancer du col, qui est plus fréquent en cas d'infection au VIH. Cet examen peut être l'occasion d'un dépistage d'autres infections sexuellement transmissibles.

3.5.3. Grossesse et VIH

En l'absence de toute intervention, le risque de transmission du virus d'une mère infectée à son enfant varie de 25 à 45% (5-10% au cours de la grossesse et 20-35% au

moment de l'accouchement et pendant l'allaitement) pour le VIH-1. Cependant le risque de transmission est plus marqué en fin de grossesse, au moment de l'accouchement et au cours de l'allaitement. Il est moindre avec le VIH-2 (<5%).

Au Burkina Faso, en tant que pays à basse prévalence, toutes les femmes enceintes sont testées pour le VIH à la 1^{ère} CPN. Il n'est pas nécessaire de refaire le test au 3^e trimestre de la grossesse ni après l'accouchement sauf pour les femmes enceintes qui font partie d'une population clés ou partenaires de populations clés, celles ayant des partenaires séropositifs.

Toutes les femmes enceintes ou allaitantes infectées par le VIH doivent commencer le traitement ARV sans délai et le maintenir à vie.

3.5.4. Prise en charge de l'accouchement et du post-partum chez une femme infectée par le VIH

Il n'est pas indispensable de réaliser un bilan pré thérapeutique avant d'initier le TARV chez toute femme enceinte dépistée positive au VIH. La prophylaxie au Cotrimoxazole doit être assurée dès la 16^{ème} semaine d'aménorrhée.

Il est nécessaire de renforcer le suivi, la notification des effets secondaires dans le cadre de la pharmacovigilance des ARV.

Les femmes enceintes infectées par le VIH déjà sous ARV poursuivent leur traitement ARV. Il est souhaitable d'avoir une mesure de CV afin d'apprécier l'efficacité du TARV et d'orienter la prophylaxie chez le nouveau-né.

Dans le cas échéant, renforcer l'adhérence par des sessions individuelles et au besoin changer le traitement ARV.

La traitement ARV chez la femme enceinte est le même que celui de première ligne chez les adultes.

Le protocole de prévention de la TME du VIH-1 et VIH2 retenu : **TDF300 + FTC300/3TC150 + DTG50**. Les protocoles alternatifs sont décrits dans le chapitre correspondant plus bas dans le document.

Le choix préférentiel portera sur les formes fixes à doses combinées de 3 ARV en prise unique par jour.

Le nouveau-né d'une mère séropositive sera mis sous prophylaxie à la NVP et/ou à l'AZT selon le protocole national PTME en vigueur.

En cas de résultat sérologique indéterminé, la femme enceinte doit être mise sous ARV, en attendant le résultat de confirmation.

Aussitôt que la femme enceinte est dépistée positive, elle est incluse dans la file active de la structure avec un numéro d'enregistrement

Pour ce qui concerne le nourrisson né de mère infectée par le VIH, les dernières recommandations OMS indiquent la **prophylaxie post partum améliorée dans certaines conditions** :

Les nourrissons à haut risque sont définis comme ceux nés de femmes ayant une infection à VIH établi qui :

- n'ont pas reçu de TAR, **OU**,
- ont reçu moins de 4 semaines de TAR au moment de l'accouchement **OU**
- ont une charge virale > 1000 copies/ml dans les 4 semaines avant l'accouchement, si la charge virale est disponible, **OU**
- ont été atteintes par le VIH pendant la grossesse ou l'allaitement **OU**
- sont identifiés pour la première fois au cours de la période postpartum, avec ou sans un test de VIH négatif avant la naissance.

Tableau 4: Prophylaxie post partum améliorée

Période de contact de l'enfant avec l'équipe de prise en charge	Risque d'exposition de l'enfant par la mère	Mode d'alimentation choisi	Régime thérapeutique
A la naissance	Elevé*	Allaitement	AZT+NVP pendant 12 semaines
		Alimentation artificielle	AZT+NVP pendant 6 semaines
	Faible	Allaitement	NVP pendant 6 semaines
		Alimentation artificielle	AZT pendant 6 semaines
À partir d'une semaine après la naissance	Elevé*	Quel que soit le mode d'alimentation	AZT+NVP pendant 12 semaines

*la mère doit alors débuter le TAR le plus tôt possible

3.5.5. L'alimentation du nourrisson

Des conseils sur l'alimentation du nourrisson doivent être mis en place pendant la période prénatale et se poursuivre après la naissance.

Tous les nourrissons exposés au VIH doivent être exclusivement nourris au sein pendant les 6 premiers mois. Après 6 mois, des aliments complémentaires peuvent être introduits, tout en continuant l'allaitement jusqu'à 24 mois de l'enfant. Il cessera, dès lors qu'un régime alimentaire adéquat et sans danger nutritionnel peut être fourni.

Lorsque la mère est trop malade pour allaiter ou que l'enfant est orphelin, une alimentation avec du lait artificiel est indiquée.

Pour les mères allaitantes :

- S'assurer d'une prise au sein correcte, idéalement dans l'heure qui suit l'accouchement, pour éviter les mamelons fissurés et douloureux.
- S'assurer que les mères vérifient la présence de plaies et de muguet dans la bouche de leur enfant et qu'elles en informent le personnel afin de débiter un traitement.
- Leur état nutritionnel devra être évalué lors de l'examen clinique.
- Aucune tétine, biberon ou sucette ne doit être utilisé.

3.5.6. Infection à VIH et désir d'enfant

Avoir des enfants fait partie des aspirations légitimes de nombreux hommes et femmes infectés par le VIH. Ce désir d'enfant pose toutefois des questions spécifiques, liées au pronostic de l'infection par le VIH, à l'observance de la prise des ARV, aux éventuels effets indésirables sur le fœtus et aux risques de transmission sexuelle au partenaire.

Un objectif important est d'éviter que des couples cessent de protéger leurs rapports sexuels dans le but de concevoir un enfant. Dans tous les cas, les couples doivent recevoir des informations et conseils adaptés à leur situation et, si nécessaire, une prise en charge plus spécialisée.

L'éventualité d'une grossesse doit être prise en compte chez toute femme infectée par le VIH en âge de procréer. Il est important d'aborder précocement l'éventuel désir d'enfant pour anticiper une prise en charge adaptée.

Cas d'une femme infectée dont le conjoint n'est pas infecté :

- Expliquer les risques liés aux rapports sexuels non protégés pour l'homme
- Expliquer les risques de transmission du VIH à l'enfant en cas de grossesse
- Informer sur la réduction du risque de transmission par les ARV chez la femme
- Proposer aussi une auto insémination du sperme du conjoint
- En cas de procréation médicalement assistée (PMA), orienter vers le niveau approprié pour une meilleure prise en charge
- Informer sur la possibilité d'adoption d'un enfant en cas d'impossibilité de conception
- Donner les informations sur la PrEP

Cas d'une femme non infectée dont le conjoint est infecté :

- Expliquer les risques liés aux rapports sexuels non protégés pour la femme ;

- Informer sur la possibilité de réduction du risque de transmission par les ARV chez l'homme ;
- Expliquer les risques de transmission du VIH à l'enfant en cas de grossesse si la femme s'infecte ;
- En cas de procréation médicalement assistée (PMA), orienter vers le niveau approprié pour une meilleure prise en charge ;
- Orienter vers un centre spécialisé pour une prise en charge ;
- Informer sur la possibilité d'adopter d'un enfant
- Donner les informations sur la PrEP.

Cas d'un couple où les deux conjoints sont infectés :

- Expliquer les risques de surinfections liés aux rapports sexuels non protégés pour les deux ;
- Expliquer les risques de transmission du VIH à l'enfant en cas de grossesse ;
- Informer sur la réduction du risque de transmission par l'utilisation des ARV ;
- Informer sur la possibilité d'adopter d'un enfant.

CHAPITRE IV :

LE DIAGNOSTIC DE L'INFECTION A VIH CHEZ L'ADULTE ET CHEZ L'ENFANT

CHAPITRE IV : LE DIAGNOSTIC DE L'INFECTION A VIH CHEZ L'ADULTE ET CHEZ L'ENFANT

4.1 Généralités sur les services de dépistage VIH

Le terme « services de dépistage du VIH » englobe tous les services qui doivent être offerts avec le dépistage du VIH. Ce terme inclut :

- ✓ les services de conseil (brefs services d'information avant le dépistage et de conseil après le dépistage);
- ✓ l'orientation vers des services appropriés de prévention, de soins et de traitement du VIH, et d'autres services cliniques et de soutien ;
- ✓ la coordination avec les services de laboratoire pour favoriser l'assurance qualité¹.

Les services de dépistage du VIH (SDV) vont de la sensibilisation/communication pour le test, du conseil pré-test, la réalisation du test VIH lui-même, le counseling post test ainsi que l'enrôlement dans les soins.

Considérations sur l'âge requis pour le SDV

Le conseil chez l'enfant de moins de 15 ans se fait avec les parents ou les tuteurs.

Quant aux jeunes âgés de 15 à 18 ans, les SDV peuvent leur être fournis après concertation avec les agents offrant ces services et vérifier si le jeune homme ou la jeune femme est suffisamment mûr (e) pour comprendre les procédures et les résultats du test de dépistage. Les jeunes âgés de 15 à 18 ans qui sont mariés et/ou en grossesse doivent être considérés comme des « mineurs mûres » qui peuvent donner leur consentement pour le conseil dépistage.

Toute personne âgée de 18 ans (âge légal de consentement) et plus qui sollicite un conseil dépistage doit être considérée comme étant à même de donner un consentement total et éclairé.

4.2 Les services de dépistage VIH différentiels

4.2.1 Susciter une demande et informer avant le dépistage

Les activités qui permettent de susciter une demande sont celles qui améliorent directement les connaissances, l'attitude et la motivation d'une personne.

Selon les connaissances actuelles, les approches encourageant la demande de SDV sont l'intensification de la sensibilisation/communication sur le SDV à travers :

- Des messages clés de courte durée (moins de 15 minutes) ;

¹ OMS: lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH face à l'évolution de l'épidémie, note d'orientation, novembre 2019

- Des messages en faveur du dépistage communiqués au cours de séances de conseil au couple ;
- Des messages portant sur la réduction des risques et l'émancipation économique, notamment pour les consommateurs de drogue par injection ;
- Des messages d'encouragement.

Il n'est plus recommandé d'offrir des services de conseil avant le dépistage dans le cadre des SDV.

Il est préconisé de communiquer une information et des messages de courte durée avant le dépistage, qui proposent et encouragent le dépistage.

4.2.2. Les approches différenciées de services (ADS) de dépistage du VIH

4.2.2.1. SDV EN MILIEU DE SOINS

Les services de dépistage du VIH font partie intégrante du paquet minimum d'activités des formations sanitaires où il faudrait proposer de manière systématique le conseil et le dépistage du VIH (appelé conseil et dépistage à l'initiative du prestataire (CDIP)). Selon les recommandations de l'OMS, tout contact d'une personne avec un service de soins pour un motif quelconque doit être une occasion pour proposer les SDV à celle-ci dans le cas où son statut sérologique serait inconnu.

Les SDV en milieu de soins se définissent comme l'ensemble des services de dépistage du VIH offerts dans les établissements de santé publics et privés.

L'offre de service de dépistage en milieu de soins peut être fait par le personnel soignant ou être démedicalisé. Ce type de SDV est principalement initiée par le soignant (dépistage à l'initiative du soignant/prestataire).

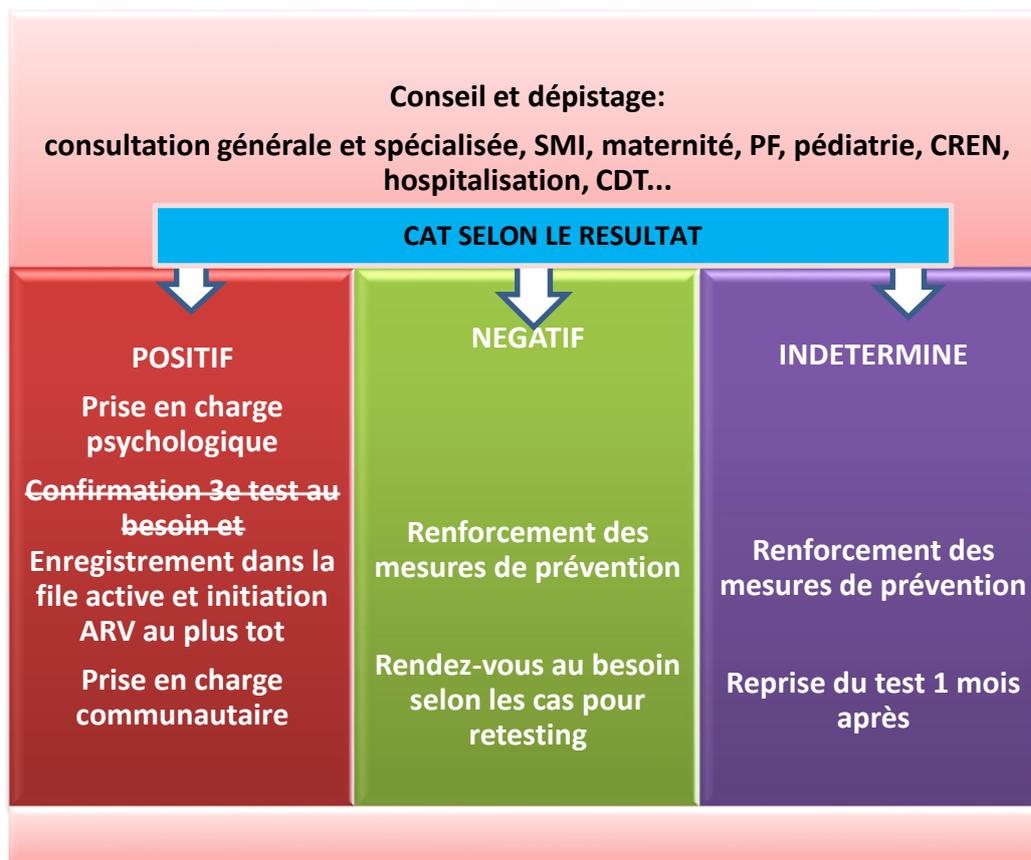


Figure 3: Conseil dépistage en milieu de soins

Le SDV en milieu de soins peut être :

- A la demande du prestataire/soignant devant un cas symptomatique dans les services cliniques de routines (consultations, urgences...)
- Institué de manière systématique pour prévenir la transmission par transfusion sanguine ou de la mère à l'enfant dans les services comme la banque de sang, la CPN, la salle d'accouchement et la PF
- Institué de manière systématique dans des services où le taux de positivité VIH peut être élevée comme au CDT, en hospitalisation médecine, au CREN, devant une IST...

Pour des raisons pratiques et adaptées au contexte et ressources du Burkina Faso, le conseil et dépistage à l'initiative du prestataire systématique sera pratiqué au moins dans les services suivants : Centre de dépistage et traitement de la TB (CDT), la CPN et salle d'accouchement, le CREN, devant toute IST, les services d'hospitalisation de médecine, devant tout cas symptomatiques, devant une population clé

Cadre 1 : Cibles du dépistage à l'initiative du prestataire

4.2.2.2. SERVICES COMMUNAUTAIRES DE DEPISTAGE DU VIH

Ils sont définis comme étant l'ensemble des services de dépistage offerts dans la communauté par des volontaires, des membres d'associations et ONG disposant de prestataires non médicaux formés à cet effet. Ce personnel non médical dans le contexte du Burkina Faso peut être un pair éducateur, une PVVIH, un conseiller psycho-social, un médiateur, un agent de santé à base communautaire (ASBC), un associatif, un volontaire...

Généralement, l'offre des SDV en milieu communautaire est conçue pour répondre aux demandes émanant des clients. Le caractère volontaire de la démarche du client y est prépondérant. Le dépistage des enfants par le milieu communautaire est conditionné par un accord parental dûment signé.

Les SDV communautaires devront être adressés principalement aux populations clés ainsi que les populations d'accès difficiles (zones périphériques et/ou non lotis, les personnes déplacées internes, les camionneurs et clients de TS, les orpailleurs/miniers...

4.2.2.3. L'AUTO DEPISTAGE DU VIH

L'autotest du VIH est un outil innovant qui favorise l'autonomisation du patient. Il permet de diagnostiquer davantage de personnes VIH-positives. L'auto dépistage est recommandé comme approche de dépistage du VIH.

L'auto dépistage du VIH est un processus par lequel la personne prélève elle-même l'échantillon (fluide oral ou sang), effectue le test pour le VIH, puis interprète son résultat, souvent dans un cadre privé, seule ou avec une personne de confiance².

Le résultat d'un seul test de diagnostic rapide (TDR) ne suffit pas à établir un diagnostic positif de VIH. L'autotest requiert que les personnes avec un résultat positif subissent des tests supplémentaires réalisés par un prestataire formé en utilisant l'algorithme de dépistage national validé.

Pour le moment, selon le guide pratique d'utilisation de l'autotest au Burkina Faso, les populations cibles sont :

- Les populations clés (PS, HSH, UDI)
- Les partenaires des PVVIH
- Le personnel de sante

4.2.2.4. LES SERVICES LIES A L'INFECTION A VIH ET DESTINES AUX PARTENAIRES OU DEPISTAGE PAR CAS INDEX

Les SDV volontaires devront être offerts aux partenaires sexuels des utilisateurs de drogues injectables et des PVVIH (pour plus de détails, confère guide et outils de

² L'OMS recommande un autodépistage du VIH – mise à jour des données probantes et clés du succès, Novembre 2019

dépistage par cas index au Burkina Faso). Ces SDV pour les partenaires sexuels comprennent plusieurs options, notamment :

- Une notification par le prestataire, lorsqu'un prestataire formé aide directement les personnes séropositives en contactant leur(s) partenaire(s) et en leur offrant des SDV,
- Une notification par le patient, lorsque le prestataire formé encourage le patient à divulguer son statut sérologique à son ou ses partenaires.

Les SDV aux partenaires devront inclure l'offre de dépistage VIH aux enfants biologiques de moins de 15 ans non dépistés des PVVIH.

Dans le cadre du SDV aux partenaires de PVVIH, il est très important que les PVVIH choisissent la façon dont leurs partenaires peuvent être contactés, et doivent avoir le temps d'examiner les meilleures options pour le faire, en fonction de leurs besoins. Les personnes qui ne souhaitent pas que leurs partenaires soient contactés ou qui ont besoin de temps pour prendre une décision à ce sujet doivent être soutenues dans leur choix

Cadre 2: Note importante dans le cadre du dépistage par cas index

Quel que soit la forme du SDV, les cinq principes directeurs selon la règle des cinq « C » doit être appliquée. *Ce sont : le **consentement** éclairé, la **confidentialité**, les **conseils**, les résultats **corrects**, la **connexion** aux soins.*

4.3. Diagnostic biologique de l'infection à VIH chez l'adulte et chez l'enfant

4.3.1 Le dépistage du VIH chez l'adulte et l'enfant de plus de 18 mois

Le dépistage du VIH est un processus par lequel le sang ou d'autres liquides biologiques sont analysés à la recherche d'une infection à VIH. Il existe deux catégories de tests :

- Les tests de diagnostic direct permettant de mettre en évidence : le virus par culture, l'antigène P24 ou le matériel génétique par des techniques d'amplification génique (Polymérase Chain Reaction, ...) ;
- Les tests de diagnostic indirect basés sur la détection des anticorps (test ELISA, tests rapides).

En fonction du plateau technique disponible pour le dépistage, on utilise l'un ou l'autre. Les tests rapides qui sont les plus disponibles, d'utilisation simples et de conservation facile sont habituellement utilisés dans les SDV ne disposant pas d'équipements spécifiques.

Les tests ELISA sont par contre utilisés dans des laboratoires équipés et disposant de personnel qualifié. Il n'est plus recommandé les tests de confirmation de type Western Blot ou Immunoblot³ sauf dans les situations de cas indéterminés.

Chez l'adulte et l'enfant de plus de 18 mois, la méthodologie de réalisation du test du VIH dans le cadre du conseil dépistage est la nouvelle stratégie de l'OMS⁴. Selon cette stratégie, tout diagnostic du VIH doit être posé après que le prélèvement sanguin ait fait l'objet de trois tests au vu de notre prévalence du VIH qui est moins de 5%.

L'algorithme de réalisation du test en vigueur au Burkina Faso comporte trois étapes (voir figure ici-bas) :

- À la première étape, est réalisé un test rapide de sensibilité très élevée, non discriminant ;
- À la deuxième étape, on utilise un test rapide de grande spécificité
- A la troisième étape, on utilise un test rapide de grande spécificité, discriminant envers les deux types de virus (VIH 1 ou VIH 2).

Tout prestataire (médical ou non) peut utiliser les tests rapides sur sang total à tous les niveaux de poste de travail pourvu qu'il soit préalablement formé.

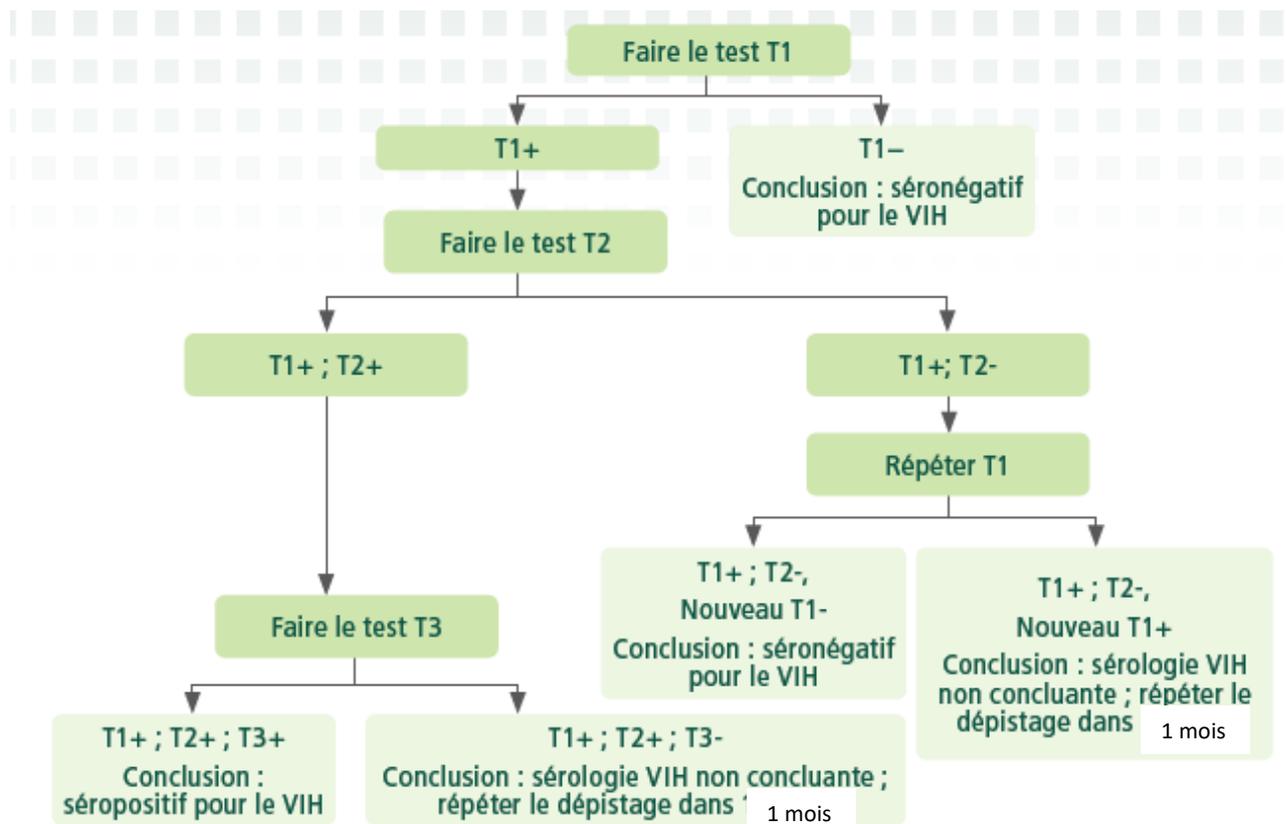
L'application des techniques de réalisation des tests (Test rapide, chaîne ELISA) doit se conformer aux différents modes opératoires indiqués par les fabricants de réactifs et en fonction de la modalité du fonctionnement des appareils utilisés.

Toutefois les techniques de diagnostic de l'infection à VIH doivent être appliquées par les personnes habilitées en fonction des niveaux de structure et de technique.

³ WHO recommends countries move away from the use of western blotting and line immunoassays in HIV testing strategies and algorithms, November 2019

⁴ WHO encourages countries to adapt HIV testing strategies in response to changing epidemic, November 2019

Figure 4 : Algorithme de dépistage VIH au Burkina Faso



T1 : test 1 (premier test) ; T2 : test 2 (deuxième test) ; T3 : test 3 (troisième test).

4.3.2 Diagnostic de l'infection à VIH chez l'enfant de moins de 18 mois

Le dépistage doit être systématiquement proposé devant les situations suivantes :

- Enfant né de mère infectée par le VIH ;
- Infections à répétition ;
- Retard de croissance ou stagnation de la courbe de poids ;
- Malnutrition sévère ;
- Régression des acquisitions psychomotrices ;
- Poly adénopathie (axillaire) ;
- Tuberculose ;
- Décès inexplicables dans la famille ;
- Tout autre motif de consultation chez un enfant dont le statut sérologique de la mère est inconnu.

Dans le cadre de l'accès universel et pour augmenter les chances d'une prise en charge précoce d'une éventuelle infection à VIH, **une proposition de dépistage doit être systématique pour les parents et la fratrie de tout enfant infecté par le VIH.** Les parents séropositifs seront intégrés dans la prise en charge adulte.

Les stratégies du dépistage du VIH chez l'enfant tiennent compte essentiellement de l'âge :

- Tout enfant né de mère infectée par le VIH, devra bénéficier d'un test PCR (DBS) à 6 semaines après la naissance ;
- Les enfants qui n'auront pas bénéficié de PCR à 6 semaines devront le faire jusqu'à 12 mois ;
- Entre 12 et 18 mois : proposer la PCR si la sérologie est positive ;
- Après 18 mois : le diagnostic est indirect et fait recourt à la sérologie tout comme chez l'adulte.

Tout résultat négatif est considéré comme valide **à condition que l'enfant ait été sevré totalement depuis au moins 6 semaines** dans le cas du diagnostic par PCR et 3 mois dans celui du test sérologique. En cas de doute redemander le diagnostic en tenant compte de ces délais.

Chez l'enfant de moins de 18 mois, le dépistage de l'infection à VIH est basé sur le diagnostic précoce par la technique de la PCR qui est une technique de diagnostic direct. En effet, l'utilisation des tests rapides pourrait donner des résultats non fiables du fait de la persistance des anticorps maternels chez l'enfant jusqu'à l'âge de dix-huit mois. Dans le cadre de la PTME, le diagnostic précoce peut être réalisé sur des échantillons de sang séché sur papier buvard (DBS) ou avec les Point Of Care (POC).

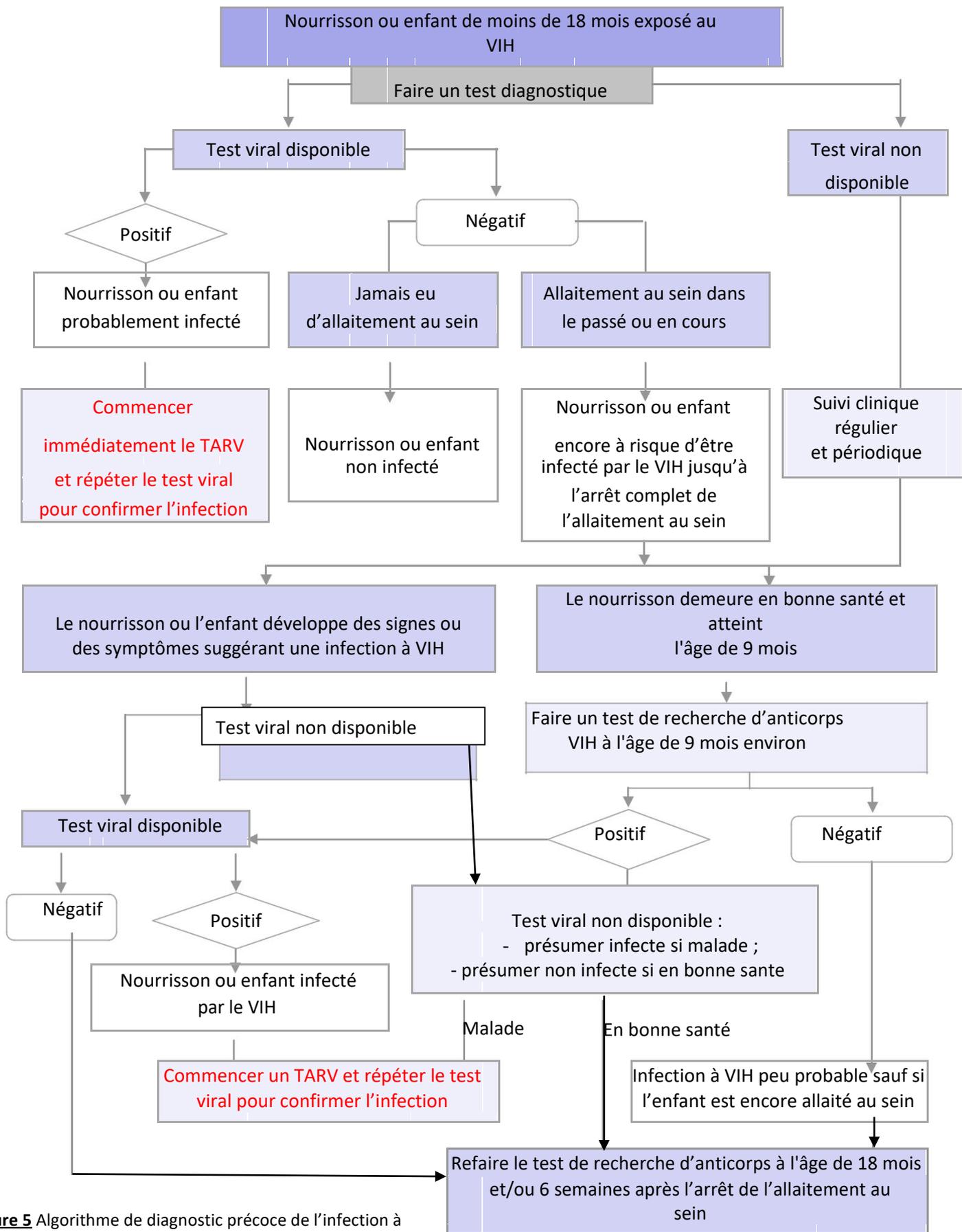


Figure 5 Algorithme de diagnostic précoce de l'infection à VIH chez le nourrisson

4.4. Stades cliniques de l'infection à VIH

Toute prise de décision diagnostique ou thérapeutique doit être précédée par une évaluation clinique suivie d'une classification. La classification retenue est celle de l'OMS.

Tableau 5: Classification OMS pour les adultes, les adolescents et les enfants

Adulte et adolescent	Enfant
Stade clinique 1	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Asymptomatique ▪ Lymphadénopathie généralisée persistante 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Asymptomatique ▪ Lymphadénopathie généralisée persistante
Stade clinique 2	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perte de poids modérée inexplicable (<10 % du poids du corps estimé ou mesuré) ▪ Infections récurrentes des voies respiratoires (sinusite, Amygdalite, otite moyenne, pharyngite) ▪ Zona ▪ Chéilite angulaire ▪ Ulcérations buccales récurrentes ▪ Éruption papulaire prurigineuse ▪ Infections fongiques de l'ongle ▪ Dermite séborrhéique 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hépato splénomégalie persistante inexplicable ▪ Infections récurrentes ou chroniques des voies respiratoires supérieures (otite moyenne, otorrhée, sinusite, amygdalite) ▪ Zona ▪ Érythème gingival linéaire ▪ Ulcérations buccales récurrentes ▪ Éruption papulaire prurigineuse ▪ Infections fongiques de l'ongle ▪ Infection verruqueuse extensive d'origine virale ▪ Molluscum contagiosum extensif ▪ Augmentation du volume des parotides persistante et Inexplicable
Stade clinique 3	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perte de poids sévère inexplicable (>10 % du poids du corps estimé ou mesuré) ▪ Diarrhée chronique inexplicable depuis plus d'un mois ▪ Fièvre persistante inexplicable (intermittente ou constante, depuis plus d'un mois) ▪ Candidose buccale persistante ▪ Leucoplasie chevelue de la cavité buccale ▪ Tuberculose pulmonaire ▪ Infections bactériennes graves (par exemple pneumonie, empyème, pyomyosite, infection osseuse ou articulaire, méningite, bactériémie) ▪ Stomatite, gingivite ou parodontite aiguë nécrosante 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Malnutrition modérée inexplicable ne répondant pas de façon satisfaisante au traitement standard ▪ Diarrhée persistante inexplicable (14 jours ou plus) ▪ Fièvre persistante inexplicable (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 ulcéral

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anémie (<8 g /dl), neutropénie (<0,5 x 10⁹ /l) et / ou thrombocytopénie chronique (<50 x 10⁹ /l) inexpliquées 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anémie (<8 g /dl), neutropénie (<0,5 x 10⁹ /l) ou thrombocytopénie chronique (<50 x 10⁹ /l) inexpliquées ▪ Pneumonie interstitielle lymphocytaire symptomatique ▪ Pathologie pulmonaire chronique associée au VIH, notamment la bronchiectasie
Stade clinique 4	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Syndrome cachectique dû au VIH Pneumonie à <i>pneumocystis (jirovecii)</i> Pneumonies bactériennes sévères récurrentes ▪ Infection chronique à herpès simplex (bucco-labiale, génitale ou ano-rectale d'une durée supérieure à un mois, ou viscérale quelle que soit la localisation) ▪ Candidose œsophagienne (ou candidose trachéale, bronchique ou pulmonaire) ▪ Tuberculose extra pulmonaire ▪ Sarcome de Kaposi ▪ Infection à cytomégalovirus (rétinite ou infection d'autres organes) ▪ Toxoplasmose du système nerveux central ▪ Encéphalopathie à VIH ▪ Cryptococcose extra pulmonaire, y compris la méningite ▪ Infection mycobactérienne non tuberculeuse disséminée ▪ Leuco encéphalopathie multifocale progressive ▪ Cryptosporidiose chronique ▪ Isosporose chronique ▪ Mycose disséminée (histoplasmose extrapulmonaire, coccidioïdomycose) ▪ Lymphome (cérébral ou non hodgkinien à cellules B) ▪ Néphropathie ou mycardiopathie symptomatique associée au VIH ▪ Septicémie récurrente (y compris à <i>Salmonella</i> non typhoïdique) ▪ Carcinome invasif du col de l'utérus Leishmaniose atypique disséminée 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Émaciation sévère inexpliquée, retard de croissance sévère inexpliqué ou malnutrition sévère inexpliquée 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 herpès 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) ▪ Tuberculose extra pulmonaire autre que ganglionnaire ▪ Sarcome de Kaposi ▪ Infection à 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 (histoplasmose extrapulmonaire, coccidioïdomycose, pénicillinose) ▪ Lymphome (cérébral ou non hodgkinien à cellules B) ▪ Néphropathie ou mycardiopathie associée au VIH
<p>** Syndrôme cachectique du VIH = Perte de poids involontaire inexpliquée (>10%) avec cachexie évidente ou IMC < 18,5. Ainsi que Diarrhées chroniques inexpliquées (pertes aqueuses ou selles liquides 3 fois /jour ou plus) sur une période > 1 mois.</p>	

Ou Fièvre ou sueurs nocturnes pendant plus d'un mois sans autres causes identifiées et ne répondant pas au traitement antibiotique ou antipaludique. Le diagnostic ou paludisme doit être éliminé dans les zones impaludées.

Ou Une perte de poids documentée (plus de 10% du poids du corps) associée à deux selles non-moulées ou plus, pour lesquelles la recherche de germes est négative,

Ou Une température documentée dépassant les 37,6° Celsius sans autres causes, avec hémoculture négative, goutte épaisse négative et une radio pulmonaire normale ou inchangée.

CHAPITRE V :

LE TRAITEMENT PAR LES ARV

CHAPITRE V : LE TRAITEMENT PAR LES ARV

Les ARV sont des médicaments dont la prescription optimale exige la connaissance des molécules, de leurs effets secondaires, des combinaisons thérapeutiques et des conditions exigées pour l'obtention de meilleurs résultats. La prescription des ARV nécessite :

- La disponibilité constante des ARV ;
- Des prescripteurs formés et compétents ;
- La disponibilité d'examen complémentaires permettant la surveillance de l'efficacité des traitements et la surveillance des effets secondaires ;
- L'éducation thérapeutique (ETP).

Le traitement par les ARV vise à :

- Rendre la charge virale indétectable et le plus longtemps possible.
- Restaurer l'immunité ;
- Augmenter la durée de vie ;
- Améliorer la qualité de la vie ;
- Diminuer le risque de transmission du VIH ;

5.1 Différentes classes d'ARV et leurs mécanismes d'action

Les antirétroviraux sont des molécules virostatiques qui inhibent essentiellement l'activité d'enzymes indispensables à la réplication du VIH (la transcriptase inverse, l'intégrase et la protéase,) sans le détruire complètement.

Leurs mécanismes d'action sont présentés dans le cadre ici-bas

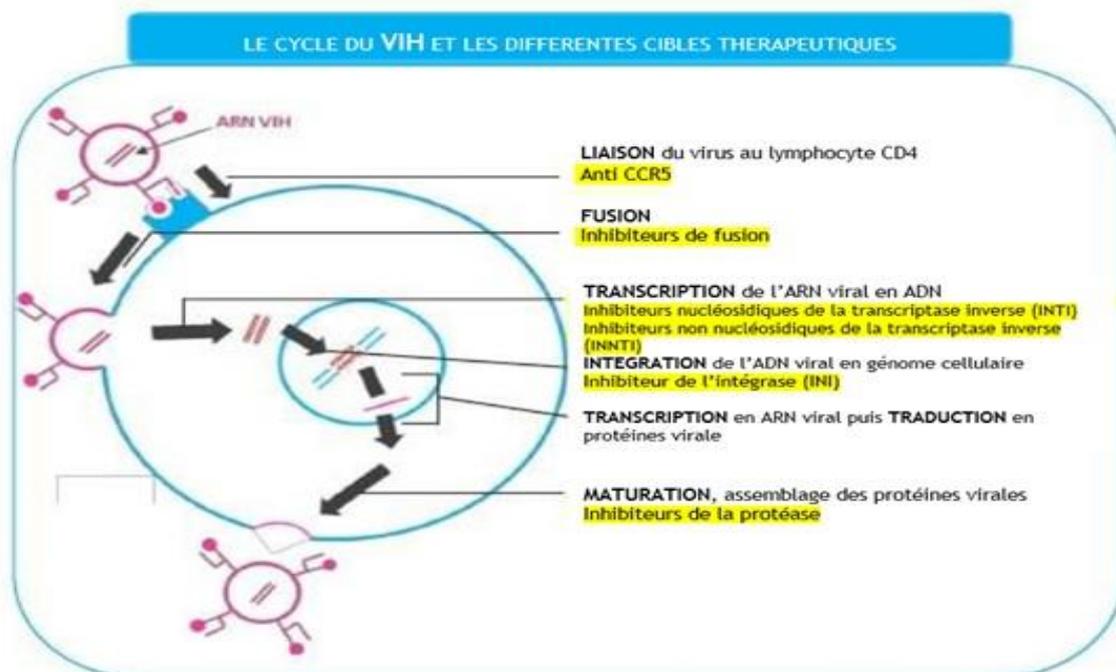


Figure 6 : Mécanismes d'action des ARV

5.1.1 Les inhibiteurs de la transcriptase inverse

Ils sont subdivisés en trois sous classes :

- Les inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI ou IN) qui bloquent la transcriptase inverse par compétition avec les nucléosides naturels
- Les inhibiteurs nucléotidiques de la transcriptase inverse (INtTI ou INT) qui bloquent la transcriptase inverse par compétition avec les nucléotides naturels
- Les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI ou INN) qui agissent directement par fixation sur le site catalytique de la transcriptase inverse du VIH1. Ils sont inactifs sur le VIH2

5.1.2 Les inhibiteurs de la protéase

Les inhibiteurs de la protéase (IP) empêchent l'assemblage des protéines virales nouvellement synthétisées par fixation sur le site catalytique de la Protéase, bloquant ainsi son activité protéolytique.

Cela conduit à la production de virions immatures non infectieux et donc à l'interruption du cycle viral par inhibition de la phase post-traductionnelle de la réplication. Ils sont actifs sur les cellules infectées de façon chronique, contrairement aux inhibiteurs de la transcriptase inverse.

5.1.3 Les inhibiteurs de l'intégrase

Les inhibiteurs de l'intégrase empêchent l'insertion covalente, ou intégration du génome du VIH dans le génome de la cellule hôte par inhibition de l'activité catalytique de l'intégrase.

5.1.4 Les inhibiteurs de fusion et d'entrées

Les inhibiteurs d'entrées bloquent la fusion entre la membrane virale et la membrane de la cellule cible empêchant ainsi l'ARN viral d'entrer dans la cellule cible. Il existe deux sous types dont les inhibiteurs de fusion et les antagonistes de CCR5

5.1.5 Les boosters

Un booster est une molécule ayant la propriété d'augmenter la concentration plasmatique d'un médicament auquel il est associé, notamment par inhibition des cytochromes P450 intestinaux et hépatiques.

Le ritonavir, à faibles doses (100 à 200mg/jour) est utilisé dans cet objectif, et non comme antirétroviral.

5.2 Principaux ARV par classe thérapeutique

Tableau 6: Principaux ARV par classe thérapeutique

Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI)	
Abacavir (ABC)	300mg deux fois par jour ou 600mg une fois par jour
Emtricitabine (FTC)	200mg une fois par jour
Lamivudine (3TC)	150mg deux fois par jour ou 300mg une fois par jour
Zidovudine (AZT)	200-300mg deux fois par jour
Inhibiteur nucléotidique de la transcriptase inverse (INtTI)	
Ténofovir (TDF)	300mg une fois par jour
Ténofovir alafénamide (TAF)	25 mg une fois par jour
Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI)	
Éfavirenz (EFV)	600mg ou 400 mg une fois par jour
Névirapine (NVP)	200 mg une fois par jour pendant 14 jours, puis 200mg deux fois par jour
Étravirine(ETV)	200mg deux fois par jour
Rilpivirine*(RPV)	25mg une fois par jour
Inhibiteurs de la protéase (IP)	
Lopinavir/ritonavir (LPV/r)	400mg/100mg deux fois par jour
Darunavir/ritonavir (DRV/r)	800mg+100 mg une fois par jour ou 600mg+100mg deux fois par jour
Atazanavir/ritonavir (ATV/r)	300mg+100mg une fois par jour
Ritonavir (RTV)	100 mg posologie fonction de l'association
Fosamprenavir/ritonavir	700 mg+100 mg deux fois par jour
Inhibiteur de l'intégrase (II)	
Raltégravir (RAL)	400 mg deux fois par jour
Dolutégravir (DTG)	50 mg deux fois par jour
Inhibiteur de fusion	
Enfuvirtide* (T20)	90mg 2 fois par jour Injectable voie sous cutanée
Antagonistes CCR5	
Maraviroc*(MVC)	150 à 600mg 2 fois par jour

*Les molécules en astérisque sont celles qui ne sont pas disponibles au Burkina Faso

Il existe des formes combinées : deux ou trois molécules combinées

5.3. Monographie des principaux ARV

Tableau 7 : Posologies, principales précautions d'emploi et principaux effets secondaires des antirétroviraux

DCI	Posologies adultes	Précautions	Effets indésirables
Zidovudine (ZDV ou AZT)	300 mg x 2 / j	Contre-indication si Hb < 7,5 g/dl ou PN < 750/mm ³	Toxicité hématologique, Myopathies mitochondriales
Lamivudine (3TC)	150 mg x 2 / j Ou 300 mg en une prise	Tenir compte d'une éventuelle co-infection par le VHB en l'associant avec le Ténofovir	Effets indésirables de faible intensité et transitoires
Abacavir (ABC)	300 mg x 2 / j ou 600 mg x 1/j	Au repas	Réactions d'hypersensibilité
Emtricitabine (FTC)	200 mg x 1/J	Tenir compte d'une éventuelle co-infection par le VHB en l'associant avec le Ténofovir	Effets indésirables de faible intensité et transitoires
Ténofovir (TDF)	300 mg/j au cours d'un repas	Prise régulière de la TA Dosage de la créatinine et de la clairance Contre-indication : clairance < 50 ml/mn, diabète ancien, HTA non contrôlée, insuffisance rénale.	Hypophosphorémies, Syndrome de Fanconi (exceptionnel)
Ténofovir alafénamide (TAF)	25 mg une fois par jour	Contre-indiquée si clairance de la créatinine < 30 ml/min. Interactions médicamenteuses avec le cobicistat	Augmentation significativement plus importante des paramètres lipidiques (cholestérol total, fractions LDL et HDL et triglycérides) sous TAF que sous TDF
Efavirenz (EFV)	600 mg en une prise	A prendre de préférence au coucher	Rash, Atteintes neurosensorielles
Névirapine (NVP)	200 mg en une prise pendant 14 jours puis 200 mg 2fois/j	Introduire une demi dose de NVP pendant 2 semaines puis passer à la dose normale après contrôle des transaminases	Toxicité cutanée y compris des formes sévères (Stevens-Johnson ; Lyell), Hépatites d'hypersensibilité
Etravirine (ETV)	200 mg deux fois par jour	Contre-indications : Patient de plus de 65 ans, insuffisance hépatique sévère	Toxicité cutanée, réaction d'hypersensibilité sévère.

Ritonavir (RTV)	100 mg deux fois par jour	Uniquement comme booster	Manifestations digestives parfois intenses, Paresthésies péri-buccales
Lopinavir + Ritonavir (LPV/r)	400/100 mg x 2/j	Au repas	Troubles digestifs
Darunavir (DRV) + Ritonavir (DRV/r)	600mg/100mg deux fois par jour	Au repas	Troubles digestifs, rash cutané, troubles lipidiques
Atazanavir (ATV) + Ritonavir (RTV)	300 mg/100mg une fois par jour	Au repas	Symptômes neurologiques périphériques, maux de tête, insomnie, vomissement, diarrhée, douleur abdominale, nausée, dyspepsie, ictère, rash, syndrome lipodystrophique, asthénie
Raltégravir (RAL)	400 mg deux fois par jour	A jeun de préférence	Vertiges, arthralgie, asthénie, douleurs abdominales, prurit, cytolysé hépatique
Dolutégravir (DTG)	50 mg une fois par jour si le patient est naïf d'inhibiteur de l'intégrase (II) 50 mg deux fois par jour dans les situations à risque de résistance aux autres II		Vertiges, hypersensibilité à type d'éruption cutanée, atteinte hépatique sévère

5.4 Initiation du traitement ARV

Initier le traitement ARV chez toute personne dépistée séropositive au VIH* le plus tôt possible et au plus tard dans les sept jours suivant le dépistage sauf dans les cas particuliers, après confirmation du diagnostic et l'évaluation clinique tout en poursuivant l'ETP

*VIH1 et VIH2

Cas particuliers :

- Initier le traitement ARV **dans les deux semaines** suivant le début du traitement d'une tuberculose non méningée, IO à *Pneumocystis jiroveci*, *Toxoplasmose*, CMV, autres virus du groupe Herpes
- Attendre au moins quatre semaines en cas de tuberculose et cryptococcose neuroméningée.
NB : ARV **sans délai** en cas de complication liée au VIH ou une infection ne relevant d'aucun traitement spécifique

Il est nécessaire de :

- Faire un bilan biologique qui ne doit pas retarder la mise sous traitement ;
- Traiter et stabiliser les infections opportunistes ;
- Préparer le patient dans la mise en route du traitement pour réunir les conditions optimales en vue d'une observance adéquate et d'une efficacité prolongée. L'équipe de prise en charge initie le traitement ARV tout en accompagnant le patient avec des sessions/entretiens d'éducation thérapeutique (ETP).

Au patient, l'équipe de prise en charge doit notamment :

- Lui donner des explications simples en adaptant son vocabulaire ;
- Présenter les différentes options thérapeutiques ;
- Apprécier la motivation du patient à être traité, son degré de compréhension, son propre projet thérapeutique, ses craintes éventuelles ;
- Parler des contraintes du traitement et des modalités de surveillance ;
- Expliquer les conséquences d'une mauvaise observance.

5.5 Schémas de traitement de première ligne

La combinaison thérapeutique recommandée est l'association de 3 ARV (trithérapie) de deux classes d'ARV différentes :

- Combinaison « **2IN + 1II** » : indiquée en cas d'infection par le VIH1, le VIH 2, de co-infection **VIH1 et 2**.

Tableau 8: Choix des molécules de première ligne pour le VIH1, VIH2 et VIH1+2.

Première ligne ARV	Schémas
Schéma recommandé	TDF* +FTC ou 3TC + DTG
Schémas alternatifs	TDF*/FTC ou 3TC/EFV400 AZT /3TC + EFV 600 AZT/3TC+DTG TDF*/3TC ou FTC + LPV/r

*Le TAF peut remplacer le TDF si disponible

NB :- En cas de VIH2, il est impératif d'utiliser des schémas contenant du DTG ou des LPV/r. Un schéma à base d'ABC peut être utilisé en cas d'insuffisance rénale

5.6 Pourquoi faut-il changer de protocole thérapeutique

Le changement de protocole peut s'effectuer dans les situations suivantes :

- Persistance ou intensité très élevée des effets indésirables des ARV
- Échec thérapeutique
- Interactions médicamenteuses

5.6.1 Effets indésirables des ARV

Les effets indésirables des ARV peuvent être détectés cliniquement ou biologiquement. Certains effets indésirables sont légers ou passagers tandis que d'autres nécessitent l'arrêt de la molécule en cause. La conduite à tenir en cas de nécessité d'arrêter une molécule. (Chapitre toxicité médicamenteuse).

En cas d'insuffisance rénale, il est recommandé une adaptation posologique des ARV (tableau de l'adaptation des doses ARV en fonction de la clearance de la créatine, chapitre toxicité médicamenteuse).

5.6.2 Echec thérapeutique

La résistance se développe à différentes périodes pour différents ARV. Le VIH devient résistant aux différents types d'ARV selon une chronologie propre à chacun :

- Assez rapidement (quelques mois) pour des INTI spécifiques (TDF, 3TC, ABC) et les deux INTI couramment utilisés (EFV et NVP) et RAL
- Plus lentement (6 à 12 mois) pour les INTI analogues à la thymidine (médicaments se terminant par «T» - AZT et D4T).
- Beaucoup plus lentement pour les IP et le DTG, pour lesquels la résistance se développe rarement en moins de 12 mois.

La cause la plus fréquente est une mauvaise adhérence du patient mais d'autres causes peuvent également être rapportées. Les cliniciens devront évaluer ces causes et s'abstenir de porter des jugements ou d'accuser trop rapidement le patient.

Les raisons d'échecs qui relèvent exclusivement de la responsabilité du clinicien sont :

- De ne pas administrer une double dose de LPV/r ou DTG avec la rifampicine
- De ne pas augmenter la dose chez un enfant en fonction des variations de sa courbe de poids
- De ne pas changer l'antiépileptique en cours pour du valproate
- De ne pas investiguer plus en avant en cas de diarrhée et / ou de vomissements suffisamment importants pour expliquer une insuffisance d'absorption des ARV
- De ne pas explorer une maladie mentale ou une toxicomanie qui affectent souvent l'adhérence.

L'échec thérapeutique peut être clinique, virologique ou immunologique :

Tableau 9: Définition de l'échec clinique, immunologique et virologique

Type d'échec	Définition
Echec virologique	Charge virale plasmatique détectable après au moins 6 mois de TARV basée sur la mesure de 2 charges virales consécutives après 3 mois d'intervalle avec soutien à l'observance
Echec immunologique	Chute des CD4 en dessous du taux initial ou Persistance du nombre de CD4 < à 100 cellules/mm ³ ou Chute de plus de 30% du taux de CD4 à partir de la valeur maximale que le patient ait eu
Echec clinique	Evènement nouveau ou récurrent indiquant une immunodépression sévère (pathologie définissant un stade clinique OMS 3 ou 4) après 6 mois de traitement ARV chez un patient observant

NB : pour des raisons programmatiques le résultat d'une charge virale plasmatique < 1000 copies/ml est considéré comme supprimée.

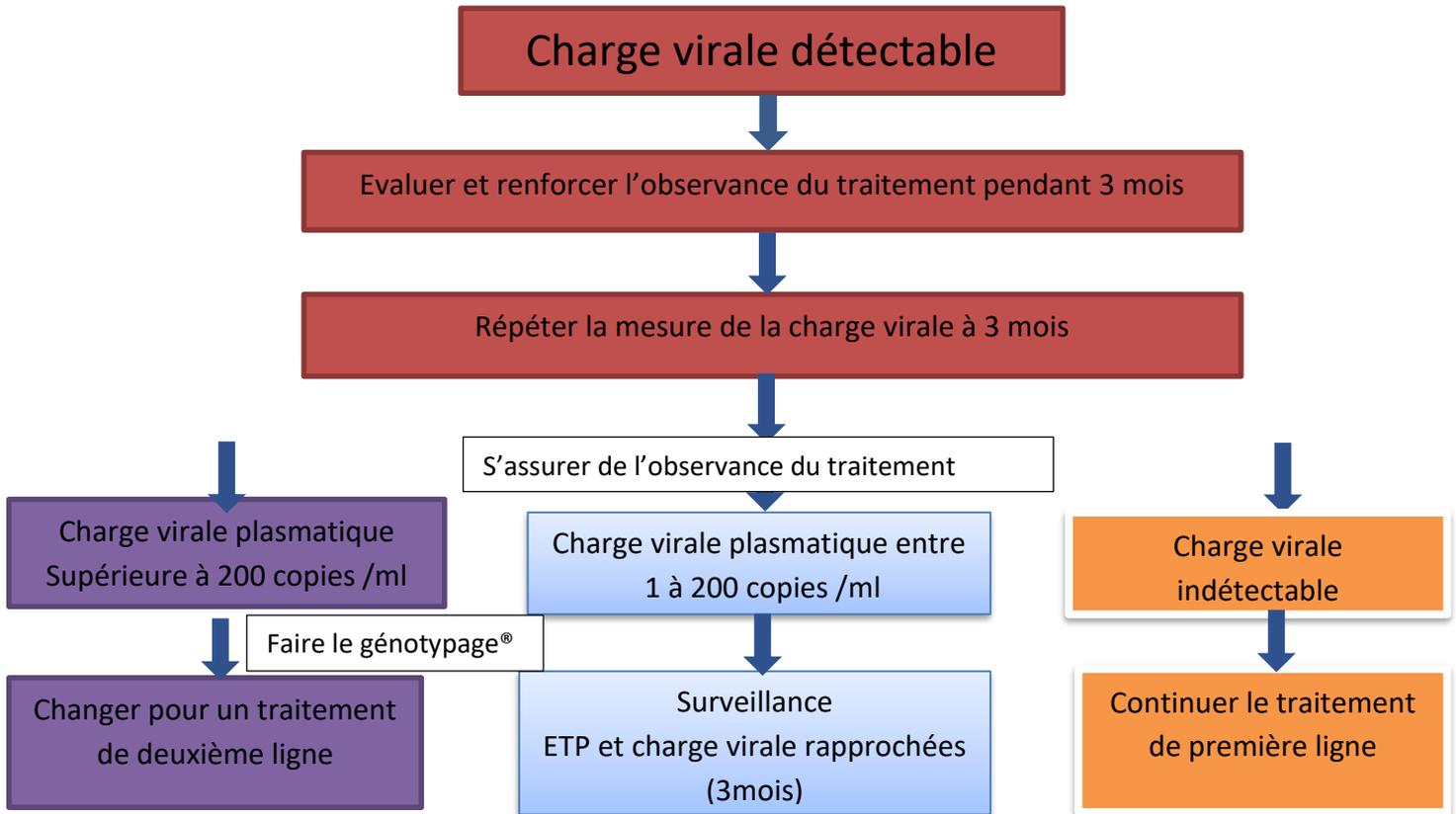
Comment interpréter et gérer un résultat de charge virale détectable ?

Une charge virale **détectable** pourrait être liée à :

- Une mauvaise observance au traitement ARV,
- Une prescription inappropriée,
- Une résistance (primaire ou secondaire) du VIH aux ARV
- Un blip (élévation transitoire de la CV encadrée par deux CV indétectables)
- Interactions médicamenteuses.

Les causes d'une CV élevée sont détaillées en annexe 9

Conduite à tenir devant une charge virale plasmatique détectable



® recommandé pour passer de la deuxième à la troisième ligne, mais est souhaitable pour les cas particuliers pour passer de la première ligne à la deuxième ligne

Figure 7: Décision à prendre devant une CV élevée

Test de charge virale dans la PTME

La mesure de charge virale est la stratégie de choix pour suivre la réponse au TARV :

- Pour les femmes nouvellement initiées à la TARV, le premier test de CV doit être réalisé après 6 mois de traitement.
- Pour les femmes déjà sous TARV, le test de CV doit être réalisé à la première consultation prénatale si le test précédent a plus de 6 mois.
- Pour les femmes qui sont sous TARV depuis plus de 6 mois, si la première CV est > 200 copies/ml, elle doit recevoir un renforcement de l'adhérence afin de l'améliorer et refaire une CV après trois mois.

Si le résultat est toujours > à 200 copies/ml, passer immédiatement à la deuxième ligne. Si possible, utiliser le test semi rapide de CV tels que les « Point-of-Care » pour les femmes enceintes ou allaitantes.

Tableau 10: Protocoles ARV de deuxième ligne

Type VIH	Traitement de première ligne	Traitement de deuxième ligne recommandé	Traitement de deuxième ligne alternatif
----------	------------------------------	---	---

VIH1	TDF/FTC ou 3TC/DTG TAF/FTC ou 3TC + DTG	AZT / 3TC+ ATV/r ABC / 3TC+ ATV/r	AZT/3TC+LPV/r ABC/3TC + LPV/r
	TDF /FTC ou 3TC/ EFV	AZT / 3TC+ DTG ABC / 3TC+ DTG	ABC / 3TC+ ATV/r ou LPV/r AZT / 3TC+ ATV/r ou LPV/r
	AZT/3TC+EFV	TDF/3TC/DTG ABC/3TC+DTG	TDF/FTC+DTG TDF/FTC+ ATV/r ou LPV/r ABC/3TC+ ATV/r ou LPV/r
VIH2 et VIH1&2	TDF/FTC ou 3TC/DTG TAF/FTC ou 3TC + DTG	AZT/3TC+ LPV/r ABC/3TC+ LPV/r	AZT/3TC+ DRV/r ABC/3TC + DRV/r
	TDF/FTC+ LPV/r	AZT/3TC+DTG ABC/3TC+DTG	ABC/3TC+DRV/r AZT/3TC+ DRV/r
	AZT/3TC + LPV/r	TDF/3TC/DTG ABC/3TC+DTG	TDF/FTC+DTG TDF/FTC ou 3TC + DRV/r ABC/3TC+DRV/r

NB : Toujours réaliser des séances de renforcement de l'adhérence basé sur les problèmes soulevés par le patient

Les critères de diagnostic de l'échec de la deuxième ligne de TARV sont les mêmes que ceux utilisés pour le diagnostic de l'échec de première ligne.

En cas d'échec de 2ème ligne de traitement, le patient doit être référé dans un centre de référence national où il pourra bénéficier d'un régime thérapeutique de 3ème ligne comportant des médicaments tels que Darunavir (DRV), Raltégravir (RAL), Étravirine (ETV) et sur la base d'un génotypage VIH.

5.7 Interactions plantes médicinales et traitement ARV

L'utilisation concomitante de plantes médicinales et d'ARV est très répandue chez les personnes vivant avec le VIH au Burkina Faso. Cependant, les plantes médicinales sont généralement très riches en groupes chimiques avec des propriétés pharmacologiques variées. Certaines renferment des molécules capables d'accélérer et/ou d'inhiber la résorption, l'élimination, la métabolisation enzymatique des ARV ou la circulation de ces médicaments dans l'organisme. L'utilisation simultanée des plantes médicinales peut entraîner une modification significative de la concentration plasmatique des ARV ou de leurs métabolites et plus généralement leur pharmacocinétique chez le patient traité, et être à l'origine d'un échec thérapeutique, de l'apparition d'une chimiorésistance aux ARV, ou encore d'un risque de toxicité (d'une

exacerbation des effets indésirables). Le tableau ci-dessous résume les risques d'interactions négatives déjà documentées ainsi que les précautions à prendre selon les cas.

Tableau 11: Fiche synthèse sur les risques d'interactions négatives entre les plantes médicinales du Burkina Faso et les médicaments antirétroviraux.

PLANTES MEDICINALES	RISQUES D'INTERACTIONS	PRECAUTIONS
<p><i>Allium cepa</i>L.(ALLIACEAE) Nom usuel : oignon Mooré : Giaba, gabdo, zéyon, albaslé Bambara/Dioula : yiaba Gourmantché : sabsa, salbisa</p>	<p>L'oignon frais retarde le métabolisme des Inhibiteurs de Protéases (IP)</p>	<p>Eviter d'associer les ARV avec l'oignon frais et/ou les préparations à base d'oignon frais</p>
<p><i>Allium sativum</i>L. (ALLIACEAE) Nom usuel : ail Mooré : laii Bambara/Dioula : layi</p>	<p>Tout comme l'oignon, l'ail retarde le métabolisme des Inhibiteurs de Protéases (IP)</p>	<p>Eviter d'associer les ARV avec l'ail frais et/ou les préparations à base d'ail frais</p>
<p><i>Aloe buettneri</i> Berger (ALOACEAE) Nom usuel : aloès Mooré : na pugmaandé, mintipa</p>	<p>L'aloès réduit considérablement le temps d'absorption digestive des médicaments ARV.</p>	<p>Observer au moins 4h entre la prise ARV et l'aloès</p>
<p><i>Aloe vera</i> <i>Varaethiopica</i> Schweinf (ALOACEAE) Synonyme: <i>Aloe elegans</i> Todaro Nom usuel : Lys du désert, aloé</p>	<p><i>Aloe vera</i> réduit considérablement le temps d'absorption digestive des médicaments ARV.</p>	<p>Observer au moins 4 h entre la prise ARV et <i>l'aloevera</i></p>
<p><i>Cassia sieberiana</i> DC (CAESALPINIACEAE) Nom usuel: Sindian Bambara/Dioula : sinla, sindâ, sindjan Bissa : gnama, guientrou Gourmantché : i-sandiani Mooré : koumbrissaka Peul : goma-fadabi, kohodi, malgahi, padwou-doubi Malinké : gbé, sissénouvo Bobo : lamaré</p>	<p>Le sindian augmente le transit intestinal et réduit considérablement le temps d'absorption digestive des médicaments ARV</p>	<p>Observer au moins 4 h entre la prise ARV et les remèdes à base de <i>Cassia sieberiana</i>.</p>

<p><i>Chrysantellumamericanum L.</i> (ASTERACEAE) Nom usuel : Camomille d'or, herbe aux fleurs d'or Bambara/Dioula : dye-dye-seni Bissa : hi-lé, pi-lé Mooré : wal-touko, ko-anga</p>	<p>Le <i>Chrysantellumamericanum</i> augmente la vitesse de métabolisation des ARV</p>	<p>Eviter la prise simultanée et/ou consécutive de remèdes à base de <i>Chrysantellumamericanum</i> avec les médicaments ARV.</p>

Source : Direction de la promotion de la Médecine et de la Pharmacopée Traditionnelles

CHAPITRE VI :

**CHIMIOPROPHYLAXIE, DIAGNOSTIC ET
TRAITEMENT DES INFECTIONS
OPPORTUNISTES**

CHAPITRE VI : CHIMIOPROPHYLAXIE, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES INFECTIONS OPPORTUNISTES

6.1 La chimioprophylaxie

La chimioprophylaxie est une stratégie qui vise à utiliser des médicaments chez les PVVIH pour réduire l'apparition des infections opportunistes (prophylaxie primaire) ou la réapparition d'une infection antérieurement traitée et guérie (prophylaxie secondaire).

6.1.1 La prophylaxie primaire

Au Burkina Faso, la prophylaxie primaire des infections opportunistes (IO) vise trois maladies principales : la toxoplasmose, la pneumocystose et l'isosporose.

Le médicament de premier choix utilisé dans ces indications est le Cotrimoxazole (CTX). L'usage du CTX a aussi démontré son efficacité sur la prévention des diarrhées parasitaires, du paludisme, des pneumopathies bactériennes (pneumocoque).

En cas d'intolérance au CTX, la Dapsone est une alternative mais est d'une efficacité moindre que le CTX

Pour la prévention de la tuberculose, les enfants de 4 kg et plus, les adolescents et les adultes vivant avec le VIH qui ne sont pas atteints de tuberculose active doivent bénéficier d'un traitement préventif de la tuberculose (TPT).

6.1.1.1. CRITERES D'INITIATION DE LA PROPHYLAXIE PRIMAIRE AU COTRIMOXAZOLE

Les critères d'initiation de la prophylaxie primaire au cotrimoxazole des IO sont décrits dans le tableau ci-dessous.

Tableau 12: Critères d'initiation, molécules indiquées et niveau de soins pour l'application de la prévention primaire des infections opportunistes au CTX/Dapsone

Critères	Molécules		Niveaux de soins			
	1 ^{er} choix	Alternatif	CSPS/Cabinet de soins infirmier	CM, CMA/ Clinique	CHR/Polyc linique	CHU
Si CD4 non disponibles : - stade clinique 2, 3 ou 4 Si CD4 disponibles - stade clinique 1 ou 2 : CD4 < 350/mm ³ - stade clinique 3 ou 4 quel que soit le taux de CD4 - en cas de co-infction TB/VIH quel que soit le taux de CD4 durant le traitement antituberculeux.	Cotrimoxazole (CTX) 800/160 mg/j (en 1 prise)	Dapsone* 100 mg/j	+	+	+	+

*La Dapsone protège uniquement contre la pneumocystose.

6.1.1.2. LE TRAITEMENT PREVENTIF DE LA TUBERCULOSE (TPT)

Le traitement préventif de la TB chez les PVVIH a fait les preuves de son efficacité en termes de réduction de l'incidence de la tuberculose. Selon l'OMS, elle est recommandée chez la PVVIH qui ne présente pas de TB active.

Elle devrait être instaurée par le médecin ou infirmier traitant (dans le cadre de la délégation des tâches). Elle est instituée chez tous les patients non encore stabilisé par le traitement ARV préférentiellement chez ceux ayant un taux de CD4 inférieur à 350/ml ou un stade clinique 3 ou 4 de l'OMS). En fonction de la molécule utilisée, la durée du TPT variera.

Les options thérapeutiques suivantes sont recommandées pour traiter une ITL (Directives pour la PEC de l'infection tuberculeuse latente, OMS, 2019):

- 3 mois de rifapentine hebdomadaire plus isoniazide (3HP) ;
- 3 mois d'isoniazide quotidien plus rifampicine (3RH).
- 1 mois de rifapentine quotidienne plus isoniazide (1HP)
- 6 ou 9 mois d'isoniazide quotidien (6H) ;

Le schéma préférentiel est 3HP adulte et enfants de plus de 2 ans ; alternatif 1HP pour plus de 13 ans et 6H pour les enfants de moins de 2 ans

L'algorithme suivant permet de faire le dépistage de la tuberculose chez les personnes infectées par le VIH

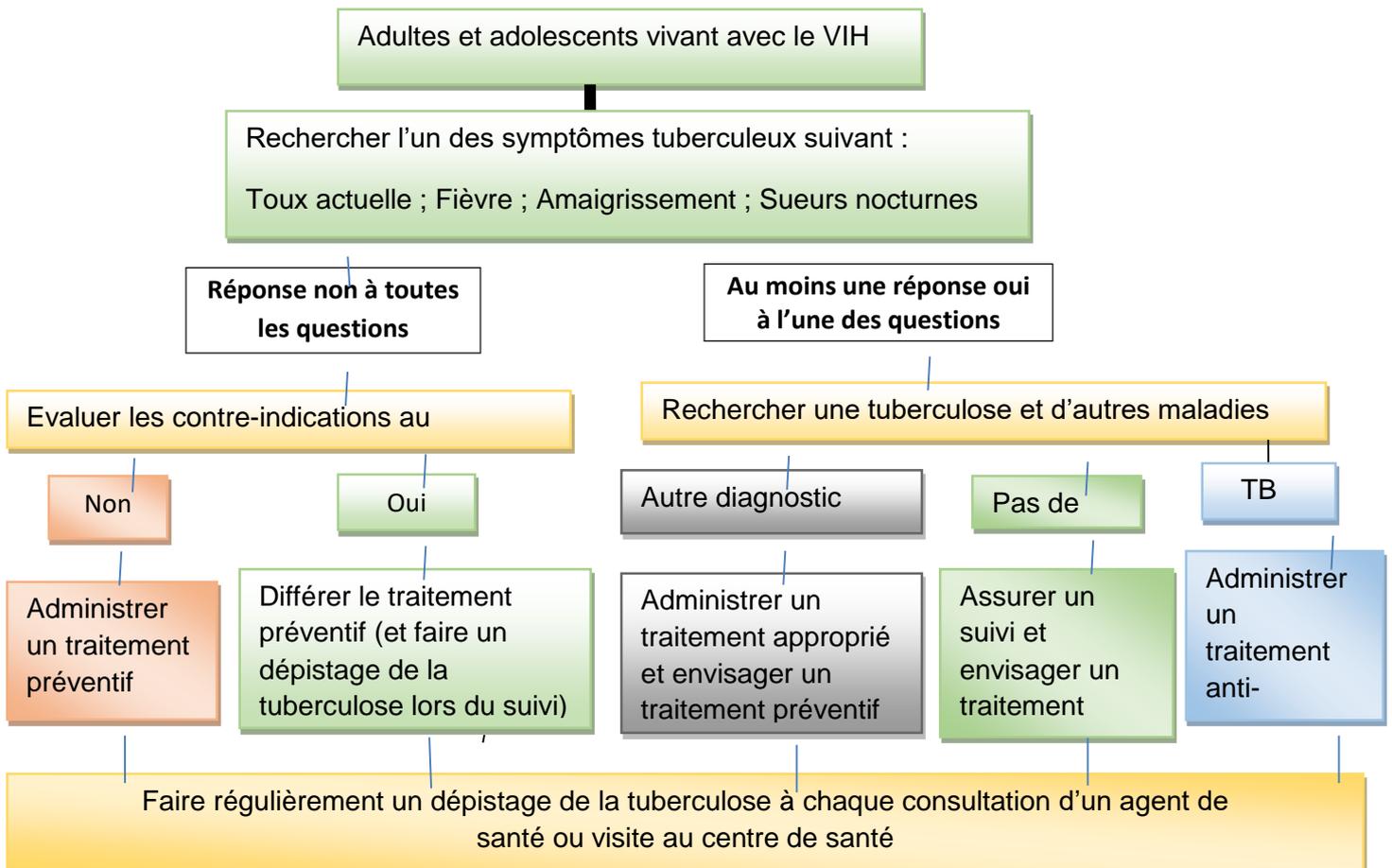


Figure 8 : Algorithme pour le dépistage de la tuberculose chez les adultes et les adolescents vivants avec le VIH

Les différents protocoles pour le TPT sont par ordre de préférence :

1. 3 mois de prise hebdomadaire de Rifapentine et Isoniazide (12 doses) (3HP)

Age 2-14 ans	10-15Kg	16-23Kg	24-30Kg	>31KG
Isoniazide 300 mg	1	1,5	2	2,5
Rifapentine 150mg	2	3	4	5
Age>14 ans	30-35Kg	36-45Kg	46-55Kg	>56KG
Isoniazide 300 mg	3	3	3	3
Rifapentine 150mg	6	6	6	6

2. 1 mois de prise journalière de Rifapentine et Isoniazide (28 doses) (1HP)

Age>13 ans quel que soit le poids
Isoniazide 300 mg/j soit 1comprime/j
Rifapentine 600mg/j soit 4 comprimés/j

3. 3 mois de prise journalière de Rifampicine et Isoniazide (3HR)

❖ Adultes et enfants de 25kg et plus

Médicament	Posologie selon le poids (en kilos)			
	25-39 kg	40-54 kg	55-70 kg	> 70 kg
RH 150/75 mg	2 cp	3 cp	4 cp	5 cp

❖ Enfants de moins de 5 ans

Médicament	Posologie selon le poids (en kilos)			
	4-7kg	8-11kg	12-15kg	16-24kg
RH 75/50 mg	1 cp	2 cp	3 cp	4 cp

NB : pour les enfants de moins de 4 kg (0 à 3 mois), il faut requérir l'avis d'un médecin (de préférence un pédiatre ou un pneumologue) pour les posologies à administrer.

4. 6 mois de prise journalière d'Isoniazide (6H)

Posologie selon le poids
10mg/Kg/j sans degasser 300 mg/j quelque soit le poids

6.1.1.3. Prophylaxie primaire au fluconazole

En cas de taux de CD4 inférieur à 100/mm, la prophylaxie au Fluconazole peut être initiée pour prévenir la cryptococcose à raison de 400mg/j (voir détails sur la conduite à tenir devant un cas VIH avancé).

6.1.2 La prophylaxie secondaire

Elle débute après le traitement et la guérison des infections considérées.

Tableau 13: Prophylaxie secondaire des infections opportunistes.

Indications	Traitement		Niveaux			
	1er choix	Alternatif	CSPS/ Cabinet de soins infirmiers	CM, CMA/Cli nique/ce ntres médicaux	CHR/ Poly- clinique	CHU /Hôp ital privé

				x des armées		
Episode antérieur de pneumocytose	CTX 800/160 mg/j	Dapsone : 100mg/j	-	+	+	+
Episode antérieur de toxoplasmose	Pyriméthamine 25 mg/j + sulfadiazine 2 g/j + acide folinique 25 mg x 3 /s ou Pyriméthamine 25 mg/j + clindamycine 600 mg x 2/j + acide folinique 25 mg x 3 /s	CTX : 800/160 mg/j	-	+	+	+
Episode antérieur de cryptococcose	Fluconazole 200-400 mg/j	Itraconazole : 200 mg/j	+	+	+	+
Lésions herpétiques Sévère (herpès génital géant invalidant chez un patient avec des lymphocytes CD4 < 100/mm³) ou fréquemment récidivantes (> 4 à 6 épisodes /an) ou chroniques	Acyclovir 400mg x 2/j	Valaciclovir: 500 mg x 2 /j	-	+	+	+
Episode antérieur d'Isosporose	CTX 800/160 mg/j		-	+	+	+

6.1.3 Durée de la prophylaxie au cotrimoxazole

Les critères d'arrêt de la prévention primaire et secondaire des infections opportunistes peuvent être décidés sur la base de la clinique, du taux de CD4 et de la charge virale.

- En cas de charge virale indétectable depuis au moins 6 mois et avec CD4 au-dessus de 350/mm³;
- En cas de stabilité des CD4 au-dessus de 350/mm³ après une période minimale de 6 mois;
- En cas de non disponibilité des CD4, elle doit être poursuivie sans interruption, jusqu'à l'obtention d'un résultat de CD4 ;
- Chez le nourrisson né d'une mère infectée par le VIH, jusqu'à la fin du risque de transmission et après exclusion d'une infection à VIH chez l'enfant;
- Chez le co-infecté TB/VIH, jusqu'à ce que les critères d'arrêt soient satisfaits.

6.1.4 Effets indésirables et toxicité au cotrimoxazole

Au cours des consultations de suivi il faut évaluer l'observance et rechercher les effets secondaires et la toxicité (cf. chapitre toxicité).

6.2 Diagnostic et traitement des infections opportunistes

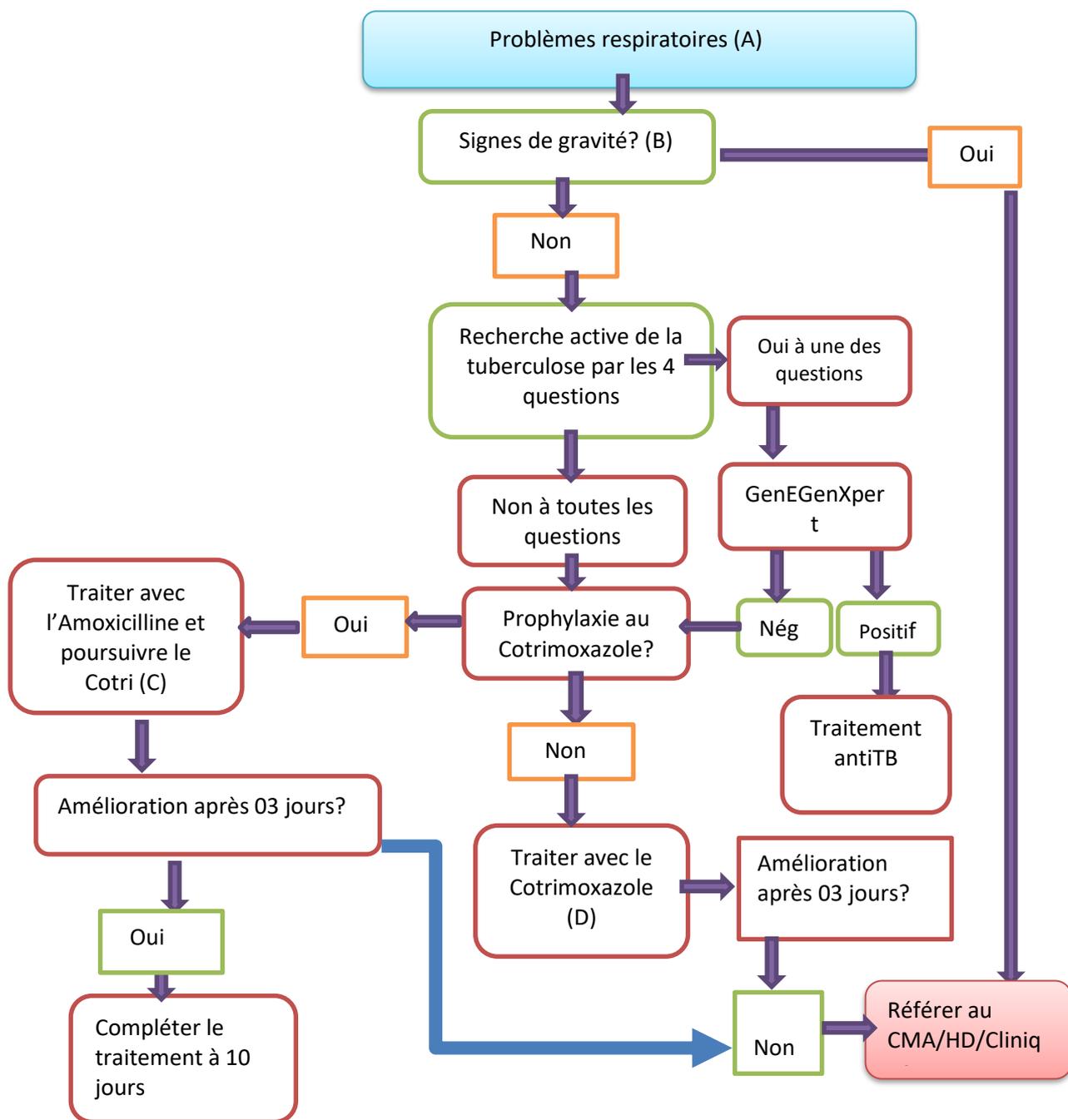
Les infections opportunistes doivent être systématiquement recherchées et traitées au cours des consultations. Le traitement des infections est une priorité avant la mise en route du traitement ARV.

En vue d'aider à la prise de décision, des arbres décisionnels ont été élaborés pour les principaux symptômes rencontrés chez les PVVIH. Ces arbres sont centrés sur les infections opportunistes et ils viennent en complément au guide de diagnostic et de traitement (GDT).

En outre, ne pas oublier d'évaluer l'état immunitaire (taux de CD4), virologique (charge virale) des patients et l'histoire thérapeutique (prophylaxie, CTX, ARV etc.)

La conduite à tenir varie selon le niveau de soins ; c'est-à-dire en fonction des capacités diagnostiques et de prise en charge disponible.

Dans tous les cas, une bonne anamnèse, suivi d'un examen clinique minutieux devrait être effectués par un personnel qualifié avant l'application de ces différents arbres décisionnels.



Annotation : (A): Toux persistante ou s'aggravant avec ou sans douleur thoracique ou dyspnée. (B): Signes d'insuffisance respiratoire (Dyspnée, cyanose, tachycardie > 120 pulsations/min) nécessitant une hospitalisation dans un centre équipé avec oxygène. Fièvre > 39°, Hémoptysie (C): Les infections bactériennes sont souvent en cause. Il semble justifié de traiter le pneumocoque avec Amoxicilline chez les patients déjà sous Cotrimoxazole. (D): Le Cotrimoxazole (CTX) est indiqué chez les patients sans prophylaxie au CTX du fait de son large spectre. (E): L'exclusion de la Tuberculose (TB) est une priorité.

NB: tenir compte du contexte et rechercher les signes évocateurs de l'infection à SRAS-CoV-2 (COVID 19)
Figure 9 Arbre décisionnel devant un problème respiratoire chez un sujet infecté par le VIH au CSPS

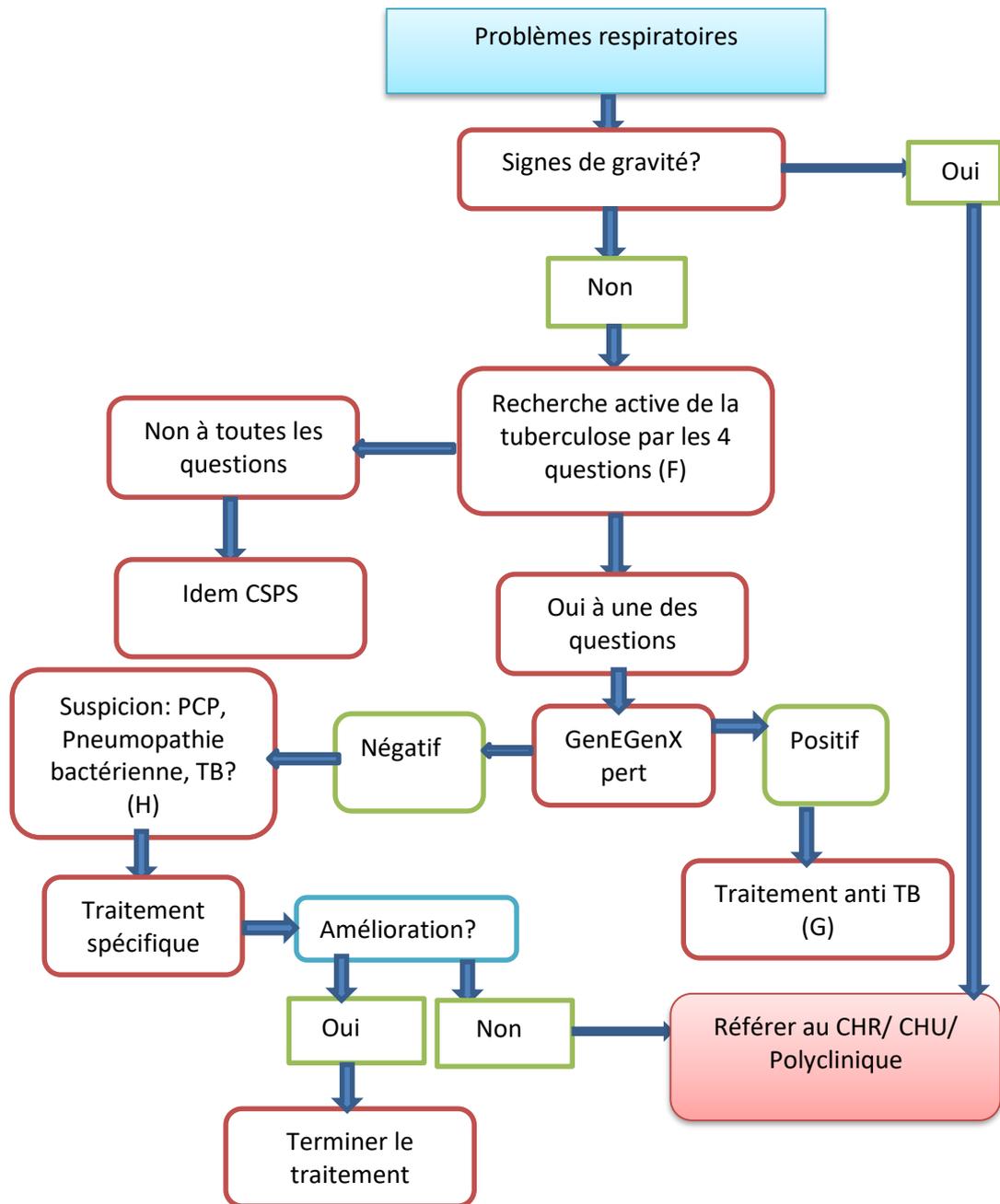


Figure 10 Arbre décisionnel devant un problème respiratoire chez un sujet infecté par le VIH au CMA/clinique

Annotation :

(F) Afin d'augmenter l'efficacité du laboratoire et de ne pas passer à côté d'une TB, il est important de respecter la qualité du crachat à collecter.

(G) Le traitement des patients bactériologiquement confirmés est une priorité.

(H) Après un traitement antibiotique sans succès, il est nécessaire d'introduire des moyens supplémentaires d'exploration. Considérez toujours une TB diagnostiquée cliniquement

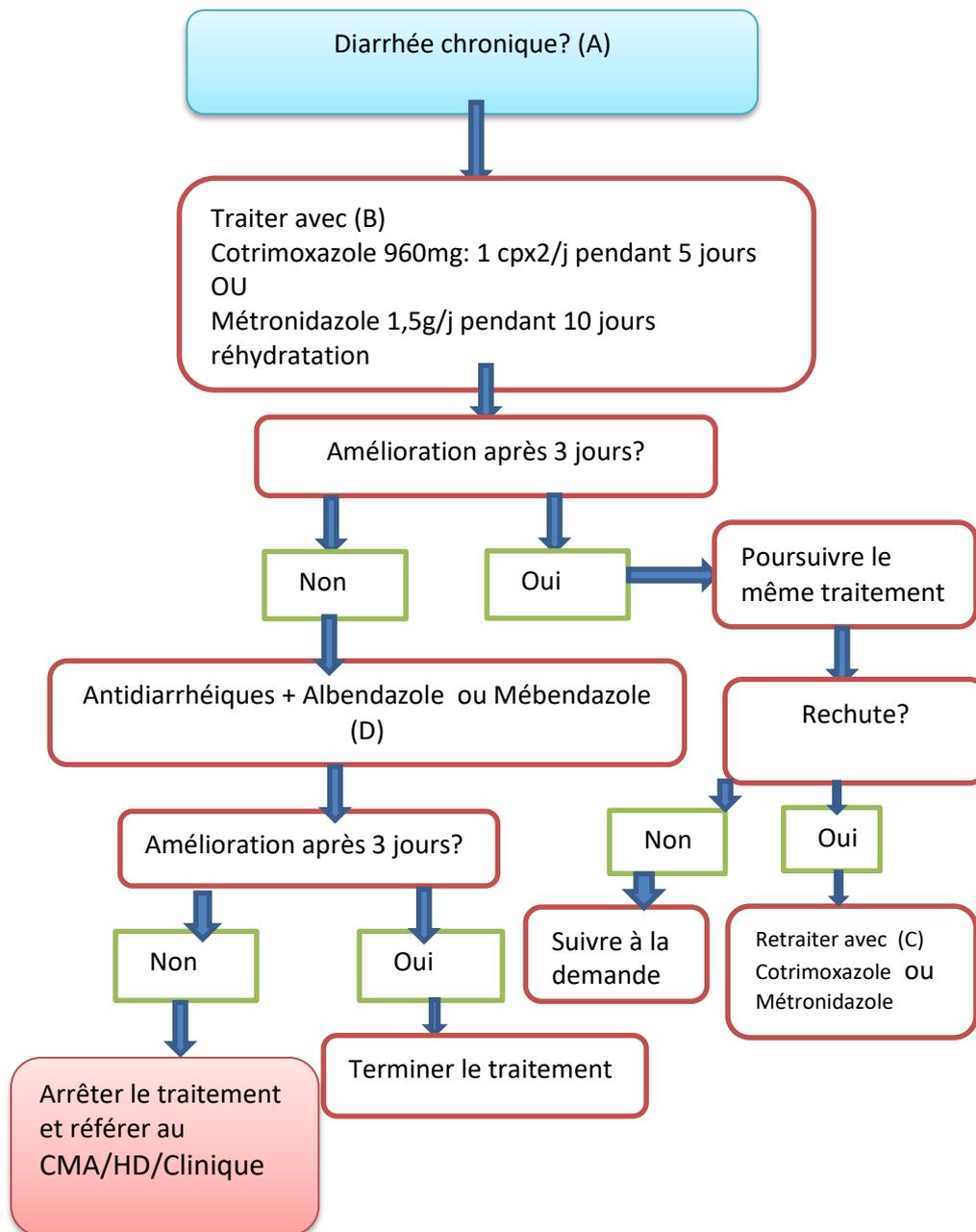


Figure 11 : Arbre décisionnel devant une diarrhée chronique chez un sujet infecté par le VIH au CSPS/cabinet de soins

Annotation :

(A): La diarrhée chronique chez le PVVIH est définie comme l'émission de selles liquides, au moins 3 fois par jour continue ou intermittente et durant au moins 1 mois.

(B): Tout épisode de diarrhée chez un PVVIH sera soumis durant au moins 5j au traitement empirique antibiotique, en association avec les sels de réhydratation orale. En l'absence de réponse, une cure de Métronidazole devient nécessaire. Les deux couvrant les germes banaux.

(C): Il est possible que le traitement initial soit très court, dans ce cas un traitement plus long de 3 semaines semble justifié,

(D): Exemple d'antidiarrhéiques : Lopéramide 4mg initialement, puis 2mg après chaque selles liquide sans dépasser 16 mg/j. La codéine phosphate est une alternative : 30 mg x 3 à 6/j. Les antidiarrhéiques sont contre-indiquées en cas de selles sanglantes. Pour les antihelminthes, on utilise le Mébendazole 100 mg x 3/ pdt 7j ; traitement partiellement efficace sur les anguillules. Ou, Albendazole 400mg/j pdt 3j.

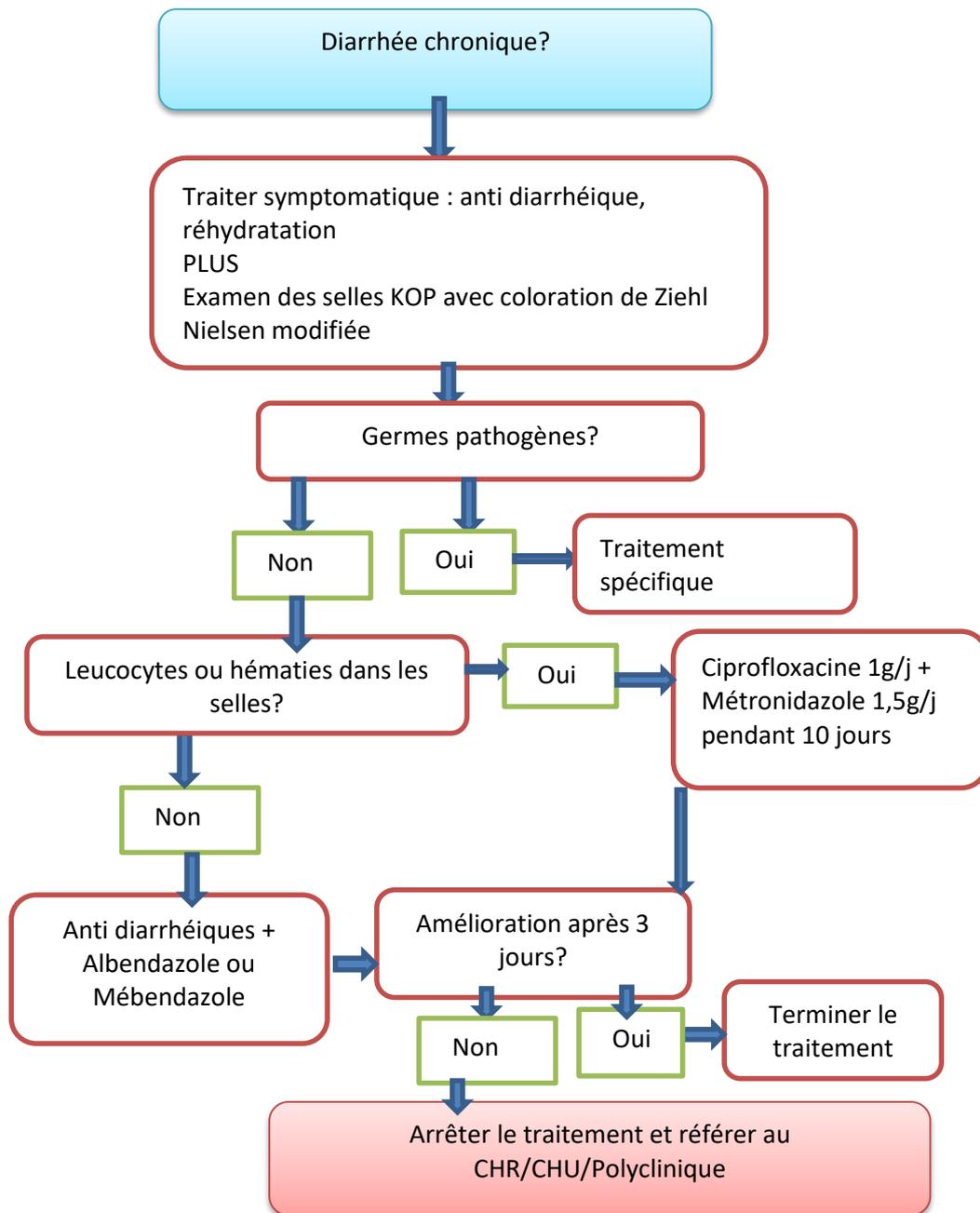


Figure 12 Arbre décisionnel devant une diarrhée chronique chez un sujet infecté par le VIH au CMA/Clinique.

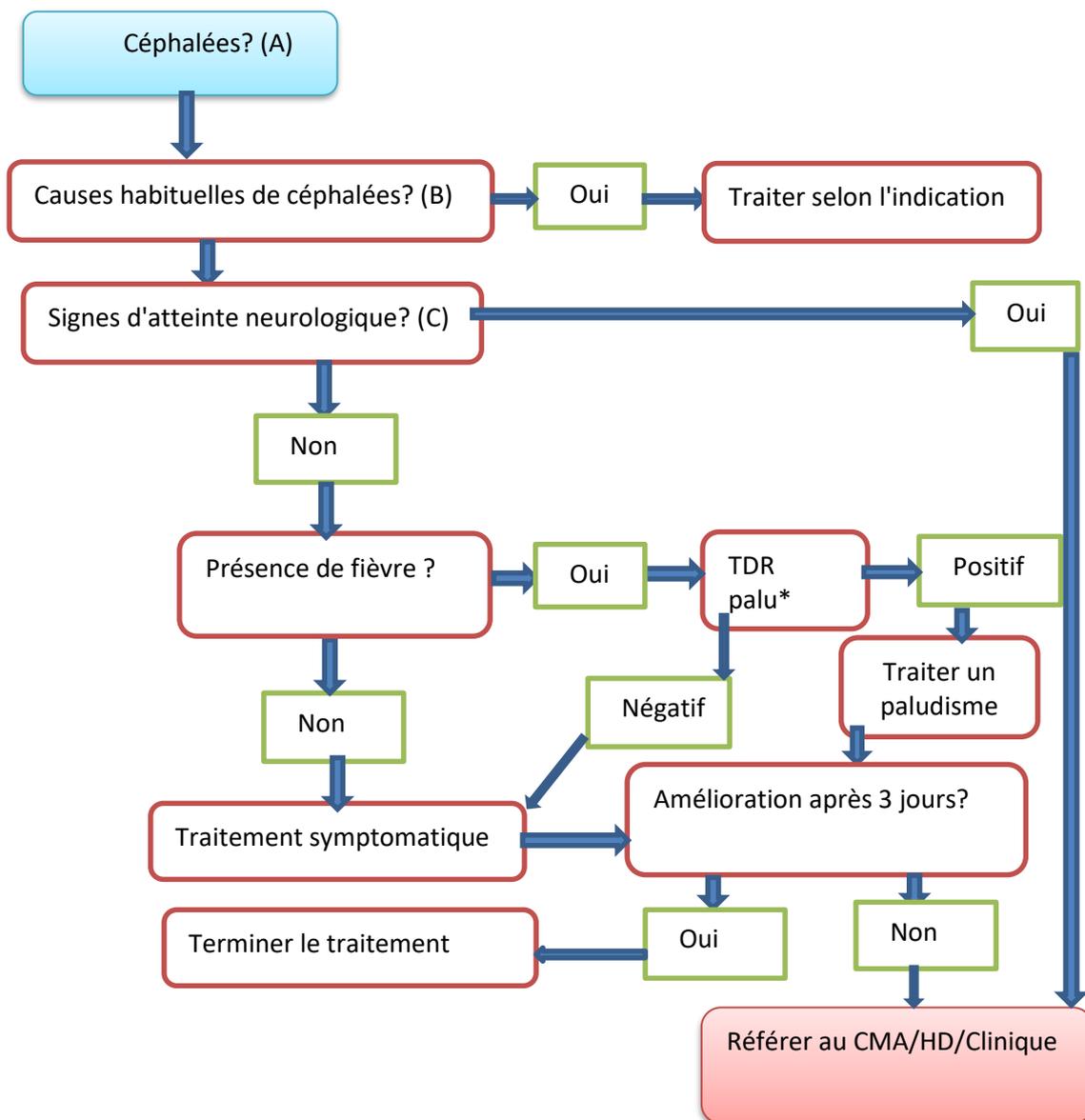


Figure 13 : Arbre décisionnel devant des céphalées chez un sujet infecté par le VIH au CSPS/cabinet de soins

*Penser à la Dengue (TDR Dengue)

Annotation :

(A) Céphalées souvent persistantes ou s'aggravant avec ou sans fièvre, répondant mal au traitement habituel.

(B) les causes habituelles de céphalées, liées (sinusites +), ou non (migraine, douleur dentaire, HTA, etc.) au VIH. Certaines maladies (paludisme, fièvre typhoïde ou fièvre jaune, etc.), doivent être identifiées et traitées.

(C) comportent Signe d'irritation neuro-méningée ou d'HIC : raideur cervicale, vomissements. Déficit neurologique focal : parésie, atteintes des paires crâniennes, ataxie, aphasie. Troubles du comportement : confusion mentale, baisse de l'attention.

(D) Traiter comme les personnes immunocompétentes en commençant par les antalgiques faibles tel le paracétamol et augmenter de niveau au besoin.

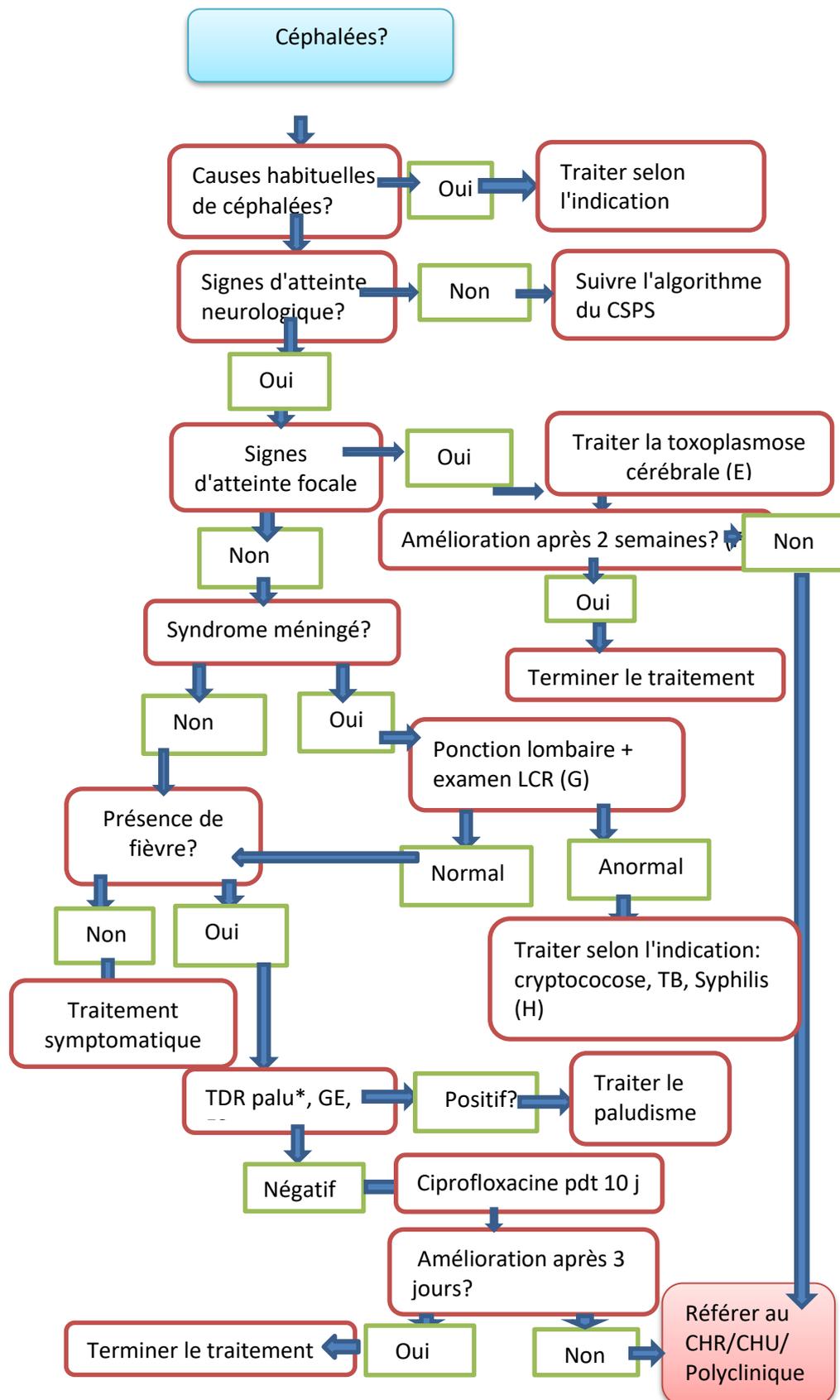


Figure 14 Arbre décisionnel devant des céphalées chez un sujet infecté par le VIH au CMA/Clinique

***Penser à la dengue (TDR**

Dengue)

(E)(H) : Confère traitement IO spécifique (F) : en cas de toxoplasmose, une bonne réponse clinique est obtenue au bout de deux semaines, faisant ainsi la preuve du diagnostic, (G) : L'étude du LCR doit comporter la cytologie, la bactériologie, TB LAM ou la recherche des BAAR et l'antigène cryptococcique ou a défaut la coloration à l'encre de chine afin de détecter tous les cas qui peuvent bénéficier d'un traitement au CMA.

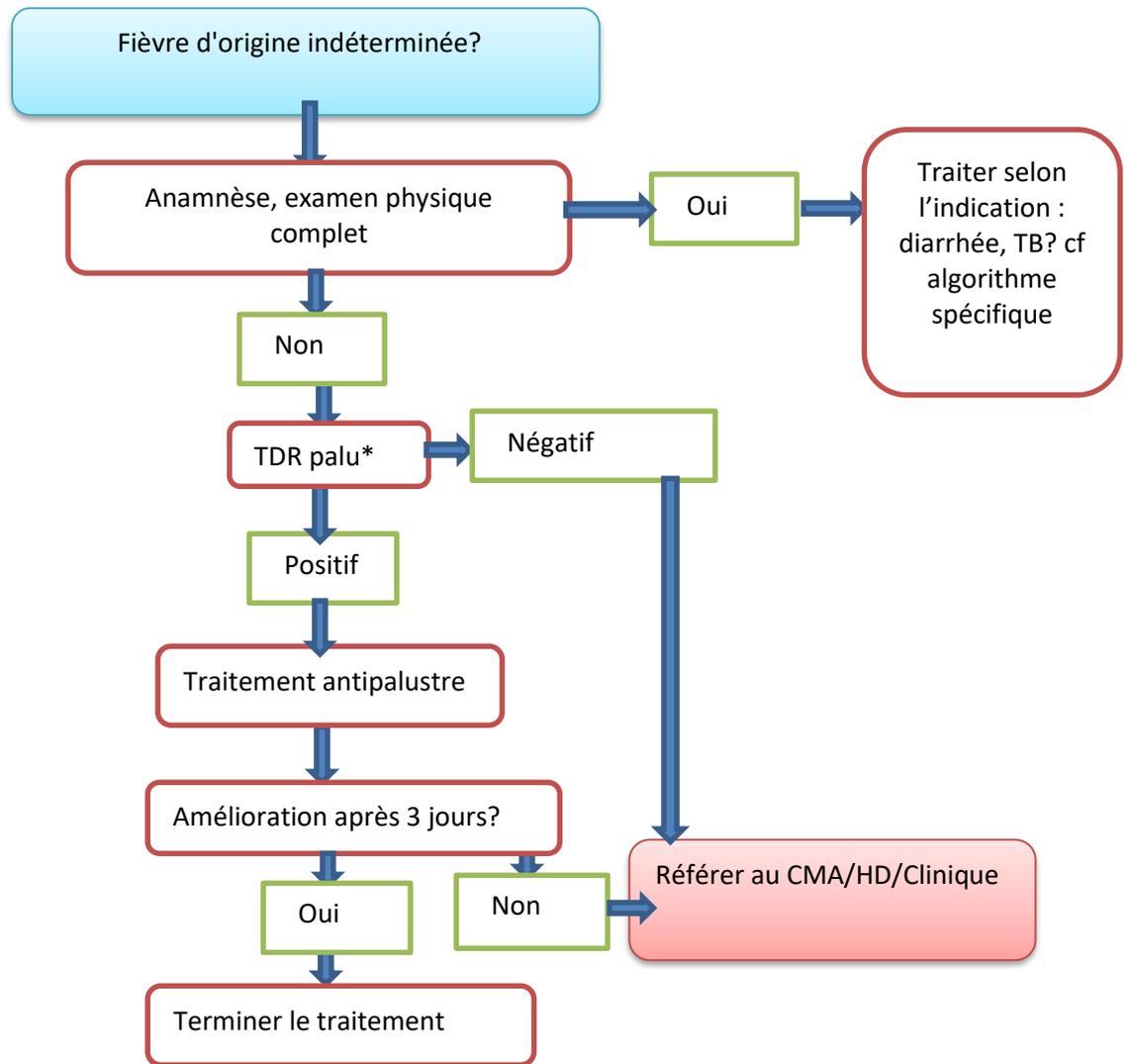


Figure 15 Arbre décisionnel devant une fièvre d'origine indéterminée au CSPS/cabinet de soins
 *Penser à la Dengue (TDR Dengue)

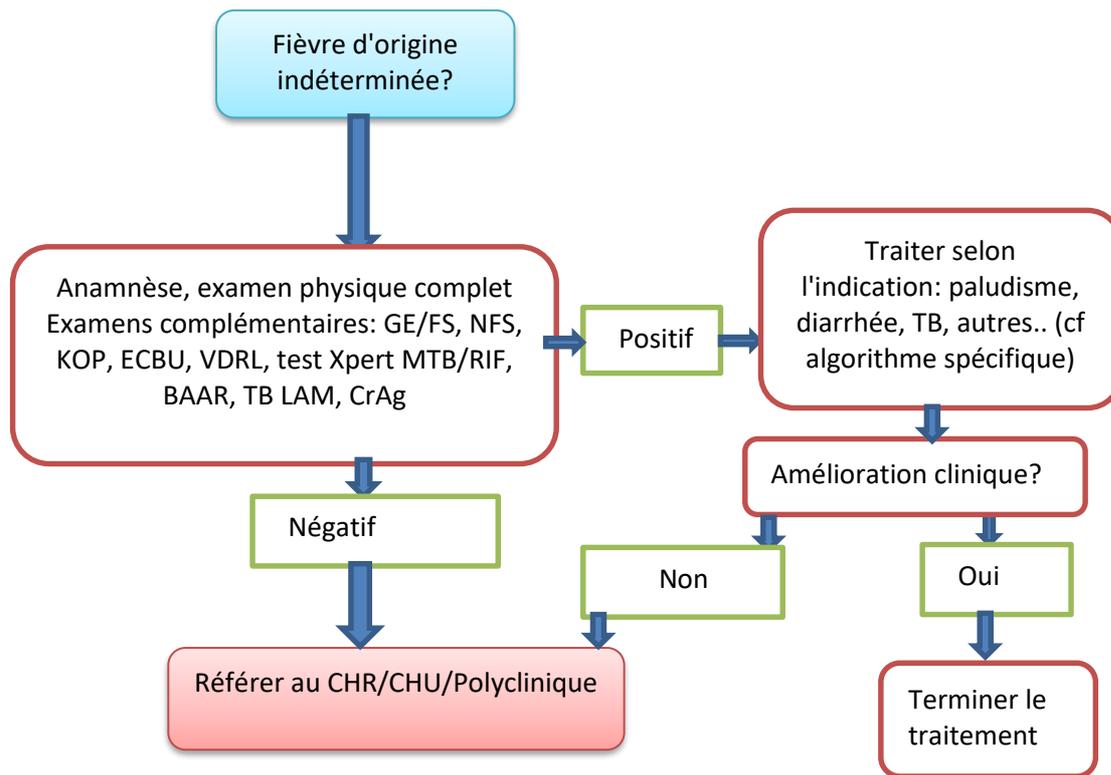
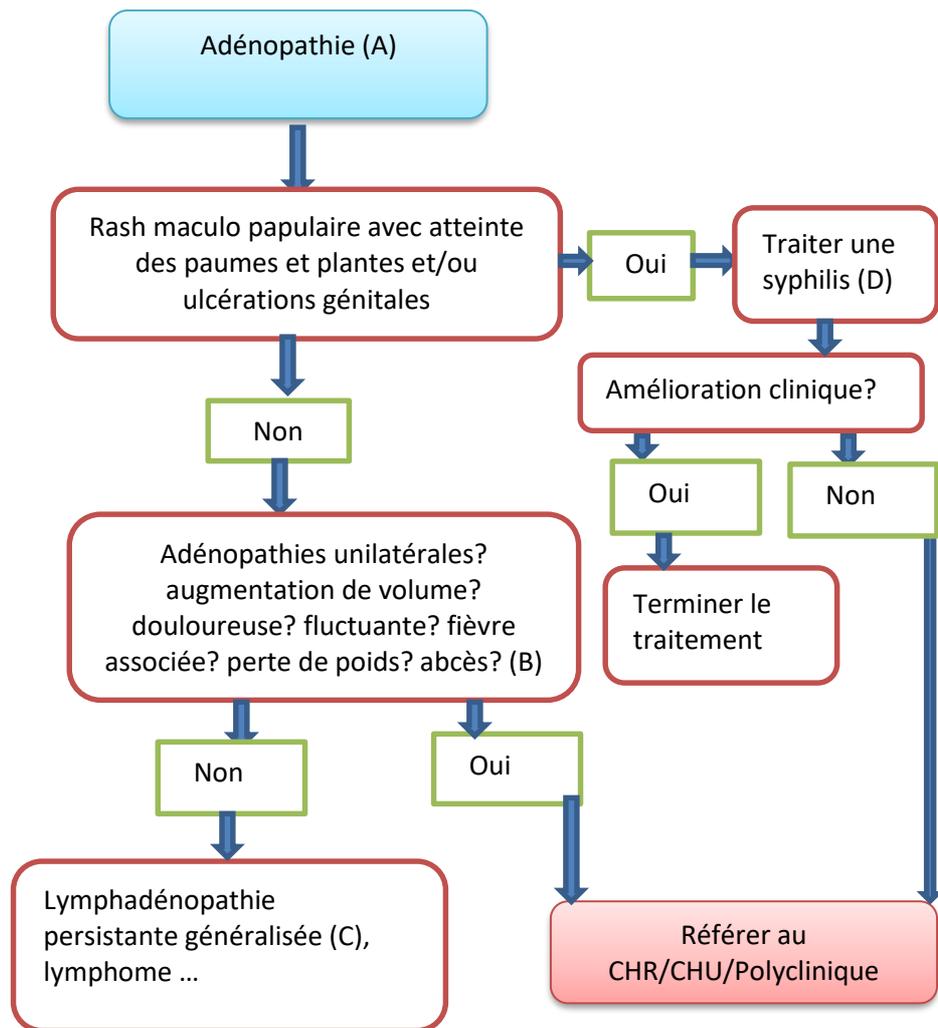


Figure 16 Arbre décisionnel devant une fièvre d'origine indéterminée au CMA/Clinique



Annotation :

(A): Symptômes suggérant une syphilis secondaire.

(B): Tous les agents doivent caractériser correctement la lésion afin d'identifier tout besoin de référence.

(C): Pas besoin d'investigation, ni de traitement spécifique. Le patient doit être simplement rassuré.

(D): Traitement de la syphilis primaire et secondaire est identique à celui chez le patient immunocompétent : dose unique de Benzathine pénicilline 2,4MU en IM. En cas d'allergie à la pénicilline, Doxycycline 100 mg x 2/jr pendant 21 jours ou Ceftriaxone 2g IM/IV pour 14 jours.

Monitoring des VDRL à M3, M, M12 et M24.

Figure 17 Arbre décisionnel devant une adénopathie

Tableau 14 : Diagnostic et traitement des infections et affections opportunistes chez l'adulte infecté par le VIH.
(TB confère chapitres co-infections et comorbidités)

Infections/ Affections	Signes cliniques cardinaux	Diagnostics	Traitement	Niveau de PEC
Pneumonie à <i>Pneumocystis jiroveci</i> (PCP)	Dyspnée surtout expiratoire et/ou toux sèche, fièvre	Lavage broncho alvéolaire, coloration au GIEMSA Radiographie pulmonaire LDH TDM/IRM	Traitement de 1er choix : - CTX cp 800/160 mg: 6 cp/j en 3 prises, pdt 21j ou - CTX inj. : 25/5 mg/kg en perfusion toutes les 8 heures (sans dépasser 12 ampoules/j) Prendre le relais avec la voie orale dès que possible Alternative : Atovaquone suspension buvable : 750 mg x 2/j, pdt 21 jours En cas de dyspnée sévère : Une corticothérapie est recommandée	CM** HD/CMA/Clinique** CHR** CHU/Polyclinique**
Leishmaniose cutanée diffuse	Lésions nodulaires ulcérées	Frottis pour examen parasitologique Examen anatomopathologique	Molécule: antimoniate de méglumine Posologie: J1 = 15 mg/Kg J2 = 30 mg/Kg J3 = 45 mg/kg J4 à J30 = 60 mg/Kg 3 cures espacées de 2 semaines chacune. Surveillance: Clinique: évolution des lésions cutanées Biologique: les transaminases hépatiques (GOT/GPT) ; la créatininémie ; NFS ;ECG.	CM** HD/CMA/Clinique** CHR** CHU/Polyclinique**

Infections/ Affections	Signes cliniques cardinaux	Diagnostics	Traitement	Niveau de PEC
Salmonellose mineure	Fièvre Diarrhée traînante Céphalée	Coproculture Hémoculture	Traitement de 1er choix : Ciprofloxacine cp 500mg : 500 mg x 2/j, pdt 14-21 jours ou CTX cp 800/160 mg: 2 cp/j pdt 3 semaines Alternative : Ceftriaxone inj.: 2 g/j en perfusion pdt 5-10 jours	HD/CMA/Clinique** CHR** CHU/Polyclinique** CSPS** CM**
Toxoplasmose cérébrale	Hémiplégie Fièvre Céphalée	Tomodensitométrie (TDM)	Traitement de 1er choix : Pyriméthamine cp : 100 mg en dose de charge à J1 puis 1 mg/kg/j, soit 50 à 75 mg/j + Sulfadiazine cp: 4 à 6 g/j en 3 prises + Acide folinique cp: 25 mg/j, pdt 6 semaines. Alternative : - Pyriméthamine cp : 100 mg en dose de charge à J1 puis 1 mg/kg/j, soit 50 à 75 mg/j + Clindamycine cp: 600 mg x 4/j + Acide folinique cp: 25 mg/j pdt 6 semaines ou - CTX 800/ 160 mg cp : 6 cp/j en 3 prises pdt 6 semaines. ou - CTX inj. : 25/5 mg/kg en perfusion toutes les 8 heures (sans dépasser 12 ampoules/j) Prendre le relais avec la voie orale dès que possible ou	HD/CMA/Clinique** CHR** CHU/Polyclinique**

			- Atovaquone suspension buvable : 1 500 mg × 2/j	
--	--	--	--	--

Infections/ Affections	Signes cliniques cardinaux	Diagnostics	Traitement	Niveau de PEC
Cryptococcose neuro-méningée	Céphalées Syndrome méningé Fièvre	Antigène cryptococcique LCR: coloration à l'encre de chine	Traitement de 1er choix : Amphotéricine B inj : 0,7 à 1 mg/kg/j en IV seule, ou avec la 5-Fluorocytosine 150mg/kg/j en IV ou PO en 3-4 prises pendant 14 j Ponction lombaire soustractive ou de décharge Selon la pression intracrânienne (mesurée en décubitus latéral) : <ul style="list-style-type: none"> • < 20 cmH2O • 20-35 cmH2O : PL 2 fois/semaine de 20 à 30 cc jusqu'à une pression stable et <200 cmH2Om d'eau • > 350 cmH2O : PL quotidienne de 25 – 30 cc jusqu'à une pression stable et < 20 cmH2O ou diminution de plus de 50% de la pression initiale. Alternative : Fluconazole : 800 mg/j pendant 14j (PO ou IV) ; Puis relais par Fluconazole 400 mg/j PO pendant 4 à 6 semaines.	HD/CMA/Clinique** CHR** CHU/Polyclinique**
Isosporose	Diarrhée chronique+ fièvre	Examen parasitologique des Selles (recherche d' <i>Isospora belli</i>)	Traitement de premier choix : CTX cp : 800/160 mg x 4 /j pdt 10 jours Traitement symptomatique : réhydratation, anti-diarrhéiques, etc.. Alternative :	CSPS** CM** HD/CMA/Clinique** CHR** CHU/Polyclinique**

			Ciprofloxacine cp : 500 mg x 2 /j pdt 7 jours	
Cryptosporidiose	Diarrhée chronique	Examen parasitologique des selles avec coloration de Zielh Nielsen modifié Biopsie intestinale pour Examen anatomopathologique	Pas de traitement étiologique - Traitement symptomatique : réhydratation, anti-diarrhéiques, etc.. - initier le TARV	HD/CMA/Clinique** CHR** CHU/Polyclinique**
Infection à cytomégalovirus (rétinite,	- Baisse de l'acuité visuelle - Encéphalite - Diarrhée chronique	- fond d'œil - endoscopie - biopsie pour examen anatomopathologique	Traitement de 1er choix : Ganciclovir inj. : 10 mg/kg/j en 2 perfusions pdt 21j si rétinite : Valganciclovir cp : 2 cp x 2/j pdt 21 jours Alternative : Foscarnetinj : 180mg/kg/j en 2 perfusions lentes, avec hydratation concomitante par NaCl isotonique.	HD/CMA/Clinique** CHR** CHU/Polyclinique**

Infections/ Affections	Signes cliniques cardinaux	Diagnostics	Traitement	Niveau de PEC
Encéphalite à herpès virus	Troubles neurologiques	PCR du LCR	Traitement de 1er choix : Aciclovir inj: 15mg/kg/j en IVL (soit toutes les 8 heures) pdt 15 jours	HD/CMA/Clinique** CHR** CHU/Polyclinique**
Herpès (cutaneo-muqueux extensif)	Exulcération extensive	Clinique essentiellement PCR ou Examen anatomopathologique	Traitement de 1er choix : Aciclovir inj : 15mg/kg/j pdt 7 à 10 jours Aciclovir cp : 30 mg/Kg/j en 3 prises pdt 7 à 10 j. Alternative : Valaciclovir cp: 500 mg x 2 pdt 7 à 10 jours	HD/CMA/Clinique** CHR** CHU/Polyclinique**
Zona (cutané)	Eruption vésiculeuse métamérique	Clinique	Traitement de 1er choix : Aciclovir inj: 10 à 15mg/kg toute toutes les 8 heures pdt 8 à 10 jours en IV,	CSPS** CM** HD/CMA/Clinique**

			Alternative : Valaciclovir cp : 1000 mg x 3/J, pdt 7 jours	CHR** CHU/Polyclinique**
Zona (ophtalmique, Multi métamérique)	Eruption vésiculeuse localisée dans la région oculaire ou zona touchant plusieurs métamères	Clinique	Traitement de 1er choix : Aciclovir inj: 10 à 15 mg/Kg toutes les 8 heures/j. en IVL pdt 10 jours, Alternative : Valaciclovir cp: 1000 mg x 3, pdt 7 jours Ou Famciclovir 500mgx3/J pendant 7 jours	CHR** CHU/Polyclinique**
Candidose Oropharyngée	Enduit, dépôt blanchâtre sur fond érythémateux se décollant avec l'abaisse langue au niveau de la muqueuse vaginale ou buccale	Clinique	Traitement de 1er choix (local) : Fluconazole gelule : 100-200 mg/j pdt 5-10 j.	CSPS** CM** HD/CMA/Clinique** CHR** CHU/Polyclinique**

Infections/ Affections	Signes cliniques cardinaux	Diagnostics	Traitement	Niveau de PEC
Candidose oesophagienne	Muguet buccal + Dysphagie (douleur à la déglutition)	Clinique Endoscopique Mycologique	Traitement de 1er choix : Fluconazole gélule : 100 à 200 mg/j pdt 10 j. Alternative : Kétoconazole cp: 200 à 400 mg/j pdt 10 à 14 j.	HD/CMA/Clinique** CHR** CHU/Polyclinique**
Candidose vaginale	Pertes blanchâtres, aspect lait caillé inodores, prurit vulvo-vaginal, dyspareunie	Clinique PV Clinique	Vaginal : Nystatine ovule : 200.000 UI 1 /j au coucher pdt 14j. Fluconazole gelule : 150-200 mg/j pdt 5-10 j	CSPS** CM** HD/CMA/Clinique** CHR** CHU/Polyclinique**
Maladie de Kaposi	Lésions nodulaires cutanées ou	Clinique Endoscopie Ophtalmologie	Antimitotiques : Doxorubicine liposomale pegylee : 20mg/m2 tous les 21 jours pendant 6 cycles ou	CHU/Polyclinique**

	muqueuses indurées violines	Examen anatomopathologique	Bléomycine : 15 mg IM chaque 2 semaines. +/- vincristine +/- anthracycline - Traitement symptomatique - initier le TARV	
Lymphomes malins non hodgkiniens	Hématopoïétique ou viscéral, atteinte neurologique centrale + déficit moteur et fièvre	Examen anatomopathologique Echographie	Polychimiothérapie (CHOP, MBACOD)	CHU/Polyclinique**
Néphropathies liées au VIH	Syndrome néphrotique	Biologie Biopsie rénale pour examen anatomopathologique	Traitement de 1er choix : Traitement par les ARV Hémodialyse en cas d'insuffisance rénale sévère ou totale Alternative : Corticothérapie (Syndrome néphrotique)	CHU/Polyclinique**
Infections/ Affections	Signes cliniques cardinaux	Diagnostics	Traitement	Niveau de PEC
Molluscum contagiosum	Papules non prurigineuses à ombilication centrale affectant le visage, le cou et les régions ano- génitales	Clinique anatomopathologique	Traitement : Azote liquide ou curetage mais le taux de récidive est élevé - initier le TARV	HD/CMA/Clinique** CHR** CHU/Polyclinique**
Onycho-mycose (mycose des ongles)	Dystrophie unguéale diffuse	Clinique Examen mycologique	Traitement : Griséofulvine cp : 0,5g à 1g /j pdt 4 à 12 mois Ou Terbinafine : 1 cp/j pdt 6 semaines à 3 mois	CSPS** CM** HD/CMA/Clinique** CHR** CHU/Polyclinique**
Dermatite séborrhéique	Desquamation grasse généralisée avec squames (pellicules) excessifs sur le cuir	Clinique	Traitement : Shampooing au sulfure de sélénium Ou Miconazole 2% pommade Ou/et	CSPS** CM** HD/CMA/Clinique** CHR** CHU/Polyclinique**

	chevelu, le visage et la poitrine		Dermocorticoïde (Hydrocortisone 1% crème)	
Prurigo	Prurit Lésions papuleuses, papulo-excoriées, cicatricielles,	Clinique	Traitement : Desloratadine Vaseline salicylé 2-5 % : 1 application 2 fois par jour Et/ou Crotamiton pommade: 1 application 2 fois par jour Et/ou Bufexamac pommade: 1 application 2 fois par jour	CSPS** CM** HD/CMA/Clinique** CHR** CHU/Polyclinique**
Cancer du col de l'utérus	Métrorragies Leucorrhées Douleurs pelviennes	Frottis cervico vaginal pour anatomopathologie Recherche HPV par la méthode PCR	Chirurgie (conisation...) Chimiothérapie	CHR** CHU/Polyclinique**

* : suivi du traitement ** : diagnostic et suivi du traitement

6.3 Prise en charge du « VIH AVANCE »

6.3.1 Généralités sur le « VIH avancé »

Grace à l'expansion rapide des traitements antirétroviraux à l'échelle mondiale à partir du début des années 2000, le taux de mortalité du VIH a chuté de plus de 40% au cours des dix années qui ont suivies, puis le rythme de ce déclin a commencé à ralentir. L'objectif de ce chapitre est de contribuer à réduire la mortalité. Des études ont montré deux nouvelles tendances

- Une proportion constante de patients présente encore une immunosuppression avancée avec un taux de cd4 < 200 et beaucoup <100 malgré l'expansion des ARV.
- Une proportion croissante de ces personnes a déjà suivi un traitement arv avec un ou plusieurs épisodes d'interruption de traitement ou est actuellement sous régime antirétroviral mais en échec de traitement.

Les principales causes de décès sont la tuberculose, disséminée pour la plupart, la méningite à cryptocoque, et les infections bactériennes sévères. Les autres facteurs importants de mortalité sont la toxoplasmose, la maladie de Kaposi, la diarrhée chronique et l'insuffisance rénale.

Ceci a mené à un changement de terminologie, de sorte que le terme précédent de "présentateur tardif" est dorénavant remplacé par "les patients présentant un stade VIH avance".

6.3.2 Définition du « VIH avancé »

Pour les adultes et les adolescents et les enfants de plus de cinq ans, l'infection à VIH à un stade avancé ou « VIH avancé » est définie comme un nombre de cellules cd4 < 200 cellules / mm³ ou un évènement de stade 3 ou 4 de l'OMS.

Tous les enfants de moins de cinq ans séropositifs sont considérés comme ayant une infection à VIH avancé.

6.3.3 Conduite à tenir devant un cas VIH avancé

Un ensemble d'interventions comprenant le dépistage, le traitement et/ou la prophylaxie des infections opportunistes majeures, l'initiation rapide du TAR et les interventions de soutien intensifié à l'observance doivent être proposés à toute personne présentant une infection à VIH avancée.

Le cadre ici-bas précisent la CAT devant un cas VIH avancé

Cadre 3 : Conduite à tenir devant un cas « VIH avancé »

Définition d'un patient COMPLIQUEE

- 1 ou plusieurs signes de gravite
- Suspicion clinique de toute nouvelle maladie de stade 4 ou de TB (y compris TBP)
- IRIS: TB ou IRIS a cryptocoque
- CrAg sanguin positif
- Réaction indésirable a un médicament nécessitant une PEC continue
- Sortie d'hôpital au cours des 3 derniers mois
- Enceinte
- Affections comorbides nécessitant un suivi fréquent (par ex : diabète, hypertension instable, épilepsie, insuffisance rénale ou hépatique)
- Problèmes de santé mentale ou de dépendance

Définition d'un patient NON COMPLIQUÉ : CD4 < 200 mais bon état général par ailleurs

	NON COMPLIQUE	COMPLIQUE
TARV-naïf ou sous TARV < 6 mois	<p>NON COMPLIQUEE+TARV-NAIF ou ART < 6 mois</p> <p>Ensemble de soins Gestion du TARV</p> <ul style="list-style-type: none"> -Si aucun antécédent de TARV, commencer immédiatement -Si abandon de TARV, commencer une TARV de 1ere ligne -Vérifier la CV après 6 mois de TARV en continu <p>Suivi médical</p> <ul style="list-style-type: none"> -Après 2 semaines puis mensuel - Soins possibles par une infirmière expérimentée 	<p>COMPLIQUE + TARV-NAIF ou ART < 6 mois</p> <p>Ensemble de soins pour patient compliqué (figure 17) Gestion du TARV</p> <ul style="list-style-type: none"> -Si aucun antécédent de TARV, commencer immédiatement -Si abandon de TARV, commencer une TARV de 1ere ligne -Vérifier la CV après 6 mois de TARV en continu <p>Suivi médical</p> <ul style="list-style-type: none"> -Après 1-2 semaines puis toutes les 2-4 semaines - Soins par un clinicien ou MD expérimenté
TARV ≥ 6 mois (TARV en cours ou interrompu)	<p>NON COMPLIQUE+TOTAL ARV ≥ 6 mois</p> <p>Ensemble de soins Gestion du TARV (figure 16) Suivi médical</p> <ul style="list-style-type: none"> -Après 2 semaines puis mensuel - Soins possibles par une infirmière expérimentée - CV et gestion TARV en accord avec la figure 16 	<p>COMPLIQUE + TARV-NAIF ou ART ≥ 6 mois</p> <p>Ensemble de soins pour patient compliqué (figure 17) Gestion du TARV (figure 16) Suivi médical</p> <ul style="list-style-type: none"> -Après 1-2 semaines puis toutes les 2-4 semaines - Soins par un clinicien ou MD expérimenté - CV et gestion TARV en accord avec figure 16

Tous les patients ont besoin des programmes suivants de prophylaxie et de soutien aux patients et à la communauté :

Prophylaxie

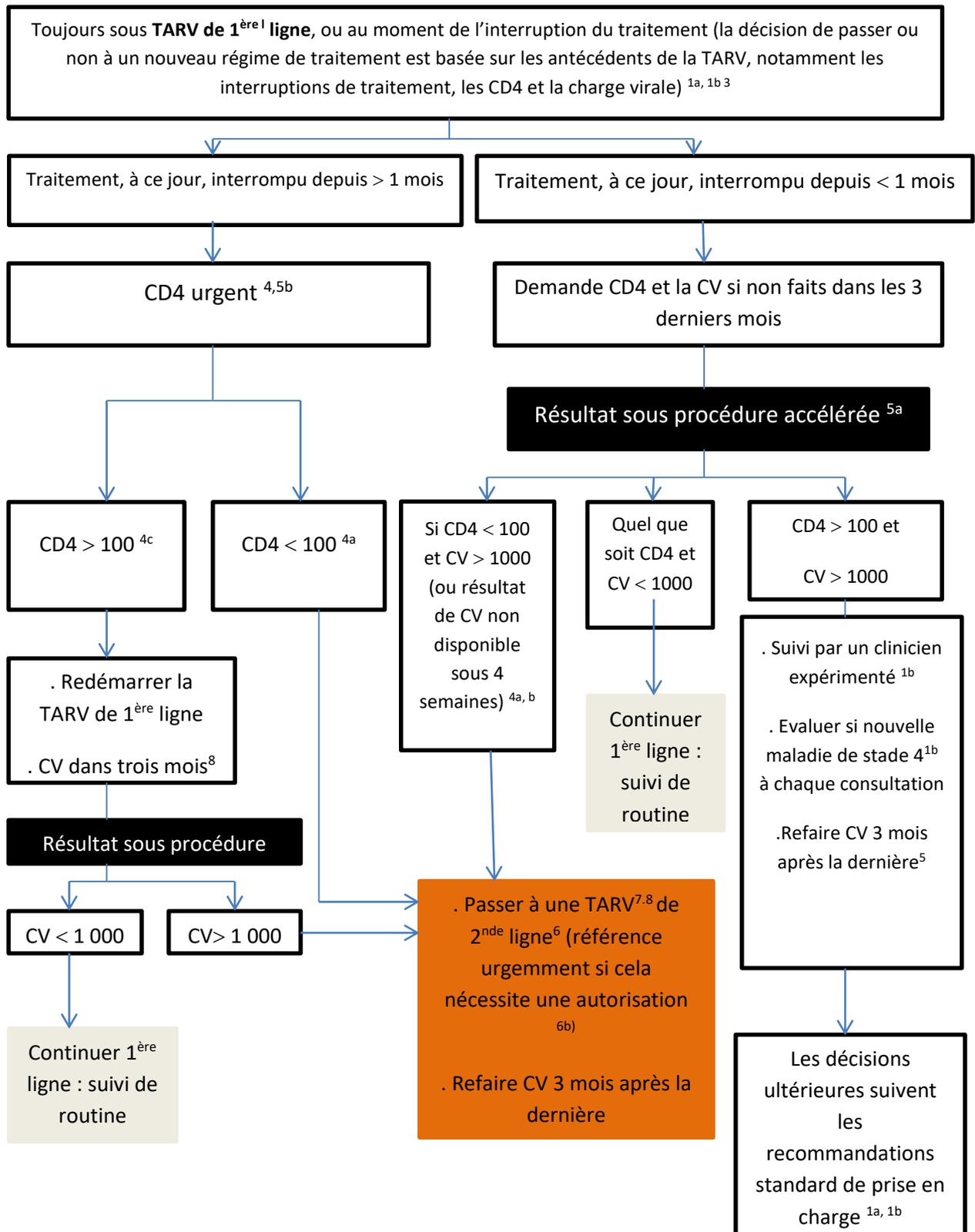
- Cotrimoxazole
- INH/B6 si patient n'est pas sous antiTB; si sous antiTB commencer à la fin du traitement TB
- Fluconazole si CrAg sanguin positif, si CrAg indisponible et prophylaxie secondaire pour les patients atteints de méningite a cryptocoque

Mesures de soutien

- Soutien à l'adhérence du TARV
- Recherche par un agent communautaire si RDV manque du patient
- Enseigner les signes de gravite aux patients et à la famille et quand/comment accéder aux soins en cas de problème

Figure 18 : Algorithme de gestion du traitement ARV chez les patients de stade VIH avancé
Prise en charge des patients avec maladie VIH avancé, total TARV > 6 mois, PAS de nouvelle maladie de stade 4

Si présence d'un échec de traitement selon les critères de l'OMS, passer à un régime de TARV de deuxième ligne immédiatement.



Notes pour la figure 18

1. Les patients présentant une maladie avancée ont un risque élevé de mortalité et morbidité.

a. Une décision peut être prise pour passer à une TARV de deuxième ligne en dehors des lignes directrices standard. Cette décision sera guidée :

- Si le patient est actuellement sous TARV ou s'il l'a interrompu (voir aussi note 3).
- CD4 <100 indique un risque élevé de développer une IO fatale ; nécessite d'une décision urgente.
- La disponibilité d'un examen de CV pour confirmer l'échec du traitement.

b. S'il existe déjà une base claire pour diagnostiquer un échec thérapeutique selon les critères de l'OMS (virologiques, cliniques ou immunologiques), le TARV doit être immédiatement modifié. Noter qu'une nouvelle maladie de stade 4 est un critère d'échec clinique.

2. Le temps total sous TARV. Plus un régime fondé sur les INNTI est long, plus les erreurs conduisant au développement d'une résistance sont grandes. Inversement, il est très improbable que la résistance se développe en moins de six mois d'exposition totale au traitement antirétroviral.

3. TARV-naïf ou TARV antérieure. Étant donné que les patients présentant une maladie avancée sont de plus en plus nombreux à avoir déjà utilisé un TARV, il est important de prendre consciencieusement et avec rigueur les antécédents de la TARV, en remontant à plusieurs années parfois, pour établir les critères mentionnés au point 2 ci-dessus.

4. L'urgence avec laquelle la décision de modifier le traitement doit être prise est liée au taux de CD4.

- a) Si CD4 est <100 : le risque de développer une IO fatale dans les prochains mois est élevé. Retarder le changement de traitement pendant trois mois pour des séances d'adhérence et de suivis de charge virale peut s'avérer fatal. Un changement empirique rapide peut être indiqué.
- b) Si CD4<100 et qu'il y a un délai de plus de 4 semaines pour obtenir un résultat de CV (y compris ne pas avoir du tout de CV), un risque de développer une IO fatale est possible. Par conséquent, modifier le traitement de façon empirique.
- c) Si CD4>100 : on dispose de plus de temps pour mettre en place un nouveau traitement médicamenteux de première intention afin de déterminer s'il y a effectivement une résistance. Si la variation de la CV de contrôle est minime à 3 mois, passer à un nouveau régime. En cas de modification importante, différer le changement pendant un mois et répéter la CV.
(Si le laboratoire donne une valeur logarithmique, considérer une baisse de log > 2 comme significative)

5. Les résultats séquentiels de charge virale sont importants dans la décision concernant le passage à un nouveau régime.

- a) Les tests de charge virale doivent donc être priorités et la délivrance des résultats accélérée.
- b) Si le patient a actuellement interrompu le traitement pendant plus d'un mois, la charge virale sera déjà élevée, il n'est donc pas utile de la refaire.

6. Un changement rapide de régime, en dehors des lignes directrices standard, peut sauver des vies :

- a) Dans les mains de cliniciens plus expérimentés, il s'agit simplement d'un guide pour prendre les décisions adéquates de prise en charge chez les patients présentant une maladie avancée ; le jugement clinique doit s'appliquer.
- b) En cas d'absence d'expérience suffisante ou d'autorité habilitée à prendre ce genre de décision, l'aide d'un clinicien expérimenté doit être sollicitée ce même jour.

7. Quand commencer une TARV ou passer à une deuxième ligne de traitement :

- Si la tuberculose et une maladie à cryptocoque sont exclues, proposer l'initiation le même jour.
- Si le CrAg sanguin est positif + asymptomatique, + PL impossible ou faite avec CrAg du LCR négatif, commencer la TARV le même jour.
- En l'absence de TB neurologique, une fois le traitement antituberculeux initié, débiter la TARV dès que possible dans un délai de 1 à 2 semaines.
- En cas de TB neurologique ou de méningite à cryptocoque, retarder la TARV jusqu'à 4 semaines après le début du traitement des IO.

8. Les interventions de soutien/conseil au patient sont recommandées, à la fois pour suspicion d'échec de traitement et pour le début d'un nouveau régime de traitement.

Figure 19 : Offre de soins pour les patients compliqués

La TB est la cause principale de décès. Traiter de façon empirique en cas de forte suspicion

TB LAM :

- . TB LAM positif : commencer un traitement antituberculeux
- . TB LAM négatif : La **TB** n'est pas exclue! Commencer un traitement empirique en cas de forte suspicion

Test Xpert MTB / RIF :

Echantillons de crachats ou non : liquide pleural, LCR centrifugé, urine centrifugée, pus. Convoquer le patient pour un rendez-vous dans la semaine pour les résultats :

- . Test Xpert positif : commencer un traitement antituberculeux
- . Test Xpert négatif : La TB n'est pas exclue! Commencer un traitement antiTB empirique en cas de forte suspicion. Ne pas attendre les résultats si le délai d'exécution est long.

TPI : S'il n'existe pas d'évidence clinique de TB, commencer une thérapie préventive contre la TB

CrAg Positif :

- . Symptômes de méningite : fluconazole 1200 mg immédiatement et transfert du patient pour une ponction lombaire et un traitement continu. Si amphotéricine B est disponible, commencer le traitement conjointement à l'organisation de transfert.
- . Asymptomatique : Transférer le patient pour ponction lombaire. Si l'examen n'est pas possible, commencer le fluconazole à 800 mg/ jour pendant 2 semaines, 400mg/jour pendant 2 mois, puis 200mg/jour pour au moins une année ou jusqu' à obtenir un taux de CD4 > 200

Diarrhée chronique :

- . Affection souvent négligée jusqu'à ce que le patient soit admis à l'hôpital pour une déshydratation sévère, une insuffisance rénale et des troubles hydroélectrolytique. Cause majeure : infection opportuniste parasitaires, particulièrement l'isospora belli et le c cryptosporidium.

Suivi :

- . Fixer des rendez-vous ultérieurs pour assurer la continuité des soins.
- . S'assurer que les soins continus sont apportés par des cliniciens ayant un niveau d'expériences suffisant
- . Informer et éduquer le patient sur les signes de gravité et autres symptômes nécessitant une visite au centre de soins.

Comorbidités :

- . Les comorbidités nécessitant un suivi rigoureux signifient que le patient est catégorisé comme <<compliqué>>.
- . Les comorbidités les plus fréquentes :
 - . Diabète ; hypertension
 - . Insuffisance cardiaque, pathologie rénales chroniques souvent de mêmes causes que ci-dessus, rechercher d'autres causes éventuellement réversible.
 - . Pathologie hépatiques chroniques : suspecter l'hépatite B et C et les excès d'alcool.

Rétinites à CMV :

Dans des contextes de haute prévalence, questionner le patient concernant une détérioration visuelle récente et, si le cas, vérifier l'acuité visuelle et transférer le patient pour un examen plus approfondi.

Eviter l'abus d'antibiotique – ne les utiliser que pour les infections bactériennes :

- . En cas d'utilisation, documenter les raisons d'une prescription d'antibiotiques.
- . Si le patient a été sous antibiothérapie sans amélioration de son état, ne pas donner une autre antibiothérapie sans raison très précise. Rechercher d'autres causes de symptômes notamment **la TB**

CHAPITRE VII :

CO-INFECTIONS ET CO-MORBIDITES

CHAPITRES VII : CO-INFECTIONS ET CO-MORBIDITES

7.1 Prise en charge de la Co-infection TB/VIH chez l'adulte

La tuberculose est la première infection opportuniste chez les PVVIH. On estime que les PVVIH infectés par le BK ont un risque annuel de 10% de développer une tuberculose (TB) maladie. Dans ce même groupe, le risque de contracter une TB active au cours de leur vie est estimé à plus de 50%.

Il faut donc rechercher systématiquement et activement la tuberculose chez tous les patients VIH à tout contact avec une équipe de soins et à chaque visite à domicile.

7.1.1 Diagnostic de la tuberculose chez les patients infectés par le VIH

Le diagnostic est clinique et paraclinique.

7.1.1.1 DIAGNOSTIC CLINIQUE

- La classification de la tuberculose fondée sur la localisation anatomique permet de distinguer deux types : La TB pulmonaire : c'est l'atteinte du parenchyme pulmonaire ou arbre trachéobronchique dont la miliaire et la primo infection tuberculeuse (PIT). Elle peut être confirmée bactériologiquement (P/CB) ou diagnostiquée cliniquement (P/DC) ;
- La TB extra pulmonaire (TEP) : c'est l'atteinte de tout autre site que le parenchyme pulmonaire. La TEP peut être confirmée bactériologiquement (EP/CB) ou diagnostiquée cliniquement (EP/DC).

La tuberculose pulmonaire (TP) liée au VIH peut présenter des caractéristiques cliniques et/ou radiologiques typiques ou atypiques. Les caractéristiques atypiques se retrouvent généralement chez les PVVIH qui présentent une immunodépression sévère.

Les symptômes les plus courants sont :

- La toux ;
- L'expectoration muco-purulente ;
- La fièvre vespérale ;
- Les sueurs nocturnes ;
- La perte de poids.

Les malades atteints de tuberculose pulmonaire peuvent présenter d'autres symptômes, respiratoires ou généraux. La perte de poids et la fièvre sont plus courantes chez les malades VIH + atteints de tuberculose pulmonaire que chez les autres. Inversement, la toux et l'hémoptysie sont moins courantes chez les patients séropositifs que chez les séronégatifs.

La recherche active de la tuberculose se fait sur la base des quatre questions résumées dans la figure suivante :

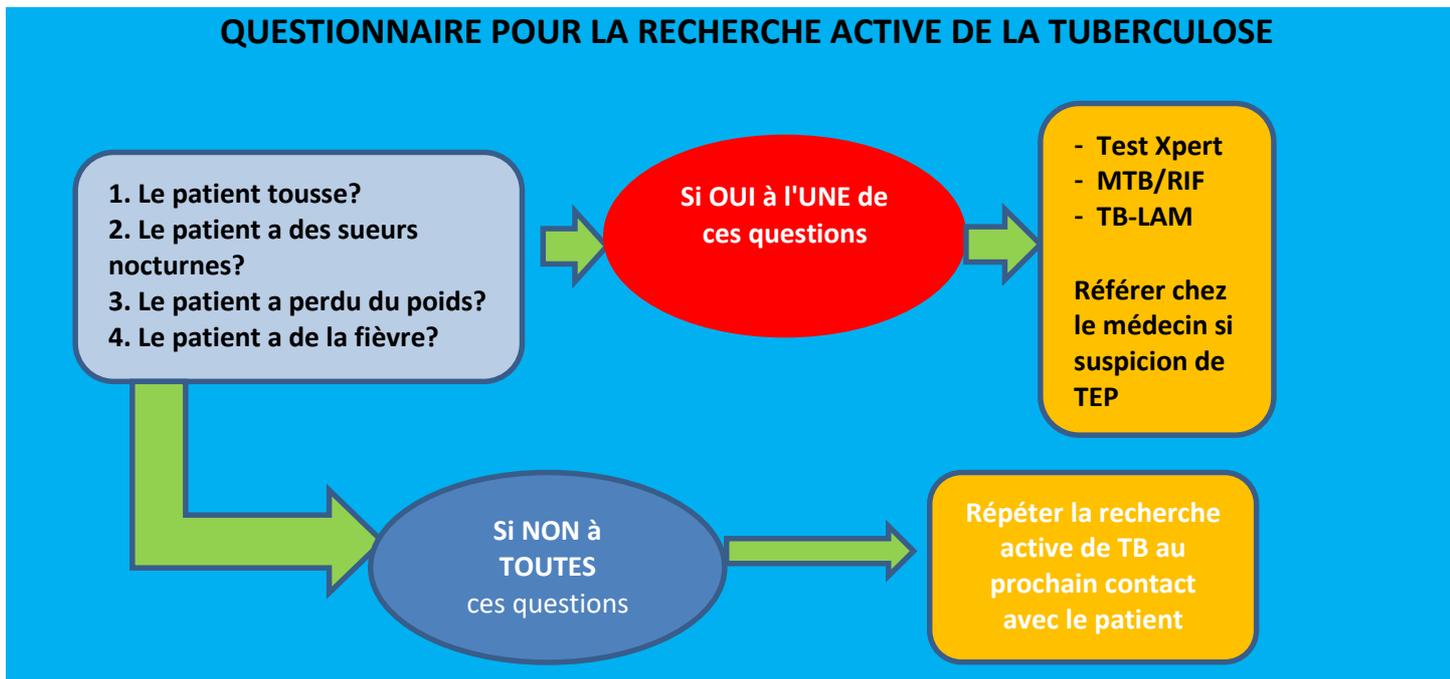


Figure 20: Conduite à tenir pour la recherche active d'une tuberculose chez une PVIH.

7.1.1.2 DIAGNOSTIC PARACLINIQUE

Le test Xpert MTB/RIF : est un examen de diagnostic moléculaire (recherche du génotype viral) permettant de détecter l'ADN du *Mycobacterium tuberculosis* dans les échantillons de crachats et dans certains échantillons extra pulmonaires. Il est aussi capable de détecter une résistance à la rifampicine. Il a une sensibilité et une spécificité élevée sur les échantillons de crachats comparées à la culture, capable de détecter le *Mycobacterium* dans des échantillons à frottis faussement négatifs. Ce test permet d'avoir des résultats dans un intervalle de deux heures.

Concernant une recherche de TEP, **le test Xpert MTB/RIF** est recommandé sur des échantillons suivants : LCR, prélèvements de collections des ganglions lymphatiques et biopsies de différents tissus. Les autres échantillons tels que les urines, les selles et le sang peuvent être testés avec **le test Xpert MTB/RIF** bien que le niveau de sensibilité et de spécificité reste limité.

Le test Xpert MTB/RIF est l'examen recommandé pour le diagnostic de la TB chez les PVIH

Examen du frottis de crachat par microscopie : C'est un examen très utile pour la détection de la TB pulmonaire, mais seulement si la concentration des mycobactéries dans l'échantillon de crachat est suffisamment élevée (>5 000 bacilles/ml de crachat). L'avantage de ce test est qu'il est peu coûteux et facile à réaliser, même dans les centres de soins périphériques

Le test Xpert MTB/RIF Ultra : il s'agit d'une nouvelle cartouche avec une sensibilité améliorée pour la détection de la TB et de la résistance à la rifampicine. Dans l'avenir, ce test sera probablement le test standard, particulièrement pour le diagnostic de la TB chez les personnes séropositives au VIH et les enfants.

TB LAM : est un test de dépistage sur un échantillon d'urine, il est non invasif capable de détecter une particule antigénique du *Mycobacterium tuberculosis* excrétée dans les urines. Il présente de nombreux avantages : il peut être proposé dans n'importe quel centre de soins et ne requiert pas de collecter dans un centre de santé. Il est cependant moins sensible que les autres tests (Xpert MTB/RIF et culture), et ne distingue pas le *Mycobacterium tuberculosis* des autres mycobactéries. Il est économique, rapide et facile à utiliser (peut être effectué par un non professionnel de santé)

Le TB LAM est actuellement recommandé uniquement pour les PVVIH qui sont au stade avancé de la maladie :

- Patient sévèrement malade et qui nécessite une hospitalisation, quel que soit le nombre des lymphocytes T CD4
- Patients en soins ambulatoires présentant une numération lymphocytaire T CD4 < 100 cellules/mm³ ainsi que des symptômes de TB.

Pour le recueil des crachats, en cas d'incapacité d'expectoration (enfant de moins de 7 ans, malade grabataire, etc...), on peut recourir à un tubage gastrique deux jours de suite pour recueillir les sécrétions bronchiques dégluties au cours de la nuit. Il se fait au réveil à jeun avant le lever du lit à l'aide d'une sonde naso-gastrique. La radiographie thoracique et la fibroscopie bronchique peuvent aider au diagnostic de la tuberculose pulmonaire.

7.1.1.2 ALGORITHMES DECISIONNELS

Les figures 16, 17, 18 et 19 présentent les algorithmes décisionnels en cas de suspicion de TB chez la PVVIH.

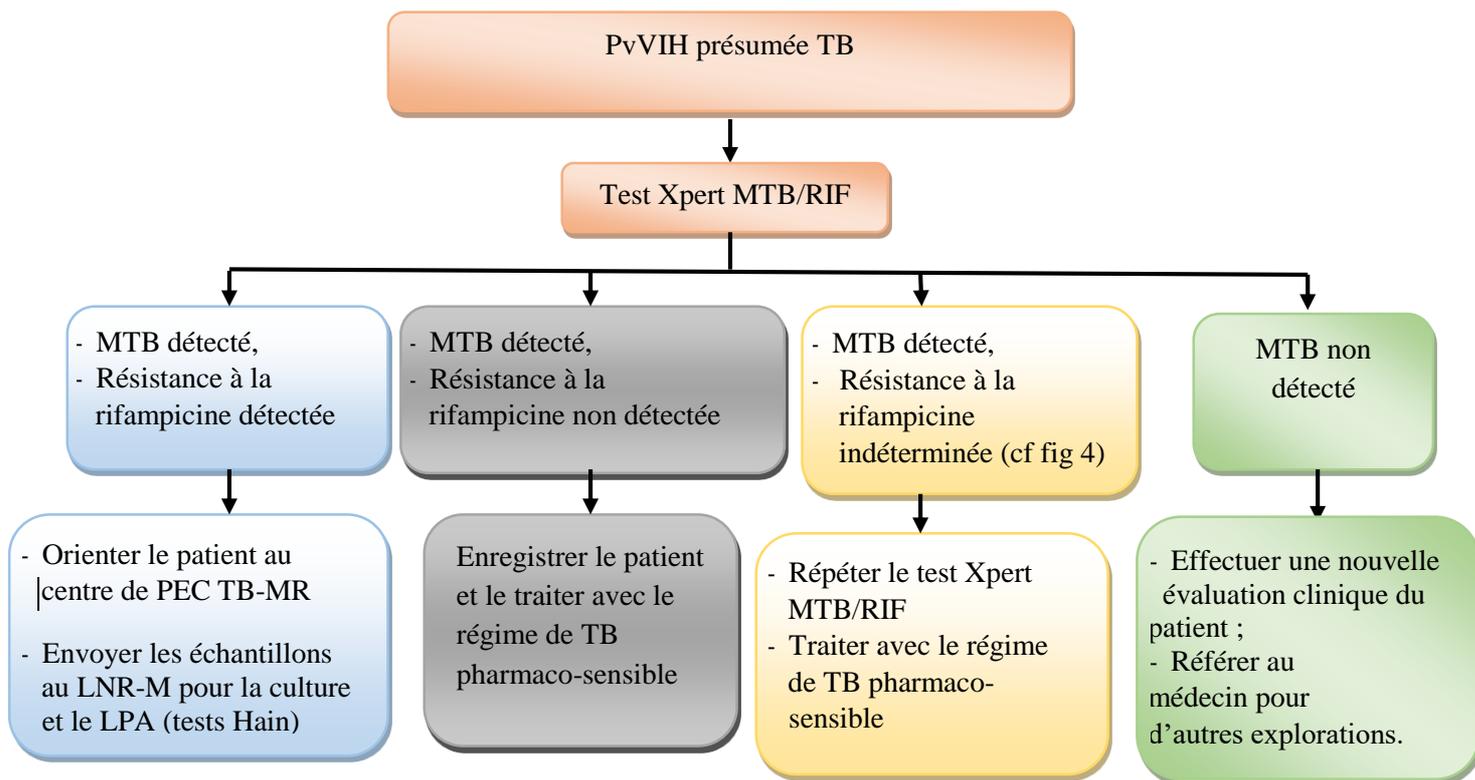


Figure 21 : Algorithme pour le diagnostic de la tuberculose chez les PvVIH

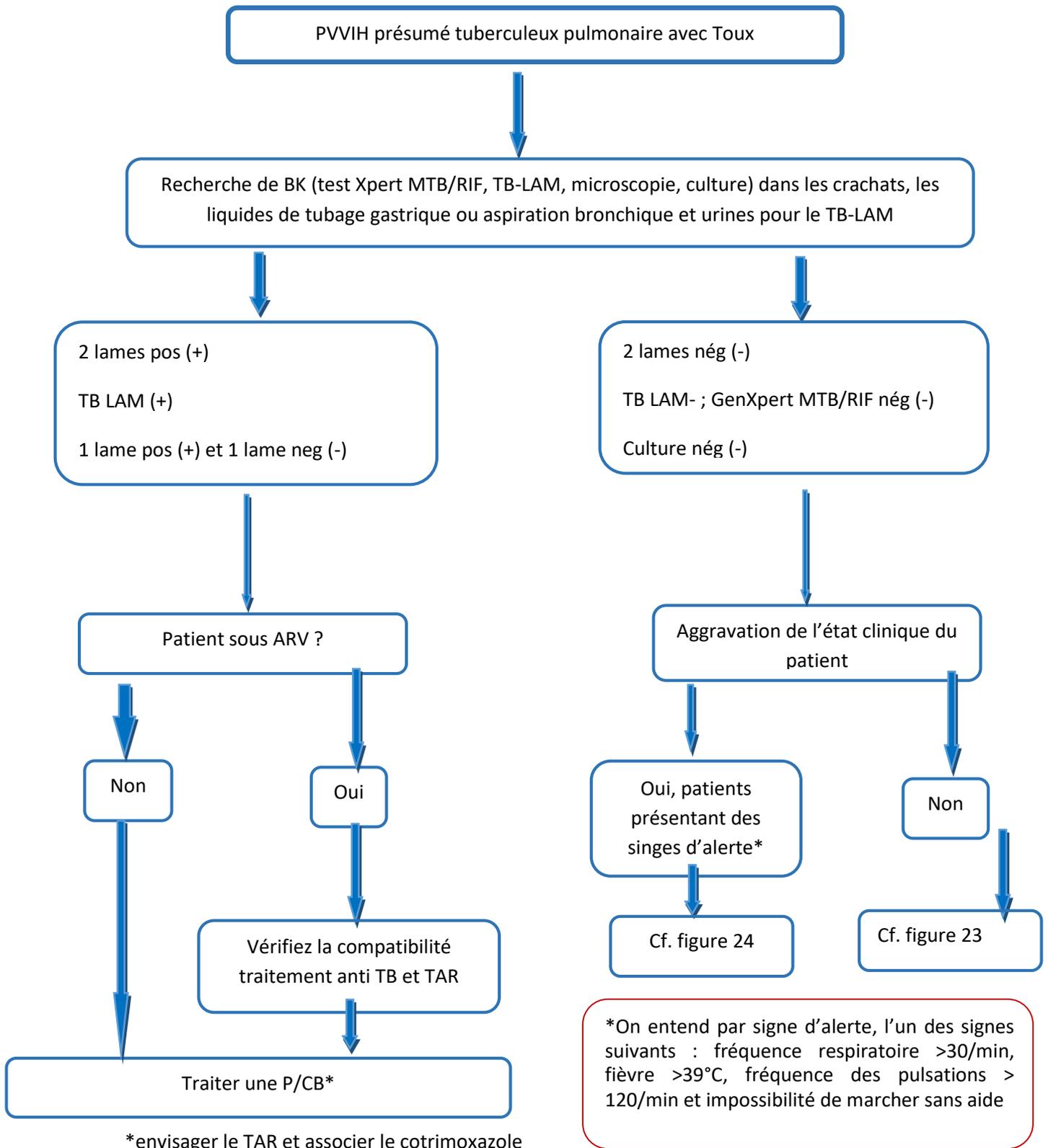


Figure 22: Algorithme pour le diagnostic et la PEC de la tuberculose chez un sujet VIH+ avec une toux sans signe de gravité.

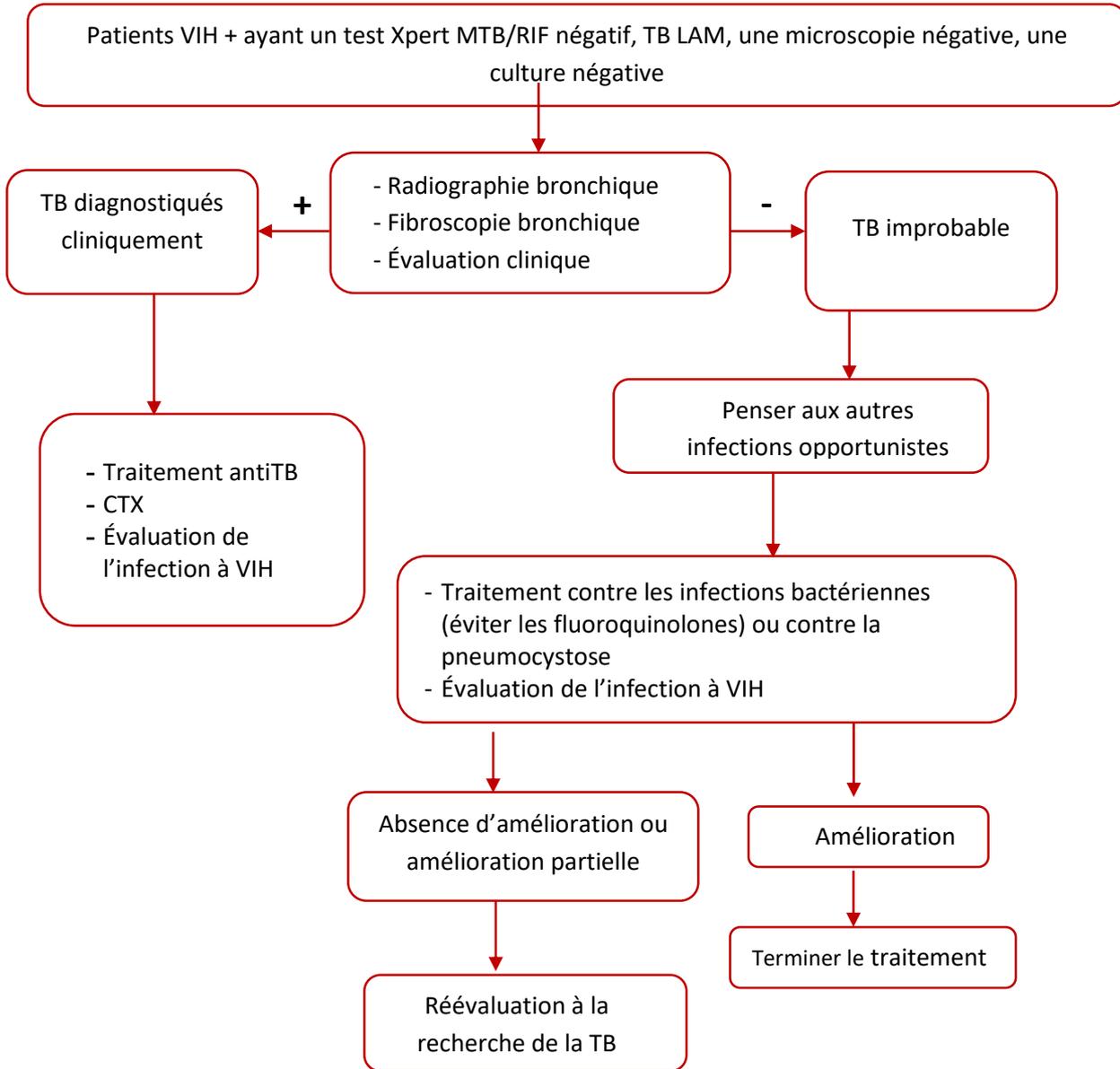


Figure 23: Algorithme pour le diagnostic et la PEC de la tuberculose chez un sujet VIH+ chez qui la recherche de signes de TB s'est révélée négative.

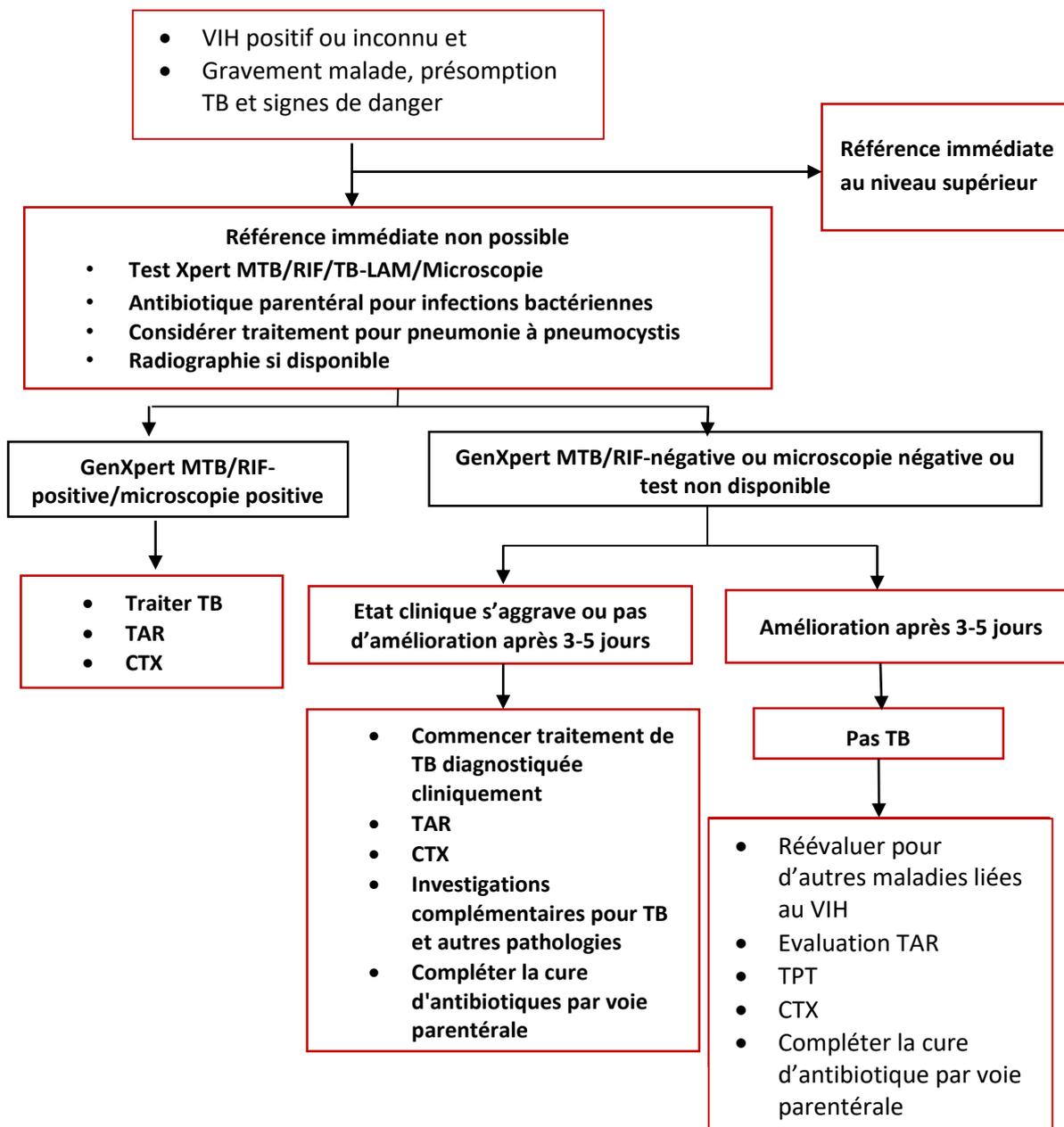


Figure 24 : Algorithme pour le diagnostic et la PEC de la tuberculose chez un sujet VIH+ avec signes de gravité.

- Dans les cas de TEP, il faut systématiquement rechercher une TB pulmonaire associée, par la recherche de BK dans les crachats (test GenXpert MTB/RIF, culture ou microscopie a défaut).
- Le traitement antituberculeux doit débiter le plus tôt possible dès le diagnostic de co-infection TB/VIH posé.

7.1.2 Traitement curatif de la tuberculose

Le traitement de la tuberculose est identique chez tout patient qu'il soit VIH+ ou non. Le traitement antituberculeux est institué immédiatement dès que le diagnostic de TB est posé chez une PVVIH que celle-ci soit sous traitement ARV ou non. Après cela, l'agent de santé va réadapter le traitement ARV au besoin

**Le traitement de la tuberculose est identique
chez tout patient VIH+ ou non !**

Tableau 15 : Les régimes thérapeutiques de la tuberculose.

Types de patients		Régimes	
		Phase initiale	Phase d'entretien
TB pharmacosensibles		2(RHZE)	4 (RH)
TB-MR/RR	Régime court	4-6 Bdq[6]-Lfx[Mfx]-Pto-E-Z-H _{nd} -Cfz	5Lfx[Mfx]-Cfz-Z- E
	Régime long	6 Lfx-Bdq-Lzd-Cs-Cfz	14 Lfx-Cs-Cfz

Les cas de TB-MR confirmés sont pris en charge dans les centres de référence. Si l'état du patient ne nécessite pas une hospitalisation, le patient peut être référé dans un CDT après mise sous traitement pour le suivi.

Chez la femme enceinte, étant donné que la rifampicine peut augmenter le métabolisme de la vitamine K et provoquer des troubles de la coagulation, l'avis d'un médecin est requis dès le début du traitement.

Chez la femme sous contraception orale, la rifampicine diminue l'effet des contraceptifs oraux. Du fait d'un risque d'inefficacité de la contraception orale en cours de traitement, une autre forme de contraception doit être proposée.

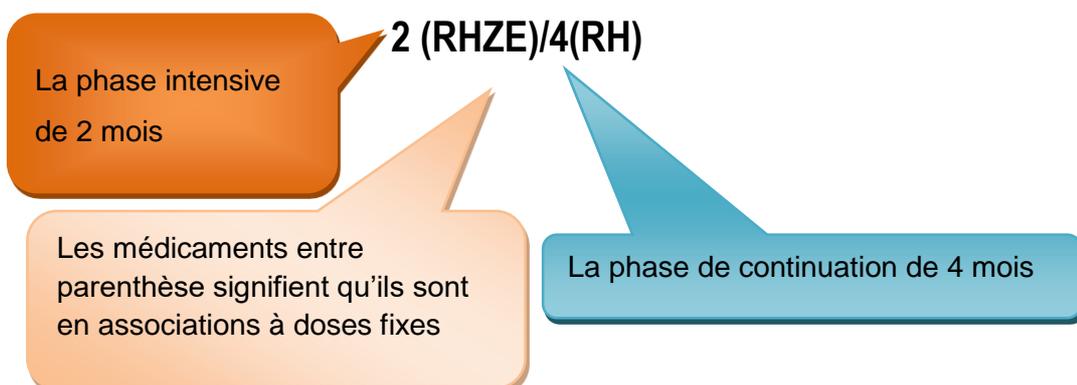


Figure 25 : explication des régimes de traitement anti tuberculeux (source=guide TB/VIH)

7.1.4 Traitement antirétroviral chez les patients co-infectés TB/VIH

Chez les malades co-infectés la priorité est le traitement de la tuberculose

Le traitement de la TB doit être initié en premier, suivi au plus vite par le TAR et cela dans les 2-8 semaines du traitement de la TB. Les patients TB séropositifs au VIH présentant une immunosuppression profonde (par exemple numération des CD4 inférieure à 50 cellules / mm³) devraient recevoir un TAR dès les 2 premières semaines du traitement de la TB.

Tableau 16: Traitement concomitant antituberculeux & ARV chez les malades coinfectés TB/VIH.

Recommandations	Observations
1- Mettre en route le traitement anti-TB	Commencer le traitement ARV dès que possible.
2- Débuter le traitement ARV	VIH1 et 2
TDF/FTC ou 3TC + DLG*	* Doubler la dose de DLG a 50mgX2/j
TDF /FTC + EFV	Alternative TDF /FTC + LPV/r + RTV (super boosté) si VIH2
AZT ou ABC/ 3TC + EFV	AZT ou ABC/ 3TC + LPV/r + RTV (super boosté) si VIH2

Tableau 17: PEC des PVVIH sous ARV (depuis moins de 6 mois) qui développent une TB.

	Régime ARV au moment du diagnostic de la TB	Conduite à tenir
Régimes TARV de 1 ^{ère} ligne et 2 ^{ème} ligne	TDF/ FTC /EFV	Continuer le même régime
	AZT/ 3TC + EFV	
	TDF ou ABC/3TC+DTG	Doubler la dose de DLG a 50mgX2/j
	TDF/FTC + LPV/r	Augmenter la dose du Ritonavir (RTV) à 400 mg/400 mg deux fois c'est-à-dire LPV/r 400 mg/400 mg deux fois par jour TDF/FTC + LPV/r + RTV (super boosté)
	TDF /FTC + ATV/r	Changer ATV/r par DLG ou LPV/r en doublant les doses
	AZT ou ABC//3TC + LPV/r (ou ATV/r)	

7.1.5 Toxicité commune aux ARV et antituberculeux

L'utilisation simultanée ou non des ARV et des antituberculeux peut être à l'origine d'effets indésirables et de toxicité (cf. chapitre toxicité médicamenteuse).

7.1.6 Mesures de contrôle de la Tuberculose

Dans les structures de PEC des PVVIH, des mesures de contrôle de la transmission de la tuberculose sont nécessaires. Chaque structure doit mettre en place des mesures d'ordre administratif et de gestion, des mesures d'ordre environnemental et de protection individuelle selon les caractéristiques de la structure

Les mesures d'aération et d'hygiène en cas de toux dans la communauté seront également abordées lors des séances de sensibilisation ou des visites à domicile afin de réduire les risques de transmission du BK chez les PvVIH

7.1.6.1 LES MESURES ADMINISTRATIVES ET DE GESTION

- l'identification d'un responsable pour la lutte anti-infectieuse au niveau du service;
- l'élaboration d'un plan de réduction de la transmission et notamment le tri des patients pour identifier ceux qui ont des symptômes évocateurs de tuberculose et les séparer des autres ;
- la prise de mesures limitant la propagation du BK (enseignement des règles d'hygiène de la toux) ;
- l'élaboration d'un programme de formation de l'ensemble du personnel aux politiques et aux procédures de lutte anti infectieuse ;
- la coordination et la collaboration avec le PNT ;
- le respect des normes requises en matière de contrôle de l'infection tuberculeuse lors de la construction d'infrastructures et les équipements destinés aux structures de soins

7.1.6.2 LES MESURES ENVIRONNEMENTALES

- Optimiser la ventilation naturelle comme ouvrir la fenêtre du cabinet de consultation
- Eviter de rester dans le flux d'air à proximité d'un patient infecté
- Optimiser la lumière naturelle de la pièce

NB : dans les contextes à ressources limitées, la ventilation mécanique et les lampes à UV ne sont pas des priorités.

7.1.6.3 LES MESURES INDIVIDUELLES

- Eviter autant que possible le contact avec des patients tuberculeux contagieux avec le personnel de santé séropositif
- Utiliser pour le personnel de santé impliqué dans la prise en charge des patients atteints ou présumés tuberculeux les masques FFP2 ou N95.
- Utiliser des masques chirurgicaux (bavettes) pour les tousseurs
- Observer de bonnes pratiques en matière de prévention des infections dans les milieux de soins.

7.2 Autres co-infections

7.2.1 Co-infection avec l'Hépatite B et/ou l'Hépatite C

Les hépatites B et/ou C sont des co-infections qui touchent de plus en plus les personnes vivant avec le VIH. Il faut donc mettre l'accent sur la sensibilisation pour prévenir la contamination. Il est fortement recommandé de rechercher systématiquement une infection par le VHB et le VHC lors de la découverte d'une infection par le VIH, de maintenir une surveillance sérologique annuelle chez les séropositifs qui sont dépistés négatifs (VHC) et de vacciner les personnes non immunisées contre l'hépatite B.

7.2.1.1 CO-INFECTIION VIH-HÉPATITE B

✓ Effets du VIH sur l'hépatite B

L'infection à VIH a un effet délétère sur l'histoire naturelle de l'infection virale B.

- **Hépatite virale B aiguë**

L'hépatite aiguë B chez les patients infectés par le VIH se distingue peu de celle décrite chez les patients non infectés par le VIH. Tout au plus on rapporte une moindre fréquence de l'ictère et un pic d'alanine aminotransférase (ALAT) plus prolongé. En revanche, le passage à la chronicité apparaît plus fréquent d'autant plus que le taux de CD4 est bas.

- **Hépatite virale B chronique**

Chez les patients porteurs chroniques de l'AgHBs, une forte réplication virale et la présence de l'AgHBe sont habituelles en cas de co-infection VIH-VHB.

Au cours de la co-infection VIH-VHB :

- La vitesse de progression vers la cirrhose semble accélérée par rapport aux sujets mono-infectés par le VHB, malgré une moindre activité histologique ;
- L'immunodépression induite par le VIH favorise la réplication du VHB dont l'intensité n'est pas corrélée au taux de lymphocytes CD4 circulants, mais dépend essentiellement de l'ancienneté de l'infection par le VHB.

L'infection par le VIH accélère la vitesse de progression de la fibrose, du développement de la cirrhose et du carcinome hépatocellulaire. L'âge, une réplication virale B importante, le statut immunitaire (taux de CD4 bas) et la persistance de l'AgHBe sont des facteurs prédictifs de mauvais pronostic de l'infection à VHB.

✓ Traitement de la co-infection VIH/VHB

Chez les patients co-infectés VIH et VHB, le traitement ARV est systématique quel que soit le stade de fibrose.

Les ARV efficaces sur le VHB sont: Lamivudine (3TC), Tenofovir (TDF), Emtricitabine (FTC). Il est préférable de prescrire un traitement comportant au moins deux (2) ARV actifs sur le VHB.

**La combinaison ARV recommandée en cas de co-infection VIH/VHB est :
TDF / FTC (ou 3TC) / DLG**

Le tenofovir est l'ARV de première intention mais en cas d'intolérance de la molécule, l'entécavir peut être utilisé.

L'utilisation d'un régime avec la NVP nécessite un monitoring des transaminases et est déconseillé en cas d'élévation d'ALAT de grade 3 et plus.

En cas d'échec du traitement ARV, le 3TC doit être maintenu dans le régime de deuxième ligne.

7.2.1.2 CO-INFECTIION VIH-HEPATITE C

L'infection par le VIH accélère l'évolution de l'hépatite C vers le stade de fibrose et d'hépatocarcinome. L'infection par le VHC chez les PVVIH est accompagnée de manifestations cliniques extra hépatiques regroupées sous le nom « syndrome VHC ». Le tableau 19 résume les différentes manifestations cliniques à rechercher.

Tableau 18 : Le syndrome VHC : force des associations entre l'infection par le VHC et différentes maladies

Association forte	Association significative	Association possible	Association anecdotique
<ul style="list-style-type: none"> • Hépatite chronique • Cirrhose • Hépatocarcinome • Cryoglobulinémie mixte • Vascularite cryoglobulinémique 	<ul style="list-style-type: none"> • Lymphome B • Gammopathie monoclonale • Porphyrie cutanée tardive • Thyroïdite autoimmune • Cancer papillaire de la thyroïde • Diabète de type 2 	<ul style="list-style-type: none"> • Syndrome sec • Polyarthrite • Prurit • Ostéosclérose • Neuropathie périphérique • Alvéolite pulmonaire • Hépatite auto-immune • Lichen plan 	<ul style="list-style-type: none"> • Polymyosite/dermatomyosite • Périartérite noueuse • Syndrome de Bechet • Urticaire chronique • Psoriasis • Ulcère cornéen

Le traitement ARV est indiqué chez un patient ayant une co-infection VIH-hépatite C, le régime conseillé reste le même que chez les patients non-infectés par le VHC.

Cependant l'utilisation d'un régime avec la NVP nécessite un monitoring des transaminases et est déconseillée en cas d'élévation des ALAT de grade 3 et plus.

Les taux de réponses aux traitements anti-VHC par les Anti-Viraux à action Directe (AVD) chez les PVVIH sont comparables à ceux observés chez les personnes mono-infectées VHC, avec des taux d'échec faibles (moins de 5%).

Chez tous les PVVIH, il faut renforcer les messages de prévention pour prévenir les contaminations par le VHC notamment chez les usagers de drogues et les HSH, rechercher systématiquement une infection par le VHC et le VHB lors de la découverte d'une infection par le VIH.

Il faut traiter toutes les PVVIH pour leur hépatite C chronique, quel que soit le degré de fibrose hépatique, du fait d'un bénéfice individuel et collectif, ne traiter les PVVIH qu'avec des AVD pris par voie orale, avec des schémas validés et ne présentant pas ou peu de risque d'interaction avec le traitement antirétroviral ;

Les protocoles de traitement du VHC sont identiques à la monoinfection VHC. Cependant, il faut privilégier les schémas thérapeutiques avec interactions médicamenteuses moindre avec les antirétroviraux. L'association SOF/VEL/Névirapine ou Efavirenz est contre-indiquée. L'association Daclatasvir/Névirapine n'est pas recommandée, celle avec l'Efavirenz est possible mais avec une augmentation de la dose de DCV à 90 mg/j en raison d'une baisse de sa concentration (tableau). Les interactions médicamenteuses peuvent être retrouvées sur les sites www.hep-druginteractions.org ou www.infectiologie.com.

La prise en charge des cas particuliers (antécédent d'échec à un premier traitement par AVD, en cas de cirrhose Child B ou C, d'interactions médicamenteuses, ou chez les insuffisants rénaux) se fera dans les centres de références.

Tableau 19 : interactions médicamenteuses antiviraux à action directe et certains antirétroviraux

Effets sur ARV/anti-VHC	SOF/VEL	DCV	SOF/LDV	Ribavirine (RBV)
Zidovudine (ZDV)	Déconseillé si RBV associée	Déconseillé si RBV associée	Déconseillé si RBV associée	Déconseillé
Didanosine (ddi)	Déconseillé si RBV associée	Déconseillé si RBV associée	Déconseillé si RBV associée	Déconseillé
Tenofovir disoproxil fumarate (TDF)	Possible + surveillance rénale et STP	Possible	Possible + surveillance rénale. Éviter si clairance 60 mL/min et STP*	Possible
Tenofovir alafenamide (TAF)	Possible	Possible	Possible	Possible
Emtricitabine (FTC)	Possible	Possible	Possible	Possible
Lamivudine (3TC)	Possible	Possible	Possible	Possible
Abacavir	Possible	Possible	Possible	Possible
Efavirenz (EFV)	Déconseillé	Possible ↗DCV 90 mg avec STP	Possible	Possible
Névirapine (NVP)	Déconseillé	Possible ↗DCV 90 mg avec STP	Possible	Possible
Dolutegravir	Possible	Possible	Possible	Possible

* STP : Suivi Thérapeutique et Pharmacologique

Recommandations :

- Un traitement précoce des patients co-infectés VHC/VIH est recommandé
- Pour les patients co-infectés VHC/VIH avec comme traitement TDF/FTC ou 3 TC/TDG ou LPV ou DRV, le traitement antiretroviral reste inchangé et pourra être associé au traitement VHC par SOF/VEL
- Si le patient co-infecté VHC/VIH reçoit comme traitement antiretroviral, EFV ou NVP ou AZT, contrôler la charge virale VIH, si elle est indétectable, mettre le patient sous trithérapie avec DTG ;
- Une contraception efficace est obligatoire pour les femmes en âge de procréer prenant du DTG ;
- L'immunité acquise contre le VHC n'étant pas durable, une réinfection VHC est possible ;
- En cas de persistance des comportements à risque, une PCR ARN-VHC semestrielle est recommandée
- S'assurer du maintien et d'une observance complète du traitement VIH, après guérison du VHC

7.2.2. Infection à VIH et paludisme

Le paludisme et l'infection à VIH ont plusieurs interactions. Les formes graves du paludisme sont plus fréquentes chez les PVVIH. Il faut conseiller aux patients VIH+, l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILDA).

L'Artémether + Luméfantrine est l'association recommandée pour le traitement du paludisme chez les PVVIH. 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.

Chez la femme enceinte infectée par le VIH, la prophylaxie par le cotrimoxazole tient lieu de prophylaxie antipaludique et à préférer par rapport à la sulfadoxine + pyrimétamine.

En situation de forte transmission palustre, le cotrimoxazole peut être utilisé comme moyen de prévention chez la PVVIH.

7.2.3. IST et VIH

Les IST sont des facteurs de transmission du VIH. Chez les personnes séropositives, certaines IST peuvent aggraver le pronostic de l'infection à VIH. Bon nombre d'IST passent inaperçues, favorisant la transmission de l'agent responsable et l'extension de l'infection. Certaines d'entre elles deviennent résistantes à certains antibiotiques.

Les signes cliniques et le diagnostic des principales IST sont résumés dans le tableau 20.

Tableau 20 : Récapitulatif des principales IST

Syndrome IST	Symptômes	Signes	Diagnostic	Agent pathogène
L'ulcération génitale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lésion génitale 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ulcère génital ▪ Adénopathies inguinales 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Syphilis ▪ Chancre mou ▪ Herpès génital ▪ Lymphogranulome vénérien ▪ Donovanose 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Tréponema pallidum</i> ▪ <i>Haemophilus ducreyi</i> ▪ <i>Herpes simplex virus</i> ▪ <i>Chlamydia trachomatis</i> ▪ <i>Calymmatobacterium granulomatis</i>
L'écoulement urétral	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Écoulement urétral ▪ Dysurie ▪ Mictions fréquentes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Écoulement urétral (au besoin demander au patient de traire son urètre) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gonococcie ▪ Chlamydirose ▪ Infections à Mycoplasmes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Neisseria gonorrhoeae</i> ▪ <i>Chlamydia trachomatis</i> ▪ <i>Mycoplasma hominis</i>
L'écoulement vaginal anormal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Écoulement vaginal ▪ Démangeaison vulvaire ▪ Dysurie ▪ Dyspareunies 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Écoulement vaginal 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vaginite ▪ cervicite 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Trichomonas vaginalis</i> ▪ <i>Candida albicans</i>, ▪ <i>Gardnerella vaginalis</i> ▪ <i>Neisseria gonorrhoeae</i> ▪ <i>Chlamydia trachomatis</i> ▪ <i>Mycoplasmes</i>
La douleur pelvienne chez la femme	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Douleurs abdominales basses pendant les rapports sexuels 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Écoulement vaginal ▪ Sensibilité abdominale basse au per ▪ Température 38° (inconstante) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gonococcie ▪ Chlamydirose 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>N. gonorrhoeae et</i> ▪ <i>C. trachomatis</i>, +/- germes anaérobies ▪ <i>Anaérobies mixtes</i>
Gonflement douloureux du scrotum	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Douleurs au scrotum et enflure 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enflure du scrotum 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gonococcie ▪ Chlamydirose 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Neisseria gonorrhoeae</i> ▪ <i>Chlamydia trachomatis</i>
Bubon inguinal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adénopathies inguinales 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tuméfaction ganglionnaire ▪ Fluctuation ▪ Abscesses ou fistules 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Chancre mou ▪ Lymphogranulome vénérien 	
Conjonctivite purulente du nouveau-né	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Paupières enflées ▪ Bébé ne peut ouvrir les yeux ▪ Écoulement oculaire 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Œdème des paupières ▪ Écoulement purulent 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gonococcie ▪ Chlamydirose 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>N. gonorrhoeae et</i> ▪ <i>C. trachomatis</i>,
Végétations vénériennes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Excroissances génito-anales 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Excroissances génito-anales 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Papilloma virus 	

7.3. Maladies non transmissibles et VIH

En 2030 il est prédit que 84% des PVVIH auront plus d'une MNT ; 28% auront plus de 3 MNT et 54% prendront de façon chronique des médicaments autres que les ARV

7.3.1. Principaux facteurs de risque des MNT

L'infection à VIH est caractérisée par une inflammation chronique (contribuant à une vasculopathie : affection des vaisseaux sanguins), une activation immunitaire permanente et une incidence accrue de comorbidités. C'est pourquoi, l'évaluation et la prise en charge du risque cardiovasculaire doivent être fournies à toutes les PVVIH selon les protocoles standards recommandés pour la population générale (HTA, diabète, tabac, alcool, obésité, mauvaise alimentation, manque d'activité physique).

Hypertension artérielle

Les patients séropositifs atteints d'une hypertension non contrôlée ont un risque de maladie cardiaque ischémique plus important et présentent un risque plus élevé de progresser vers une insuffisance rénale terminale.

L'amlopiline doit être utilisée avec prudence chez les patients sous un IP, car son taux sérique peut être significativement augmenté en raison d'interactions médicamenteuses.

Diabète

La majorité des études rapportent une prévalence du diabète toujours significativement augmentée chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) en comparaison avec la population générale.

Les ARV plus récents sont moins toxiques sur le tissu adipeux que les anciens ARV comme AZT, D4T. Les ARV entraînent une répartition adipeuse centrale métaboliquement défavorable. Ceci a été montré pour plusieurs anti-proteases, dont l'atazanavir et le darunavir associés au ritonavir, et de façon plus controversée, pour les inhibiteurs d'intégrase raltegravir et dolutegravir.

Les facteurs de risques du diabète liés au VIH sont présentés dans la figure ci-dessous

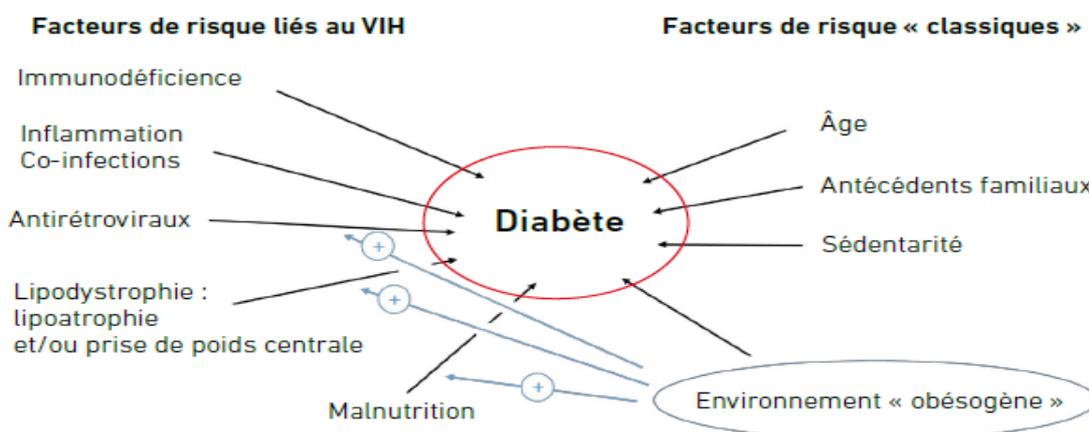


Figure 26 : Facteurs de risques du diabète liés au VIH

Tabagisme

Il existe beaucoup d'associations délétères entre le tabagisme et le VIH en particulier en ce qui concerne les comorbidités respiratoires, telles la tuberculose et la pneumocystose. Concernant le VIH et le tabagisme, les données montrent que les personnes séropositives fumeuses ont un taux de mortalité global de 5.45 (pour 100 personnes/année) comparé à 1.76 pour les personnes séronégatives n'ayant jamais fumées et 2.45 pour les personnes séropositives n'ayant jamais fumées :

Hyperlipidémie

L'infection au VIH est connue pour provoquer une élévation du cholestérol total, du LDL cholestérol et des triglycérides et une diminution du HDL cholestérol, tous identifiés comme facteurs de risque de la cardiopathie ischémique. Les IP et les INNTI sont connus pour contribuer à des taux plus élevés de lipides

L'atorvastatine aux doses de 10 à 20 mg est beaucoup moins délétère que la simvastatine utilisée avec un IP.

7.3.2. Cancers et VIH

L'infection à VIH est à la faveur du développement de nombreux cancers. En effet, une infection par le VIH affaiblit le système immunitaire. Dès lors, l'organisme peut moins bien détruire les cellules cancéreuses et moins bien lutter contre les infections susceptibles de provoquer le cancer.

Les patients atteints du VIH/sida sont plus exposés aux cancers suivants :

- Le sarcome de Kaposi (cancer des vaisseaux sanguins cutanés et des muqueuses de la bouche, du nez et de l'anus). Le virus herpès humain 8 (VHH-8) en est une des causes ;
- Les lymphomes (cancer du système lymphatique). Le virus d'Epstein-Barr provoque certains types de lymphomes hodgkiniens et non hodgkiniens ;
- Le cancer du col de l'utérus. Le papillomavirus humain peut provoquer notamment le cancer du col de l'utérus. Les femmes infectées par le VIH sont plus sensibles au cancer du col de l'utérus. Des frottis permettent de dépister efficacement ce cancer et un diagnostic précoce améliore le pronostic des personnes atteintes de cancer. Toute femme PVVIH devrait bénéficier d'un examen gynécologique annuel avec recherche de signes de cancer du col de l'utérus (test au lugol) ;
- Le cancer du poumon : le tabac en est le principal facteur de risque et ce risque est multiplié par quatre chez la PVVIH ;
- Le cancer du foie : l'alcool est le plus grand facteur de risque.

Les traitements contre le cancer sont très coûteux et peu accessibles à la plupart des patients. La prévention des cancers demeure le moyen le plus efficace pour prolonger la durée de vie. Il est recommandé de faire la recherche des cancers au cours des visites de suivi des PVVIH à travers un examen clinique et para clinique et en s'intéressant au mode de vie des PVVIH.

Toute PVVIH devra bénéficier de conseils pour ou éviter la consommation excessive d'alcool et de tabac. Les femmes doivent bénéficier d'un frottis cervical une fois par an.

7.3.3. VIH et vieillissement

Le vieillissement se définit comme une perte progressive de l'intégrité physiologique conduisant à des atteintes fonctionnelles hétérogènes selon les organes, à une augmentation de la vulnérabilité (en anglais frailty) et à une incapacité à réaliser certains actes de la vie courante (en anglais disability).

Le vieillissement est un phénomène complexe et multifactoriel : il implique, entre autres, des atteintes du génome (raccourcissement des télomères, instabilité génétique, modifications épigénétiques), un arrêt de la division avec un état de senescence, des dysfonctions mitochondriales et une augmentation du stress oxydant, des atteintes du métabolisme nutritionnel et du microbiote intestinal.

Chez les PVVIH, les mécanismes de vieillissement impliquent, bien-sûr, les mêmes voies que celles observées dans la population générale, mais celles-ci sont souvent amplifiées. Ils mettent également en jeu des voies spécifiques à l'infection, impliquant le virus présent dans les réservoirs et certains antirétroviraux (en particulier les analogues nucléosidiques de première génération, dont l'effet persiste à distance, et certaines antiprotéases). Les co-infections fréquentes, en particulier par le CMV, l'atteinte de la flore intestinale ou dysbiose et l'immunosénescence sont également en cause dans ce vieillissement accentué.

La recherche des principales comorbidités doit faire partie du bilan des PVVIH. Il est essentiel de les rechercher et de rechercher également une multimorbidité chez les patients de plus de 50 ans considérés comme à risque : ayant eu un nadir de CD4 bas ou un stade sida, ayant une longue antériorité d'infection connue, ayant reçu des molécules antirétrovirales de première génération, en particulier D4T et AZT, gardant un taux de CD4 bas et un rapport CD4/CD8 < 1 et/ou une charge virale VIH détectable.

7.3.4 Epilepsie et VIH

Tous les patients séropositifs atteints de convulsions doivent être transférés pour des examens complémentaires avant qu'un diagnostic d'épilepsie idiopathique ne soit posé.

Idéalement, les antiépileptiques couramment prescrits (phénobarbital, carbamazépine et phénytoïne) ne doivent pas être utilisés avec la 1^{ère} ligne de TARV car leur puissant effet inducteur diminue significativement les concentrations sériques thérapeutiques d'éfavirenz et de névirapine. Préférez plutôt le valproate de sodium, le lévécitame ou la lamotrigine.

7.4.5. VIH et troubles psychiatriques

Le VIH est un virus neurotrope responsable de lésions plus ou moins étendues qui se traduisent par divers dysfonctionnements. Ce virus est un véritable lit pour l'éclosion et le développement des troubles mentaux. Au plan clinique, on distingue les troubles mentaux réactionnels et les troubles mentaux organiques :

- Les décompensations psychiatriques réactionnelles ou troubles de l'adaptation sont les manifestations psychiatriques les plus fréquentes. Elles sont en rapport avec une difficulté d'adaptation à la maladie et à ses conséquences. Ces troubles de l'adaptation vont se manifester sous plusieurs formes :
 - Durant la période initiale suivant le diagnostic on peut observer des réactions de dénie et d'aplatissement affectif
 - Ensuite des réactions anxieuses
 - Progressivement on assiste à un épuisement émotionnel, de la tristesse pouvant aboutir à une dépression majeure et on estime que 20% des patients atteint du SIDA présentent cette forme de dépression

- Les manifestations organiques du VIH sont dues à l'atteinte du système nerveux central. Cliniquement, elles se traduisent par :
 - La manie ou exaltation de l'humeur
 - Les troubles cognitifs ou déficit intellectuel
 - Le délire
 - Des troubles érectiles
 - Des conduites addictives

Habituellement, les gens ne viennent pas consulter pour un problème de santé mentale, c'est plutôt la perspicacité et la volonté du clinicien qui permet bien souvent d'avoir un diagnostic. De ce fait le dépistage systématique est recommandé dans les cas suivants :

- Pour les patients qui débutent un traitement de TB-RR/MR
- Patients ayant un résultat de CV élevé
- Patients des populations clés (voir chapitre suivi)
- Personnes vivant dans des zones de conflits
- Patients pour lesquels le clinicien soupçonne un trouble de santé mentale ou pour lesquels il existe des antécédents.

Les symptômes en faveur d'une forte suspicion sont le manque de sommeil, les symptômes persistants inexplicables tels que douleurs abdominales, maux de tête et nausées, une fatigue persistante malgré des antécédents, examen clinique et examens complémentaires normaux.

La prise en charge de ces troubles est multidisciplinaire et spécialisée. L'équipe de soignants doit comprendre des médecins VIH, des psychiatres, des psychologues, des infirmiers et des travailleurs sociaux

CHAPITRE VIII : LE SUIVI CLINIQUE, BIOLOGIQUE ET L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DE L'ADULTE ET DE L'ADOLESCENT INFECTES PAR LE VIH

CHAPITRE VIII : LE SUIVI CLINIQUE, BIOLOGIQUE ET L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DE L'ADULTE ET DE L'ADOLESCENT INFECTÉS PAR LE VIH

Le suivi d'une personne infectée par le VIH doit impliquer l'ensemble des acteurs (équipe pluridisciplinaire impliquant le personnel médical, paramédical et communautaire). Cette équipe doit veiller à ce que le malade soit au centre du dispositif de prise en charge.

Le suivi comporte un volet clinique, biologique et l'éducation thérapeutique.

8.1 Le suivi CLINIQUE

Les consultations de suivi du patient nécessitent d'aborder six (6) points essentiels :

- Évaluer l'état de santé du patient (les ARV sont-ils efficaces ?)
- Surveiller les effets indésirables des ARV
- Faire un suivi des comorbidités identifiées
- Répondre aux plaintes existantes du patient et surveiller l'apparition de nouvelles maladies
- Identifier les patients avec un stade VIH avancé
- Évaluer l'observance

8.2 Le suivi biologique

Il comporte des paramètres biologiques non spécifiques (créatinémie, transaminases, NFS, etc.) et des paramètres spécifiques (numération des CD4, charge virale plasmatique).

Deux types de bilan sont prévus :

- Le bilan initial (pré thérapeutique) ;
- Le bilan de suivi sous traitement ARV.

NB : Le bilan initial n'est pas une obligation avant de débuter le TARV

Tableau 21: Rythme de suivi des PVVIH et paramètres à mesurer

Rythme de suivi et paramètres nécessaires à mesurer.							
Type de bilan	Bilan initial	Bilan de suivi des patients sous ARV					
Périodicité		M1	M3	M6	M12	Puis tous les 6 mois	Puis par an
Examen clinique	+	+	+	+	+	+	
Radio pulm/ TestXpertMTB/Rif; TB-LAM/.	+ ^a						
Sérologie VIH	+						
Sérologie VHB	+						
Sérologie VHC	+						
Sérologie syphilis	+						
CD4	+			+	+ ^b		
Charge Virale plasmatique				+	+	+ ^f	+
NFS	+ ^c	+		+			
Transaminases (ALAT)	+					+ ^b	
Créatininémie	+ ^e			+ ^e			+
Protéinurie des 24H/Bandelette Urinaire	+ ^e			+ ^e			
Glycémie	+ ^b						+
Cholestérol (Total, HDL)	+ ^b						+
Triglycérides	+ ^b						+
Examen Gynécol/ dépiage du cancer du col	+ ^d						

a: En cas de suspicion de TB

b : au besoin

c : Si AZT

d : puis tous les 2 à 3 ans e : si TDF

f : enfants, adolescents, femmes enceintes et en cas d'échec

** : le RDV de J14 peut être maintenu pour s'assurer du respect des*

doses d'ARV et l'interprétation du bilan éventuel mais pas obligatoire

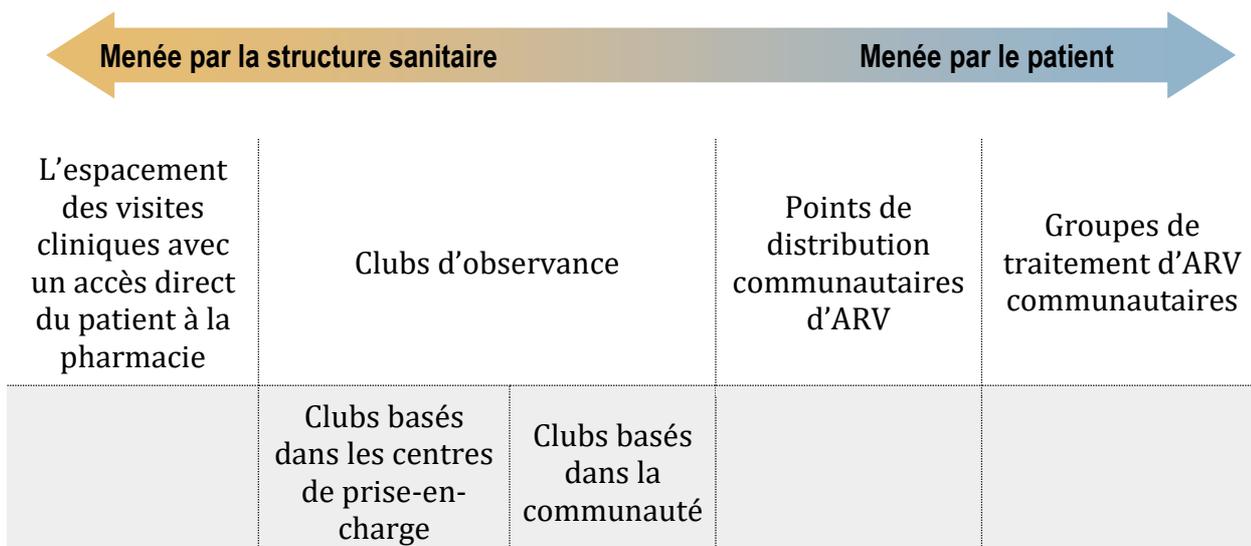
8.3 LES APPROCHES DIFFERENTIEES DE RAVITAILLEMENT ARV

Pour pouvoir mettre en œuvre les nouvelles recommandations de l'OMS notamment le « traiter tous » face à des systèmes de santé déjà sous pression énorme face à une pénurie de ressources humaines et financières, il est nécessaire de différencier les méthodes d'approvisionnement des antirétroviraux (ARV) aux patients. Les soins différenciés ont pour but de simplifier et adapter les services VIH aux préférences des PVVIH, et de réduire la charge sur le système de santé, en créant du temps additionnel pour ceux avec les besoins majeurs.

Les modèles différenciés de soins incluent les modèles différenciés de l'accès aux ARV, qui pourraient être catégorisés comme suit :

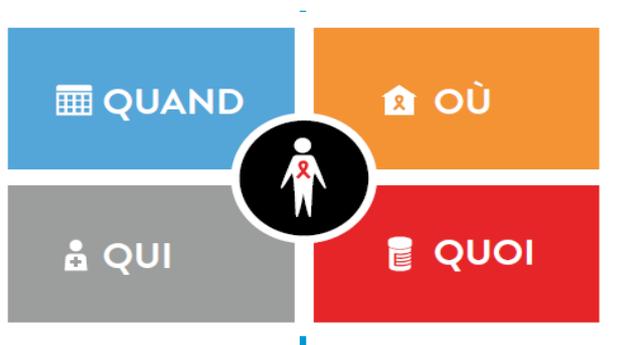
- Les modèles individuels basés dans les structures de santé, dans lesquels les consultations cliniques et le réapprovisionnement des ARV ont été séparés, comme l'espacement des visites ou le circuit rapide
- Les modèles individuels basés en dehors de la structure de santé, dans lesquels les consultations et/ou le réapprovisionnement des ARV sont fournis en dehors de la structure de santé, comme les structures communautaires ou la livraison des médicaments à la maison
- Les modèles de groupe gérés par le personnel de santé, dans lesquels les patients reçoivent leurs ARV en groupe dans la communauté et/ou le centre de santé par un agent de santé ou un acteur communautaire, comme les clubs d'observance
- Les modèles de groupe de réapprovisionnement en ARV, créés et gérés par les patients eux-mêmes

Figure 27 : Modèles de ravitaillement ARV



Il est capital pour chaque modèle de différenciation, de se poser les quatre questions ci-dessous :

- Quand l'activité et/ou le service sera offert ?
- Où cette activité/service sera offert ?
- Qui offrira cette activité/service et à qui ?
- Quoi contient cette activité/service offert ?



Cadre 1: Les 4 questions de base d'un modèle d'ADS

Au Burkina Faso, il existe deux modèles centrés sur les structures de santé (RAVI6M, le circuit rapide) et les ravitaillements communautaires en dehors des structures de soins (RACODeSS) comprenant 3 sous modèles que sont les Postes de distribution (ou PODI), les Groupes de patients TARV (ou GPT) et les dispensations communautaires par agents médicaux et non médicaux (ou DICOM)

Les approches centrées sur les structures de santé

- Ravitaillement six mois ou RAVI6M : Le patient se ravitaille tous les 6 mois et au même RDV, fait sa consultation médicale et au besoin la prise de sang pour la CV
- Circuit rapide : Il est mis en place dans la structure sanitaire, un circuit de ravitaillement ARV qui ne passent pas par les infirmiers ni les conseillers. Le patient se ravitaille directement au niveau de la pharmacie ou des agents de dispensation d'ARV.

Les approches centrées dans la communauté

- Poste de distribution ou PODI : Les ARV sont distribués par des communautaires et/ou des membres d'association dans des lieux désignés à cet effet qui peut être le siège d'une association, un site ou un lieu organisé à cet effet.
- Ravitaillement communautaire ou DICOM : Des agents médicaux ou non médicaux ravitaillent les PVVIH en des lieux/sites dans la communauté (domicile, lieu de travail, station de transport, colis...)
- Groupe de patients TARV ou GPT : Les PVVIH elles-mêmes s'organisent en groupe de patients selon leurs affinités et viennent à tour de rôle prendre les ARV pour l'ensemble des membres du groupe.

Pour plus de détails, prière se référer aux guides et protocoles sur les ADS

8.4. L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT OU services DE SOUTIEN psychosociaux

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est une démarche d'apprentissage du patient (et de son entourage) pour acquérir des compétences lui permettant de ⁵:

- Comprendre sa maladie et son traitement ;
- Prendre en charge de manière active sa maladie, ses soins et la prévention de la transmission, en coopération avec les soignants ;
- Améliorer son observance thérapeutique ;
- Vivre le plus sainement possible ;
- Maintenir ou améliorer sa qualité de vie.

C'est un véritable transfert d'une partie des compétences de l'éducateur/soignant vers un patient vivant avec une pathologie chronique.

8.4.1 L'observance

L'observance thérapeutique désigne les capacités d'une personne à prendre un traitement médicamenteux selon une prescription donnée. Elle est l'un des principaux facteurs explicatifs du succès du traitement. L'observance se modifie au cours du suivi pour une majorité des patients ; ce n'est pas une caractéristique fixe.

La qualité de l'observance conditionne l'efficacité du traitement et sa durabilité. Le suivi de l'observance est donc une composante essentielle du suivi des patients sous traitement ARV.

A chaque visite, il faut passer en revue le traitement prescrit avec le patient et déterminer s'il existe un problème de régularité ou des difficultés de prises des médicaments. Un bon niveau d'observance du traitement ARV est supérieur ou égal à 95%⁶. Plusieurs méthodes permettent de calculer le niveau d'observance. En cas d'absence au rendez-vous clinique ou de réapprovisionnement en ARV, il faut engager le processus de recherche du patient. Si on ne l'a pas retrouvé au bout de 28 jours, le déclarer comme perdu de vue. Il sort alors de la file active et de la liste des patients sous ARV.

L'efficacité des traitements antirétroviraux impose une observance maximale au moins 95% (ce qui en pratique dans le mois correspondrait globalement à 2 non prise de médicaments). L'efficacité virologique, et donc clinique, est étroitement corrélée à l'observance. Une mauvaise observance favorise l'apparition de souches résistantes aux traitements, réduisant ainsi l'éventail des options thérapeutiques à proposer aux patients. Cette situation diminue la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH et augmente les

⁵ Rapport OMS-Europe publié en 1996

⁶ calcul du niveau d'observance : $[(\text{nombre de comprimés donnés la fois passée} - \text{nombre de comprimés restant}) / (\text{nombre total de jours traitement} \times \text{nombre de comprimé à prendre par jour})] \times 100$

coûts liés à la prise en charge de l'infection. Chez les patients vivant avec le VIH, les difficultés d'observance dépendent principalement de :

+ Facteurs liés au médicament

- Effets indésirables ;
- Complexités des prises ;
- Formes galéniques inadaptées.

+ Facteurs liés au patient

- Mauvaise compréhension du traitement ;
- Attitudes et croyances du patient par rapport au traitement ;
- Oubli ;
- Problèmes psychologiques : troubles de mémoire, dépression, déni de la maladie, auto stigmatisation, conduites addictives, etc.
- Voyage et emploi du temps perturbé ;
- Précarité socioéconomique ;
- Problèmes alimentaires.

+ Facteurs liés à l'environnement

- Stigmatisation/discrimination ;
- Situation professionnelle
- Situation familiale difficile

+ Facteurs liés à l'organisation des services ou des soins

- Insuffisances dans l'organisation des services et dans l'offre des soins
- Mauvais accueil des patients
- Non disponibilité du personnel
- Non disponibilité du médicament ;
- Inaccessibilité financière des soins (transport du patient, le suivi biologique)
- Inaccessibilité géographique.

Pour ce faire, les structures de prise en charge doivent développer des stratégies d'aide à l'observance du traitement ARV par des séances d'éducation thérapeutique afin d'obtenir les meilleurs résultats possibles en termes d'amélioration de l'état de santé des patients, de bonne gestion des complications du traitement et de prévention de la transmission du VIH.

8.4.2 Programme d'éducation thérapeutique

L'éducation thérapeutique s'inscrit dans une prise en charge globale, médicale, psychologique et sociale et centrée sur le patient. L'éducation thérapeutique doit être accessible et proposée à tous les patients.

Elle peut avoir lieu en séances individuelles ou collectives. À titre indicatif, les entretiens individuels, de durée moyenne de 45 minutes, sont conduits par du personnel formé à l'éducation thérapeutique : infirmier, psychologue, assistant social, diététicienne, médecin, pharmacien, médiatrice, conseiller psychosocial au sein des associations...

Dans la conduite de l'ETP, l'éducateur/soignant peut être amené à impliquer d'autres acteurs ou personnes ressources : un parent/tuteur, un patient aide formateur, leaders religieux.

8.4.2.1 LES OBJECTIFS DU PROGRAMME

L'ETP permet au patient d'acquérir des compétences, afin de pouvoir prendre en charge de manière active sa maladie, ses soins, la prévention de la transmission et sa surveillance, en partenariat avec les soignants.

8.4.2.2 LA DEMARCHE EDUCATIVE

Elle comprend :

- Le diagnostic éducatif
- Le contrat d'éducation
- La mise en œuvre
- L'évaluation
- Le suivi éducatif

La figure ci-dessous décrit l'interaction entre les différentes étapes.

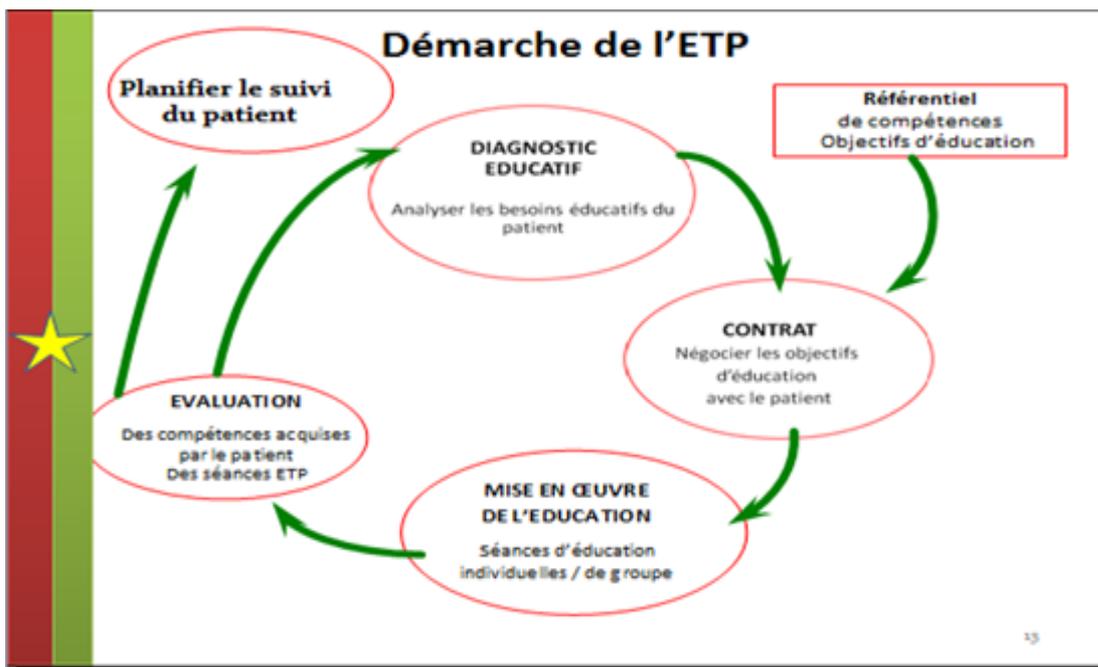


Figure 28 : la démarche éducative.

8.3.2.3. LE DIAGNOSTIC EDUCATIF

Le diagnostic éducatif est la première étape de la démarche pédagogique qui permet :

- D'appréhender différents aspects de la vie et de la personnalité du patient ;
- D'identifier ses besoins ;
- D'évaluer ses potentialités ;
- De prendre en compte ses demandes et son projet.

Dans le but de proposer un programme d'éducation personnalisée, plusieurs dimensions doivent être explorées conformément au tableau suivant :

Tableau 22: dimensions explorées lors du diagnostic éducatif.

Dimensions	Questions possibles
Bio-clinique	Etat de santé du moment, traitement, type de VIH, infections opportunistes, co-infection, effets secondaires, baisse ou augmentation des CD4, charge virale.... ?
Socio culturelle	Comment ça se passe au quotidien dans votre famille? Au travail? Par rapport à votre religion/culture, qu'est-ce qui peut vous gêner (ou faciliter la tâche) dans votre situation actuelle? Qui peut vous aider?
Pédagogique	Qu'est-ce qu'on vous a dit sur votre maladie? Comment l'expliquez-vous? D'après vous, comment avez-vous été contaminé?
Psychologique	Comment vivez-vous avec votre maladie? Comment vous sentez-vous? Comment vous représentez-vous dans votre milieu de vie ?
Stratégique Expérientielle	Quel genre de problèmes avez-vous déjà rencontré? Qu'avez-vous fait?
Motivationnelle	Qu'est ce qui compte le plus pour vous dans la vie? Quels sont vos projets actuellement?

Orienter si nécessaire la personne vers des structures ou des professionnels adaptés à la situation diagnostiquée : service social ; professionnels non médicaux (psychologue, nutritionniste, diététicienne, kinésithérapeutes) ou médicaux ; réseaux de santé ; association des malades et des usagers du système de santé...

La Synthèse du diagnostic éducatif permettra de répondre à ces trois questions :

- Quel est le projet du patient susceptible de le motiver à apprendre et à appliquer les compétences développées ?
- Quels sont les facteurs d'appui et les obstacles, c'est-à-dire ses potentialités à apprendre et mettre en œuvre ces compétences ?
- Que doit apprendre (ou réapprendre) le patient pour assurer sa sécurité, pour répondre à ses besoins spécifiques et réaliser son projet ?

8.4.2.4 LE CONTRAT D'EDUCATION

Un contrat d'éducation est un accord et un engagement mutuels entre le patient et l'équipe soignante qui indique:

- Les compétences à acquérir par le patient, au terme de l'éducation ;
- Les moyens mis en œuvre par le soignant pour permettre au patient d'atteindre les compétences déterminées.

C'est mettre en regard, les objectifs de l'équipe éducative et ceux du patient, les négocier et les hiérarchiser dans le temps et s'accorder sur les modalités de mise en œuvre des séances d'éducation thérapeutique individuelles ou collectives ultérieures

8.4.2.5 LA COMPETENCE

Une compétence se définit comme un ensemble de savoirs : savoir, savoir être et de savoir-faire qui permet l'exercice d'une activité. On distingue deux types de compétences:

- Compétences d'auto-soins ou de sécurité : Les compétences d'auto soins représentent des actions que le patient met en œuvre avec l'intention de modifier l'effet de la maladie sur sa santé (comprendre, s'expliquer sa maladie, pratiquer, faire...)
- Compétences d'adaptation ou psychosociales : Ce sont des compétences personnelles et interpersonnelles.
 - Les compétences d'ordre personnel sont mobilisées par et pour le patient lui-même (gérer ses émotions, renforcer son sentiment d'auto-efficacité, l'image de soi)
 - Les compétences d'ordre interpersonnel sont mobilisées par le patient dans ses relations avec son entourage (prendre des décisions et résoudre un problème).

Le référentiel de compétence est un document qui regroupe l'essentiel des compétences jugées indispensables pour une qualité de vie optimale du patient par l'équipe de prise en charge. Il s'élabore en équipe et constitue avec le dossier d'éducation, une base consensuelle et une référence de l'ensemble des acteurs de la PEC.

Tableau 23 : Exemple de référentiel de compétences.

Compétences d'auto-soins	compétences d'adaptation
--------------------------	--------------------------

Compétences	Objectifs	Compétences	Objectifs
Comprendre, s'expliquer	Ex : expliquer l'incidence du traitement sur la dynamique du VIH Ex : citer les médicaments de son traitement	Informé, éduqué son entourage	Convaincre son ou sa partenaire sexuel (le) à des pratiques sexuelles à moindre risque
Repérer, analyser, mesurer	Expliquer une charge virale indétectable	Exprimer ses besoins, solliciter l'aide de son entourage	Exprimer ses besoins, ses valeurs, ses attentes, ses émotions
Faire face, décider	Décrire une conduite à tenir en cas de perte du stock de médicaments	Utiliser les ressources du système de soins Faire valoir ses droits, Faire valoir ses choix de santé	Identifier les structures appropriées pour résoudre les problèmes mineurs de santé
Résoudre un problème de thérapeutique quotidienne, de gestion de sa vie et de sa maladie	Dépister les signes cliniques pouvant évoquer des effets secondaires de son traitement	Analyser les informations reçues sur sa maladie et son traitement	Expliquer une charge virale indétectable
Pratiquer, faire	Poser un préservatif	Exprimer ses sentiments relatifs à la maladie et mettre en œuvre des conduites d'ajustement	Identifier les enjeux d'une nouvelle relation
Adapter, réajuster	Adapter sa prise de médicaments lors d'un évènement particulier	Formuler un projet, le mettre en œuvre	Définir un besoin prioritaire et identifier les ressources nécessaires, disponibles

8.4.2.6. LA MISE EN ŒUVRE

Il s'agit de planifier et mettre en œuvre les séances d'ETP individuelles ou collectives ou en alternance. La mise en œuvre fera appel à divers techniques et méthodes employant ou non des outils d'apprentissage. Exemple l'outil vrai-faux avec degré de certitude (voir annexe...).

L'éducateur ou l'équipe doit :

- Sélectionner les contenus à proposer lors des séances d'ETP, les méthodes et les techniques participatives d'apprentissage ;
- Identifier les outils adaptés ;
- Planifier et préparer les séances ;
- Réaliser les séances.

L'ETP ne se limitant pas aux conseils, l'accent sera mis sur l'acquisition des compétences cognitives (savoirs), des aptitudes et des attitudes (savoir-faire et savoir-être) et doit tenir compte des principes de l'apprentissage qui sont :

- Proposer des activités : ayant du sens pour le patient, abordables par le patient, contrôlables par le patient ;
- Explorer les connaissances antérieures : partir de ce que sait le patient ;
- Répondre au questionnement du patient ;
- Respecter le rythme de l'apprenant ;
- Faire des feed-back ;
- Respecter le droit à l'erreur ;
- Aller du concret vers l'abstrait ;
- Rendre le patient acteur de sa prise en charge : proposer des méthodes participatives, favoriser l'auto évaluation ;
- Préparer le patient à appliquer dans son quotidien ses apprentissages (anticipation, transfert) ; à mieux développer ;
- Adapter son langage au niveau du patient.

8.4.2.7 L'ÉVALUATION

L'évaluation est un jugement de valeur, porté sur une mesure, dans le but de prendre une décision pédagogique.

Il s'agira de faire le point avec le patient sur :

- Ce qu'il sait ;
- Ce qu'il sait faire ;
- Ce qu'il compte appliquer et comment il compte l'appliquer.

L'approche participative de l'évaluation devrait permettre de s'accorder avec le patient sur les acquis, mais aussi sur les compétences à renforcer ou à acquérir pour vivre au mieux avec sa maladie et le traitement.

Exemples d'outils d'évaluation (confère manuel ETP) ...

- Test de connaissance : Test vrai/faux/ne sait pas ;
- Evaluation gestuelle : Grille d'observation ;
- Evaluation de l'image de soi et de l'auto efficacité : échelles de 0 à 10 ;
- Evaluation de la résolution de problème et de la compétence d'auto évaluation
- Récit et explicitation d'une stratégie d'action.

L'évaluation aboutira à une nouvelle offre d'ETP qui tient compte des données de cette évaluation et des données du suivi de la maladie chronique.

La fréquence des consultations d'éducation thérapeutique est à adapter au profil des patients. À titre indicatif, 2 à 3 séances annuelles peuvent suffire chez un patient asymptomatique non traité, compte tenu des compétences à acquérir, alors que plusieurs séances mensuelles sont nécessaires chez un patient fragilisé en échec thérapeutique. La part de l'aide à la prise médicamenteuse varie dans le contenu des séances d'éducation thérapeutique en fonction des profils des patients.

Les entretiens de groupe permettent la création d'ateliers à thème et permet un partage d'expérience sur le vécu des uns et des autres par rapport à la maladie et au traitement.

Afin de réguler les échanges, ces ateliers d'ETP doivent être modérés par un animateur (infirmier, conseiller psychosocial etc.)

8.4.3 Groupes spécifiques

8.4.3.1 CAS DE L'ENFANT

L'éducation thérapeutique s'adressera au couple parent (ou tuteur) /enfant tout en préservant des entretiens individuels avec l'enfant. Il sera mis en confiance et rassuré quant à la confidentialité des informations dont il ne souhaiterait pas partager avec les parents (ou tuteur).

Les thèmes abordés, leur approfondissement ainsi que les techniques et outils utilisés seront fonction du développement psychomoteur de l'enfant.

L'adolescence constitue une période délicate pour l'enfant. A ce stade, on note des modifications physiques et psychologiques où l'affirmation identitaire s'accompagne de conflits divers, du goût du risque et de mal-être.

L'accent sera mis d'une part sur la gestion des stocks et la planification des prises médicamenteuses, la prévention de la transmission à travers des activités de groupes et d'autre part sur une écoute personnalisée et la préparation au transfert vers les consultations des adultes.

Tableau 24: compétences et objectifs d'éducation pour l'enfant patient.

Enfant de 3 à 6 ans	Enfants de 7 à 9 ans	Enfants de 9 à 12 ans	Enfants de plus de 12 ans
Montrer où il a mal	Expliquer globalement la présence de microbes dans le corps	Décrire les différents modes de transmission du VIH	Donner le nom du virus responsable de sa maladie
Dire s'il se sent mieux depuis qu'il prend ses médicaments	Décrire une journée avec la prise des médicaments	Décrire les différents modes de prévention du VIH	Expliquer les modes de transmission de sa maladie
Citer ses différents médicaments	Citer les moyens de prévention en cas de blessure / Expliquer quoi faire en cas de blessure		Citer les moyens de prévention à sa disposition
Repérer les moments de la journée où il prend ses médicaments	Expliquer les raisons de son suivi médical à l'hôpital	Différencier les médicaments prescrits	Expliquer quelques manifestations liées à ses traitements
Identifier les lieux de stockage de ses médicaments		Expliquer la prise des médicaments	Poser un préservatif

Pratiquer un lavage simple des mains		Donner les avantages (effets) des médicaments	Reconnaître les objets contaminants dans son environnement personnel
Exprimer ses demandes, besoins aux soignants			Utiliser les structures de soins et socio-éducatives pouvant répondre à ses besoins et demandes d'aide
Solliciter l'aide, le soutien d'un membre de sa famille ou d'une personne de son entourage			Solliciter l'aide de son environnement social et personnel

8.4.3.2 APPUI PSYCHOSOCIAL SELON L'AGE DE L'ENFANT

La prise en charge psycho sociale de l'enfant doit tenir compte de l'âge et du degré de maturité de l'enfant.

Il est important de connaître les réactions émotionnelles des enfants et d'agir sur les conséquences sociales du VIH/sida.

Pour conseiller un enfant, on veillera dès le départ à entretenir de bonnes relations avec lui. Cela s'appelle parfois la "familiarisation". La familiarisation consiste à saluer l'enfant et à parler de choses dont il peut facilement discuter avec vous. A mesure que l'on se familiarise avec l'enfant, il arrive à bien vous connaître et à communiquer avec les prestataires.

✚ Activités de "familiarisation" adaptées à des enfants de différents groupes d'âge:

- Si l'enfant à moins de 5 ans, comportez-vous comme lui. Cherchez à savoir quel jeu il aime ;
- Si l'enfant est âgé de 6 à 12 ans, trouvez une activité amusante et relaxante et menez-la avec lui, par exemple parlez-lui d'un magazine ou d'un objet intéressant ;
- Si c'est un adolescent âgé de 13 à 18 ans, chercher à savoir ce qui l'intéresse, par exemple le sport ou la musique et demandez-lui de parler de ce qu'il aime ou n'aime pas.

✚ Conséquences sociales du VIH/sida

Les enfants affectés par le VIH/sida en subissent les conséquences sociales. Par exemple, un enfant dont les parents ou les aînés sont séropositifs peut faire face à un surcroît de responsabilités familiales et enregistrer par conséquent une baisse de ses résultats scolaires ou alors réagir en devenant rebelle (par exemple faire l'école buissonnière ou consommer de l'alcool ou de la drogue).

Bon nombre d'enfants infectés ou affectés par le VIH/sida sont également rejetés par leurs amis ou voisins. On peut par exemple taquiner l'enfant malade au sujet de sa maladie ou de l'incapacité de ses parents à subvenir à ses besoins à cause de leur maladie. Les enfants peuvent également être isolés par leurs amis, ou traités "d'orphelins du sida" lorsque l'un ou tous les parents sont décédés.

Lors des séances de conseil pour des enfants confrontés aux conséquences sociales du VIH/Sida, il faut:

- Explorer les conséquences sociales du VIH/sida sur l'enfant et chercher à comprendre pourquoi les gens adoptent certains comportements ;
- Fournir à l'enfant des informations sur le VIH/sida adaptées à son âge ;
- Créer un cadre où l'enfant se sent à l'aise pour exprimer ses émotions. Pour ce faire, on peut impliquer des personnes que l'enfant aime beaucoup et qui peuvent lui apporter un soutien : par exemple la famille, l'école, les groupes de soutien, les ONG, les organisations communautaires (OC) ou les organisations confessionnelles ;
- Encourager l'enfant et sa famille, si possible et lorsque cela est indiqué, à être des modèles de rôle positif en montrant à leur communauté qu'il est possible de mener une vie positive avec le VIH/sida.

8.4.3.3 ANNONCE DU STATUT SEROLOGIQUE A L'ENFANT

Plusieurs facteurs influencent la maturité d'un enfant. Certains enfants sont précoces, très curieux et veulent savoir ; d'autres restent passifs, non demandeurs. Un seuil est par conséquent difficile à établir (vers l'âge de douze ans en moyenne ou plutôt si l'enfant « veut savoir »).

Cette annonce nécessite une préparation psychologique mettant à contribution le personnel médical, psychologue et les parents. Il faut utiliser les termes adaptés en fonction de l'âge.

**L'annonce doit se faire progressivement, en fonction de la maturité.
Le soutien psychosocial se fait pendant et après l'annonce.**

➤ L'annonce de la séropositivité

✚ L'importance de l'annonce de la séropositivité :

- L'enfant doit avoir toutes les informations sur le VIH ;
- Un dialogue franc doit se faire entre l'enfant et ses parents ou ses tuteurs ; les secrets sont source d'aggravation des problèmes ;
- Les enfants savent faire face aux problèmes mieux qu'on le croit ;
- Les enfants doivent comprendre la raison de leurs visites répétées aux centres médicaux, le but des prélèvements sanguins et des traitements reçus ;
- L'enfant doit savoir se protéger pour éviter de se réinfecter et d'infecter les autres.

Tableau 25 : Annonce des résultats selon l'âge de l'enfant

Ages	Annonce/Information à donner
------	------------------------------

enfants < 6 ans	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Décrire l'infection à VIH avec des mots simples faciles à comprendre – par exemple, au lieu de « VIH » dire « vilain ou méchant » ; pour « CD4 » dire « soldats ou défenseurs ou héros » ; ▪ Insister sur la chronicité de la maladie pour laquelle les médicaments pris régulièrement permettent de rester en bonne santé, etc. ; ▪ Le diagnostic exact n'est pas important pour les enfants à cet âge.
aux enfants scolarisés (6–12 ans)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Il est recommandé de faire l'annonce aux enfants de cet âge, avec l'accord des parents ; ▪ Ces enfants ont besoin d'informations plus spécifiques, selon leur maturité ; ▪ Leur indiquer ceux avec qui ils peuvent discuter de l'infection à VIH quand ils le souhaitent ; ▪ Répondre à leurs questions, leurs préoccupations sans détour en respectant leur niveau de connaissance et maturité.
adolescents (> 12 ans)	<p>L'adolescent doit être mis au courant de sa séropositivité. Les thèmes suivants seront abordés au cours des entretiens :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ le VIH en général ; ▪ la progression de la maladie ; ▪ la transmission du virus ; ▪ la prévention de la maladie ; ▪ le diagnostic et le pronostic ; ▪ les médicaments antirétroviraux ; ▪ l'annonce aux autres (famille, amis) ; ▪ l'importance de l'observance et la résistance aux antirétroviraux ; les adolescents prennent de plus en plus de responsabilité pour leur ARV mais c'est obligatoire pour le tuteur de continuer de les superviser et les aider avec l'observance ; ▪ la sexualité, les risques de transmission et l'obligation d'annoncer le statut VIH aux partenaires sexuels de sorte qu'ils soient mis au courant du risque de transmission encouru.

NB : Les enfants qui ignorent leur séropositivité ou qui le découvrent tardivement peuvent

- Avoir de fausses idées sur le VIH ;
- Manquer du soutien psychosocial ;
- Se sentir trahi en découvrant leur séropositivité ;
- Apprendre leur séropositivité par accident,
- Infecter involontairement les autres.

Rôles de l'éducateur :

- Proposer une éducation de groupe : l'ETP sera une réussite lorsqu'elle est réalisée avec les personnes vivant les mêmes réalités (pairs éducateurs) ;
- Amener le patient à être autrement le même ;
- Déceler et aider le patient à résoudre les stressés psychosociaux ;
- Préserver ou maintenir le patient dans l'échelle des valeurs familiales ;
- Utiliser des schémas, images, les situer dans un statut de « savants » c'est-à-dire les responsabiliser ;

- convenir avec l'adolescent sur le mode de rappel des prises des ARV, les RDV d'approvisionnement et d'ETP. Les réseaux sociaux et les SMS peuvent être utilisés pour ce genre de rappel. Pour cela, disposer d'un agenda dans lequel sont notifiées les références du patient adolescent ;
- La thérapie cognitivo-comportementale est une psychothérapie qui consiste à mettre le patient face à la situation redoutée. Dans le cas de l'infection à VIH, elle consiste à amener l'adolescent infecté à développer les attitudes et aptitudes pour vivre positivement avec le VIH.

8.4.3.4 CAS DE LA FEMME ENCEINTE

Les séances d'ETP prendront en compte les besoins de la femme au cours de la grossesse, la préparation de l'accouchement, le post partum et la prise en charge du nouveau-né. Le conjoint sera idéalement associé.

Tableau 26: Exemples de référentiel de compétences dans le cadre de la PTME.

Compétences	Objectifs
Comprendre, s'expliquer la maladie, le traitement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Expliquer le mécanisme de la maladie ▪ Expliquer les mécanismes de transmission et de prévention et plus particulièrement de la contamination mère / enfant ▪ Expliquer l'importance du dépistage VIH pendant la grossesse ainsi que l'hépatite B et la syphilis ▪ Expliquer les modalités de diagnostic de la maladie de l'enfant ou expliquer pourquoi attendre 18 mois pour connaître le statut sérologique de l'enfant ▪ Expliquer l'intérêt du suivi clinique et biologique de l'enfant ▪ Expliquer les critères de mise sous ARV ou expliquer le moment les raisons de la mise sous ARV ▪ Identifier le traitement prescrit, la posologie ▪ Expliquer l'action du traitement et l'intérêt d'une prise régulière
Interpréter, analyser	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interpréter les résultats des CD4 ▪ Dépister les signes de malnutrition (en particulier au moment du sevrage) ▪ Résoudre des problèmes de vie quotidienne et en urgence ▪ Choisir un mode d'allaitement ▪ Planifier la prise de traitement en fonction de la prescription, des activités quotidiennes et du rythme de l'enfant ▪ Identifier les lieux de stockage du traitement et gérer le stock ▪ Reconnaître et adopter la conduite à tenir en cas d'effets secondaires ▪ Adopter la conduite à tenir en cas d'oubli, de vomissements

Résoudre un problème de vie quotidienne ou de prévention, faire face, décider	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Corriger ces effets secondaires avec des moyens médicamenteux ou non dans la mesure du possible ▪ Avoir recours à une automédication simple et adaptée pour les troubles mineurs non liés au traitement ▪ Décaler ou rattraper une prise médicamenteuse en cas d'oubli ▪ Reconnaître les effets secondaires graves et adopter une conduite à tenir adéquate ▪ Gérer son stock de médicaments pour éviter les ruptures d'approvisionnement ▪ Stocker ses médicaments de manière appropriée pour leur bonne conservation ▪ Utiliser un moyen de stockage approprié pour les prises médicamenteuses en dehors du domicile (travail, déplacement ...) ▪ Choisir son alimentation (liquide et solide) en fonction des spécificités de son traitement ▪ Résoudre les difficultés de prise médicamenteuse liées à l'environnement (prise en public, horaires) de façon à conserver une bonne adhésion ▪ Utiliser des moyens de prévention adaptés pour ne pas contaminer son entourage (allaitement, relations sexuelles, blessure ...) ▪ Adapter les horaires de prises lors de circonstances exceptionnelles (voyage, événement social ou religieux ...)
Pratiquer / Faire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consulter un professionnel de santé pour les troubles majeurs ou mineurs ne s'améliorant pas après auto – médication ▪ Nettoyer le biberon pour les cas d'alimentation artificielle ▪ Préparer la dose médicamenteuse prescrite ▪ Administrer la dose médicamenteuse prescrite à l'enfant ▪ Poser un préservatif
Communiquer	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informer son enfant de sa maladie avec l'aide des soignants/acteurs de santé ▪ Exprimer ses demandes, besoins, sentiments aux soignants/acteurs de santé ▪ Solliciter l'aide, le soutien d'un membre de la famille

Cas des personnes handicapées : Il faut savoir adapter la communication pour l'éducation thérapeutique et l'aide à l'observance auprès de certains groupes particuliers comme les personnes handicapées visuelles et auditives.

Quand proposer l'ETP ?

L'éducation thérapeutique doit être proposée systématiquement (au moins 2 séances par an) à tout patient.

Elle est recommandée dans les situations suivantes :

- Découverte de la maladie ;
- Initiation aux traitements ;
- Pendant le traitement :
 - Modification du traitement antirétroviral avec ou sans échec thérapeutique ;
 - Evènements intercurrents significatifs d'ordre psychosocial (rupture sentimentale, déménagement, prise ou perte d'emploi, formation d'un couple, etc.) ou médical (découverte d'une HTA, diabète, trouble lipidique...);
 - Sur demande du patient.

8.4.4 La logistique

L'éducation thérapeutique fait intervenir tous les membres de l'équipe de prise en charge: agents de santé (médecin, pharmacien, paramédicaux), assistants sociaux, psychologue, agents communautaires, famille, etc. dans un environnement sécurisant, confiant, confidentiel et dans une dynamique de concertation continue.

✚ Les supports et outils de l'éducation thérapeutique sont les suivants :

- ;
- Le registre d'ETP ;
- Le dossier du patient ;
- Les brochures d'information (si disponibles) ;
- Des échantillons de comprimés, gélules pour visualiser couleur, forme et taille ;
- Les outils : Le chevalet, les piluliers (mise en pratique de la planification des prises journalières) les cartes, les contes, les marionnettes

8.5. Les particularités sur les populations clés

Dans le monde entier, on estime que jusqu'à 50 % des nouvelles infections chez les adultes surviennent parmi les populations clés (PC) et leurs partenaires immédiats, et, en Afrique, cette proportion varie de 10 à 40 %. Il est reconnu que bon nombre de personnes des populations clés adoptent plus d'un comportement à haut risque et ont tendance à transmettre le VIH plus facilement, ce qui potentialise d'autant l'incidence de l'infection au sein de ce groupe.

L'OMS définit les « populations clés » comme des groupes de personnes présentant un risque accru de contracter le VIH, en raison de comportements spécifiques à haut risque, quel que soit le type ou le contexte de l'épidémie.

Au Burkina Faso, selon le cadre stratégique national (CSN), les populations clés et vulnérables sont :

- Les travailleurs (es)s du sexe (TS)
- Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)
- Les détenus
- Les usagers de drogues
- Le personnel de soins
- Les personnes handicapées
- Les clients des TS

Les quatre premiers ci-dessus sont les populations clés. Elles ont un accès aux soins plus limité, Il est donc préférable d'aborder toutes les questions relatives à leur santé dans un guichet unique et intégré. Les besoins fondamentaux devront être pris en compte

8.5.1. Stratégies de prévention

Il est important de :

- Assurer des services de prévention en mettant un accent sur les réseaux sociaux en particulier pour les HSH et les TS
- Utiliser des stratégies de dépistage ciblé pour les populations clés telles que l'approche améliorée de mobilisation par les pairs (EPOA) ou le référence des réseaux à risque (RNR), l'auto dépistage
- Assurer une disponibilité constante de préservatifs et de lubrifiants compatibles.
- Assurer la disponibilité de la prophylaxie post-exposition (PEP) et de la prophylaxie préexposition (PrEP)
- Mettre en place des interventions de distribution d'aiguilles et de seringues pour réduire la propagation des maladies par des aiguilles non stériles particulièrement chez les usagers de drogues injectables (UDI).
- Disponibiliser des thérapies de substitution aux opiacés (TSO) destinée à fournir régulièrement des opiacés moins toxiques couplés à un matériel d'injection à usage unique pour réduire les risques infectieux particulièrement chez les UDI.

8.5.2. TARV

Les indications sur le TARV sont les mêmes que pour toutes les autres PVVIH, avec un degré d'urgence plus élevé soit pour commencer le traitement, soit pour détecter l'échec du traitement, afin d'obtenir très vite une CV indétectable et ainsi diminuer la contagiosité. La rétention dans les soins pose également des défis plus importants dû principalement à la mobilité, à la stigmatisation et à la discrimination dont souffrent ces populations.

Toutes les femmes parmi les groupes de populations clés doivent avoir le même accès à la PTME et dans les mêmes conditions et indications (voir chapitre PTME).

8.5.3. Tuberculose

Les PVVIH ont des risques 30 fois plus élevés de contracter la tuberculose et d'aggraver leur état si elles consomment des drogues injectables ou si elles sont incarcérées. Un dépistage régulier de la TB et un TPT en cas de résultat négatif est essentiel.

8.5.4. IST

Tout comme le VIH, les PC ont un risque plus élevé de contracter une IST. La consultation médicale devra donc :

- Faire un dépistage, une anamnèse et un examen clinique (vaginal et anal), en particulier pour la syphilis, gonorrhée et chlamydia (y compris le dépistage de HPV si disponible)
- Si le test n'est pas disponible, utiliser l'approche syndromique de l'OMS, adaptée aux populations à haut risque.
- Proposer un traitement présomptif ou traitement présomptif périodique (TPP), indépendamment de la présence ou de l'absence de symptômes d'IST, lorsque l'accès aux soins est difficile et que le risque et la prévalence d'infections sont élevés. C'est une mesure efficace à court terme notamment parmi les PS.

- Mettre en œuvre conjointement le TPP, l'intervention des pairs et des mesures visant à accroître l'utilisation des préservatifs et des lubrifiants.
- Dépister le VHB, beaucoup plus contagieux que le VIH, si les moyens le permettent, et vacciner tous les patients négatifs. S'il y a un doute sur le statut vaccinal et que le test n'est pas possible, vacciner la personne. Ne pas oublier aussi la vaccination contre le VHB pour les nourrissons conformément au calendrier vaccinal du PEV.
- Dépister si possible le VHC, qui est moins contagieux par voie sexuelle. Orienter les patients vers un service approprié pour le traitement.

8.5.5. Santé sexuelle et reproductive

Les PC ont les mêmes besoins et droits de santé sexuelle et reproductive. Au besoin les cliniciens devront leur proposer les services appropriés que sont notamment :

- Planning familial et contraception.
- Les services de soins prénatals et postnatals.
- Les services de dépistage de cancer génital (col de l'utérus, anorectal et prostatique).
- La référence vers des hôpitaux faisant la prise en charge de ces cancers notamment cervicaux.
- La prise en charge, y compris la PPE, pour les victimes de violences sexuelles.

8.5.6. Santé mentale et abus d'alcool et de drogues

L'environnement social, l'abus d'alcool et de drogues ont des répercussions fortes sur la santé mentale des patients. A cela s'ajoutent, la criminalisation, la marginalisation et la violence exercée sur ces PC, les rendant encore plus vulnérables. Une mauvaise santé mentale peut être un obstacle à la fois au dépistage, au traitement du VIH mais aussi au suivi dans les soins.

Comme pour toutes les PVVIH, mais particulièrement pour ces groupes de PC, une évaluation de l'état de santé mentale et le dépistage d'addictions (alcool, drogues) devraient être effectués.

CHAPITRE IX : LA PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT INFECTÉ PAR LE VIH

CHAPITRE IX : LA PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT INFECTÉ PAR LE VIH

9.1 Prise en charge globale de l'enfant infecté par le VIH en quinze points essentiels

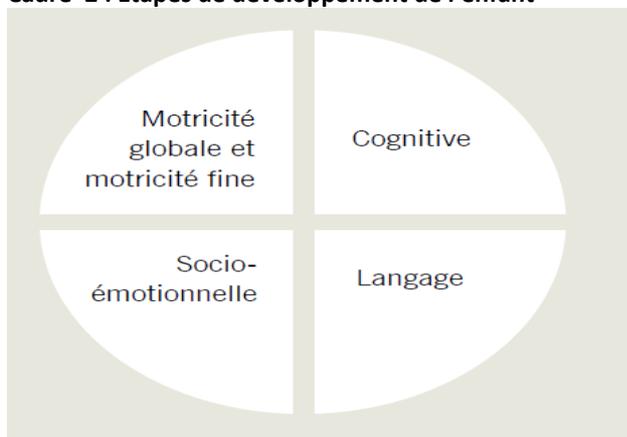
Pour une prise en charge globale, les quinze points suivants sont essentiels :

- 1- Confirmer le statut VIH le plus tôt possible ;
- 2- Surveiller la croissance et le développement de l'enfant ;
- 3- S'assurer que les vaccinations ont été initiées et complétées selon le calendrier en vigueur ;
- 4- Assurer la prophylaxie et le traitement des infections opportunistes ;
- 5- Dépister et traiter précocement toute infection ;
- 6- Conseiller les mères et les familles sur:
 - a- l'alimentation adéquate du nourrisson en vue de prévenir la malnutrition et favoriser la croissance et le développement du nourrisson ;
 - b- la nécessité d'une bonne hygiène corporelle et alimentaire pour prévenir les infections courantes et les encourager à se faire traiter rapidement pour toute infection ou tout autre problème de santé ;
 - c- le suivi régulier de l'enfant selon les normes nationales en vigueur ;
- 7- Classer les enfants infectés selon le stade clinique et si possible immunologique de la maladie ;
- 8- Traiter par les ARV, les enfants infectés selon les normes en vigueur ;
- 9- Assurer une bonne observance du traitement
- 10- Offrir un soutien psychosocial à l'enfant infecté et à sa famille ;
- 11- Référer l'enfant infecté pour des soins spécialisés si nécessaire et orienter vers des structures communautaires de prise en charge ;
- 12- Conseiller le dépistage familial (parents/fratrie)
- 13- Assurer la prise en charge des parents selon les normes en vigueur.
- 14- Communiquer avec la famille et favoriser l'annonce du statut VIH à l'enfant selon son âge.
- 15- Préparer la transition vers la file active adulte.

9.2 Evaluation du développement psychomoteur de l'enfant

L'évaluation du développement psychomoteur de l'enfant repose sur les quatre (4) étapes suivantes :

Cadre 2 : Etapes de développement de l'enfant



Un check liste résumé ici-bas permettra d'évaluer les aspects normaux et donner les signes d'alertes

Tableau 27 : Eléments d'appréciation du développement psychomoteur de l'enfant

Age	Normaux	Signes d'alertes 
1 mois	Soulève la tête, Réagit aux bruits Réflexes archaïques du nouveau-né	
6 semaines		Absence de poursuite oculaire (au déplacement d'un doigt) Pas de sourire Succion faible Absence ou baisse de tonicité (mou) Ne parvient pas à soulever sa tête de façon adéquate
2 mois	Tient la tête à mi-hauteur, soulève la poitrine de la table, sourit.	
4 mois	Peut se retourner, rit	
6 mois	Tient assis Gazouille	Ne peut atteindre/prendre un objet avec ses deux mains, Pas de réaction/réponse aux sons, Faible interaction sociale avec les autres.
9 mois	Se met debout	
10 mois		Poings serrés. Persistance de réflexe archaïques.
12 mois	Marche seul, utilise des mots.	Ne peut soutenir son poids sur ses jambes
18 mois	Peut se déshabiller, gribouille, court.	Ne marche pas. N'utilise pas de mot simple avec un sens précis.

9.3 INFECTIONS OPPORTUNISTES

9.3.1 Prophylaxie des infections opportunistes

9.3.1.1 PROPHYLAXIE AU COTRIMOXAZOLE

Le cotrimoxazole (CTX) est la molécule la plus utilisée pour la prévention des infections opportunistes. La prophylaxie au cotrimoxazole a pour objet la prévention de la pneumocystose, de la toxoplasmose et des infections bactériennes.

Le tableau XVIII (ci-dessous) désigne les situations où l'administration du cotrimoxazole doit être appliquée et les situations de contre-indications.

Indications et contre-indications au Cotrimoxazole

Tableau 28 : Indications et contre-indications de la prophylaxie par le Cotrimoxazole.

Indications de la prophylaxie par le Cotrimoxazole chez les enfants	Contre - indications à la prescription du Cotrimoxazole
<ul style="list-style-type: none">▪ Tout nourrisson, né de mère VIH+, dès l'âge de 6 semaines ;▪ Chez les enfants de 1- 5 ans, classés en stade clinique II, III ou IV de l'OMS ou ayant un pourcentage de CD4 < 25% ;▪ Chez les enfants de plus de 5 ans, les recommandations sont les mêmes que pour l'adulte	<ul style="list-style-type: none">▪ Anémie macrocytaire (avec Hb<6,5 g/dl) ;▪ Cytolyse hépatique (transaminases >3 fois la normale) ;▪ Insuffisance rénale ;▪ Allergie aux sulfamides ;▪ Prématuré, Nouveau-né et nourrissons de moins de 6 semaines d'âge.

Posologie du Cotrimoxazole

Tableau 29: Posologie journalière de Cotrimoxazole recommandée, en fonction du poids ou de l'âge (en 1 prise).

Poids ou âge	Suspension 240mg (200mg SMX* + 40 mg TMP* /5ml)	Comprimé 480 mg (400mg SMX + 80 mg TMP)	Comprimé 960 mg (800mg SMX + 160mg TMP)
<5 kg ou < 6 mois	2,5 ml	¼ comprimé	
5-15 kg ou 6 mois-5 ans	5 ml	¼ comprimé	
15-30 kg ou 6-14 ans	10 ml	1 comprimé	¼ comprimé
>30 kg ou >14 ans		2 comprimés	1 comprimé

SMX : Sulfaméthoxazole

TMP = triméthoprime

Durée de la prophylaxie par le Cotrimoxazole

La prophylaxie par le Cotrimoxazole sera poursuivie chez le nourrisson, né de mère VIH+ jusqu'à preuve d'une non contamination ;

- Chez l'enfant sous Cotrimoxazole, la prophylaxie sera maintenue jusqu'à l'âge de 5 ans ;
- Après l'âge de 5 ans, la prophylaxie par le Cotrimoxazole sera interrompue si le taux des CD4 > 350 cellules/mm³ depuis au moins 6 mois (même recommandation que l'adulte).

9.3.1.2 CHIMIO PROPHYLAXIE CONTRE LA TUBERCULOSE

Il convient de dépister les cas de tuberculose chez les enfants de moins de 5 ans infectés par le VIH en suivant la figure 21. Ceux qui ne présentent aucun des symptômes suivants : toux, fièvre, perte de poids ou sueurs nocturnes ne sont probablement pas atteints de tuberculose maladie et doivent recevoir un traitement préventif à l'isoniazide (TPI). Voir aussi les détails dans le chapitre VI.

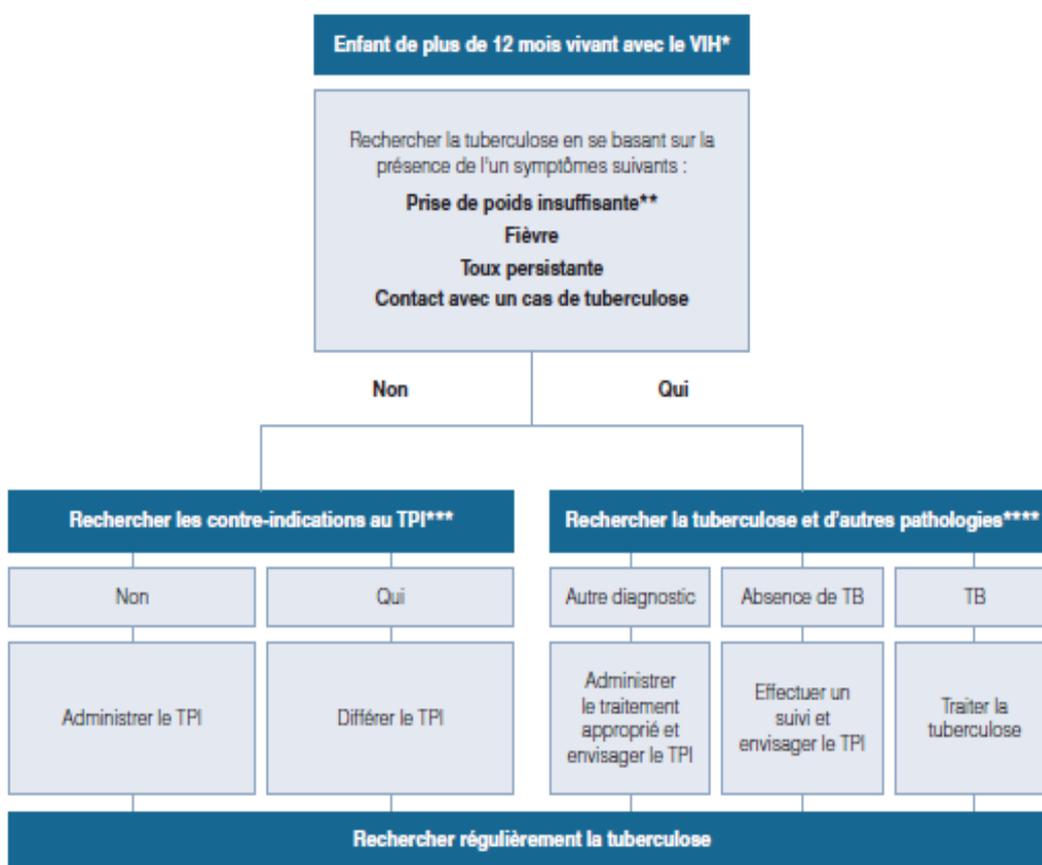


Figure 29 : Algorithme de dépistage TB et administration du TPI chez les enfants (OMS)

TPI : 3 mois de prise hebdomadaire de rifapentine plus isoniazide (3HP),

Tous les enfants vivant avec VIH qui ont terminé un traitement antituberculeux avec succès doivent recevoir un TPI supplémentaire selon les normes en vigueur.

- **Prise en charge des enfants en contact avec des adultes contagieux (TP/CB+ ou test Xpert MTB+)**

Il est important de dépister les enfants en contact étroit avec des adultes ayant une TB pulmonaire bactériologiquement confirmée. Si l'enfant présente des symptômes,

on recherchera la tuberculose. Si les résultats sont positifs, l'enfant doit recevoir un traitement antituberculeux. Si les résultats sont négatifs, il doit prendre le traitement préventif.

NB ; Tout enfant de moins de 5 ans séronégatif en contact avec un cas de Tuberculose bactériologiquement confirmé et n'ayant pas de tuberculose maladie, doit bénéficier de la prophylaxie à la Rifampicine et à l'isoniazide tous les jours pendant 3 mois selon la posologie décrite dans le tableau XXxxx.

Tableau 30 : Posologies pour le traitement préventif chez les enfants de moins de 5 ans non infectés par le VIH contacts confirmée bactériologiquement.

Médicament	Posologie selon le poids (en kilos)			
	4-7	8-11	12-15	16-24
RH 75/50 mg	1 cp	2 cp	3 cp	4 cp

***NB :** pour les enfants de moins de 4 kg (0 à 3 mois), il faut requérir l'avis d'un médecin (de préférence un pédiatre ou un pneumologue) pour les posologies à administrer.*

Les enfants sous traitement préventif à la Rifampicine et à l'isoniazide seront évalués chaque mois par l'agent CDT. Il faut arrêter l'administration de la Rifampicine et de l'isoniazide s'il y a apparition de démangeaisons ou éruptions cutanées, étourdissements, ictère, vomissements, confusion, convulsions.

9.3.2 DIAGNOSTIC et traitement des infections et affections opportunistes chez l'enfant infecté par le VIH

Le tableau 31 oriente le diagnostic et le traitement des infections et affections opportunistes chez l'enfant.

Tableau 31 : Diagnostic et traitement des infections et affections opportunistes chez l'enfant infecté par le VIH

Infections	Signes cliniques cardinaux	Diagnostic positif	Traitement	Niveaux de prise en charge
Candidose oro-pharyngée (muguet buccal)	Enduit blanchâtre sur les muqueuses, odynophagie	Clinique	Bain de bouche : sérum bicarbonaté (14‰) + Amphotéricine B (susp. orale) : 1 appl. x 3/jour Nystatine : Nourrisson : 5 à 30 ml/jour, soit 500 000 à 3 millions d'unités/jour Enfant : 10 à 40 ml/jour, soit 1 à 4 millions d'unités/jour Miconazole gel buccal : 1 cuillère mesure x 3/j. en application locale Amphotéricine B (susp. orale) : 1 ml/2kg x 3/j., en dehors des repas Durée du traitement : 14 à 21 jours	CSPS CM /CMA /Clinique CHR/Polyclinique CHU/hôpitaux privés
Candidose œsophagienne	Dysphagie douloureuse	(éventuellement endoscopie digestive haute pour candidose œsophagienne)	Prévention des mycoses oro-pharyngée : repas peu sucrés (le sucre stimule la croissance des champignons) En cas de persistance ou d'intolérance du traitement local : • Fluconazole : 1 ml/2kg x 3/jour, en dehors des repas Nouveau-né < 14 jours : 3 à 6 mg/kg/ tous les 3 j. en 1 prise. 14 jours de vie à 12 ans : 3 à 6 mg/kg/jour en 1 prise >12 ans : 100-200 mg/jour Durée du traitement : 7 jours pour les candidoses oro-pharyngées, 10 à 14 jours pour les candidoses œsophagiennes	CM /CMA /Clinique CHR/Polyclinique CHU/hôpitaux privés
Tuberculose pulmonaire confirmée bactériologiquement	Toux persistante, fièvre, expectoration muco-purulente, amaigrissement, sueurs nocturnes, autres symptômes respiratoires ou généraux.	Recherche de BAAR dans les crachats ou dans le liquide prélevé par tubage gastrique ou ponction nasopharyngée	Protocole national : Nouveau cas : enfants <25 Kg : 2 (RHZ)/4(RH) enfants ≥25 Kg : 2(RHZE) 4(RH)	CSPS CM /CMA /Clinique CHR/Polyclinique CHU/hôpitaux privés

	Toux persistante, fièvre			
--	-----------------------------	--	--	--

Infections	Signes cliniques cardinaux	Diagnostic positif	Traitement	Niveaux de prise en charge
Tuberculose pulmonaire diagnostiquée cliniquement	Expectoration muco-purulente, amaigrissement, sueurs nocturnes, autres symptômes respiratoires ou généraux.	Crachats négative (3 séries) ou dans le liquide prélevé par tubage gastrique et dans les selles plus GenXpert MTB-, TB-LAM-, Radiographie pulmonaire sans particularités	Nouveau cas : enfants <25 Kg : (RHZ)/4(RH) ; enfants ≥25 Kg : 2(RHZE)4(RH) ;	CSPS CM /CMA /Clinique CHR/Polyclinique CHU/hôpitaux privés
Tuberculose extrapulmonaire	Fièvre, amaigrissement, autres symptômes généraux liées à la localisation.	Recherche de BAAR dans les liquides pathologiques (pleural, ascite, pus ganglionnaire), TB-LAM, Radiographie Echographie NB : rechercher activement une forme pulmonaire de TB	Protocole national: Nouveau cas : enfants <25 Kg : 2(RHZ)/4(RH) ; enfants ≥25 Kg : 2(RHZE)4(RH) ;	CM /CMA /Clinique CHR/Polyclinique CHU/hôpitaux privés

Mycobactériose atypique	Fièvre, amaigrissement, asthénie, autres symptômes spécifiques liées aux localisations de l'infection (adénopathies profondes, etc.)	Hémoculture sur milieu adapté	<p>Traitement curatif en fonction du germe isolé : association clarythromicine (ou azithromycine) + éthambutol + ribabutine pour M. avium intracellulaire. Traitement pendant au moins 12 mois</p> <p>Posologies chez l'enfant de moins de 12 ans : clarythromycine (7,5 mg/kg X 2/j) ou azithromycine (10 mg/kg/j) + éthambutol (15 mg/kg/j) +rifabutine (150 mg/j)</p> <p>Posologies chez l'enfant de plus de 12 ans : clarythromycine (500 mg X 2/j) ou azithromycine (600 mg X 2/j) + éthambutol (15 mg/kg/j) + rifabutine (450 mg/j)</p> <p>Traitement prophylactique (CD4 < 100/mm³) : Enfant < 12 ans : azithromycine 20 mg/kg X 1/semaine, PO Enfant ≥ 12 ans : azithromycine 20 mg/kg X 1/semaine, PO</p>	CMA/Clinique CHR/Polyclinique CHU/hôpitaux privés
Infections	Signes cliniques cardinaux	Diagnostic positif	Traitement	Niveaux de prise en charge
Pneumonie à Pneumocystis jiroveci (PCP)	Dyspnée et/ou toux sèche trainante (>2 semaines)	Diagnostic présomptif sur les signes cliniques Lavage broncho alvéolaire, avec coloration au GIEMSA du produit de LBA	<p>Traitement curatif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cotrimoxazole (sulfaméthoxazole/triméthoprime) : 100 mg/kg de sulfaméthoxazole + 20 mg/kg de triméthoprime, per os ou en IV, toutes les 12 heures, pdt 21j • ou (en cas d'intolérance au CTX) : atovaquone :30 mg/kg x 1/j pdt 21 j, ou pentamidine :3-4mg/kg/j pdt 21 j. Si insuffisance respiratoire (FR>60 cycles/mn pour le nouveau-né, 30 pour le nourrisson et 20 pour le grand enfant ; cyanose des extrémités) ajouter : • prednisone 2mg/kg/j., ou dexaméthasone 4mg/kg/j., pdt 5 à 7j. • oxygénothérapie : 3-5 l/minute <p>Durée du traitement d'attaque : 21 jours</p>	CMA/Clinique CHR/Polyclinique CHU/hôpitaux privés
Toxoplasmose cérébrale	Hémiplégie Fièvre Céphalée	Présomptif sur les signes cliniques Tomodensitométrie (TDM)	<p>Traitement curatif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • sulfadiazine (100mg/kg dose de charge puis 50mg/kg X 2/j +pyriméthamine (1 mg/kg/j, pendant 4 semaines + acide folinique 5 mg -10 mg/j (la pyriméthamine inhibe le métabolisme du folate.) 	CHR/Polyclinique CHU/hôpitaux privés

			<ul style="list-style-type: none"> • ou cotrimoxazole : sulfaméthoxazole 40 mg/kg/j. + Triméthoprim 8 mg/kg/j + acide folinique 25 mg/2j • ou si en cas d'intolérance aux sulfamides : clindamycine (40 mg/kg en 2 prises + pyriméthamine 1 mg/kg/j, ou atovaquone 30 mg/kg x 1/j ; <p>Si troubles de conscience :</p> <ul style="list-style-type: none"> • cotrimoxazole : sulfaméthoxazole 40 mg/kg/j. + Triméthoprim 8 mg/kg/j en 2 perfusions IV de 30 mn pdt toute la durée des troubles de la conscience + acide folinique 25 mg/2 jours <p>Durée du traitement d'attaque : 6-8 semaines</p> <p>Prophylaxie primaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • éviter le contact avec les chats et maintenir une bonne hygiène des mains. • consommer la viande bien cuite • traitement par Cotrimoxazole, si $CD4 < 350/mm^3$ <p>Prophylaxie secondaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demi-dose du traitement d'attaque. Stop prophylaxie si $CD4 > 350/mm^3$ (sur 2 prélèvements consécutifs, au moins pendant 6 mois). 	
--	--	--	--	--

Infections	Signes cliniques cardinaux	Diagnostic positif	Traitement	Niveaux de prise en charge
Cryptococcose neuro-méningée	Céphalées tenaces Syndrome méningé Fièvre	LCS: coloration à l'encre de chine Recherche d'antigènes spécifiques (CrAg-TDR) dans le sang ou dans le LCR	Traitement curatif : <ul style="list-style-type: none"> • Amphotéricine B : 1mg/kg/j par voie IV, pdt 14j, puis fluconazole : 7-10 mg/kg/j pdt 8-10 sem. • ampho B : dose-test de 1mg dans 20 ml G5% en 30 mn puis 0,3 mg/kg sur 6 h à J1. Si réaction sévère à la dose- 	CMA/Clinique CHR/Polyclinique CHU/hôpitaux privés

			<p>test, une posologie plus faible de 0,1 mg/kg est recommandée. Sinon, J2 : 0.5mg / kg, J3 : 0.75mg / kg, J4 à J14 : 1mg/kg.</p> <ul style="list-style-type: none"> • amphi B : en cas de réaction d'intolérance (frissons, fièvre), anti-H1 + paracétamol. • amphi B : surveillance régulière créatininémie, kaliémie, ASAT, ALAT, magnésémie, NFS (surtout si AZT). • Fluconazole : surveillance régulière ASAT, ALAT <p>• Fluconazole : 7-10 mg/kg/J. en 1 prise PO ou IV pdt 10 semaines. Durée du traitement d'attaque : 8-10 semaines Prophylaxie secondaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fluconazole : 5 mg/kg/jour jusqu'à CD4 > 350/mm³ (sur 2 prélèvements consécutifs, au moins pendant 6 mois) • Ponction lombaire soustractive si la pression du LCS est supérieure à 20 CmH₂O 	
Isosporose	Diarrhée chronique cachexie	Examen parasitologique des selles avec recherche d'Isospora belli	<p>Traitement curatif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • cotrimoxazole : idem que pour Pneumocystose, soit 40 mg/kg/j pdt 10 jours, puis 20mg/kg/j pdt 14 j. ; • alternative : ciprofloxacine 10-20mg/kg X 2/j pdt 7 jours. 	CSPS CM /CMA /Clinique CHR/Polyclinique CHU/hôpitaux privés
Cryptosporidiose, microsporidiose	Diarrhée chronique cachexie	Examen parasitologique des selles + coloration de ZIELH NIELSEN modifié Biopsie intestinale + Examen d'anatomo-pathologie	Pas de traitement étiologique Traitement symptomatique et débuter les ARV	CSPS CM /CMA /Clinique CHR/Polyclinique CHU/hôpitaux privés
Leishmaniose cutanée diffuse	Ulcération cutanée d'évolution torpide, unique ou multiple	Examen parasitologique de frottis	Antimoniote de méglumine injectable : confère adulte pour posologie	/CMA /Clinique CHR/Polyclinique CHU/hôpitaux privés

Infections	Signes cliniques cardinaux	Diagnostic positif	Traitement	Niveaux de prise en charge
------------	----------------------------	--------------------	------------	----------------------------

Salmonellose mineure	Fièvre +/- diarrhée trainante Céphalée	Diagnostic présomptif sur les signes cliniques Coproculture + hémoculture	Traitement de 1 ^{er} choix : •Ciprofloxacine : 10-20 mg/kg x 2/j, pdt 14-21 jours ou •CTX à raison de 30/6 mg/kg pdt 3 semaines Alternative : •Ceftriaxone : 50-75 mg/kg/j pdt 5-10 jours	CSPS CM /CMA /Clinique CHR/Polyclinique CHU/hôpitaux privés
Infection à cytomégalovirus (rétinite, digestive, neuroméningée)	Baisse de l'acuité visuelle (rétinite) Encéphalite Diarrhée sanglante chronique (colite)	fond d'œil Scanner cérébral (IRM cérébrale si disponible) + PCR CMV dans le LCR endoscopie digestive +/- biopsie	Traitement de 1 ^{er} choix : Enfant < 12 ans • Ganciclovir : 5 mg/kg/j. x2 /j. IV (perf de 1h) pdt 21 j puis prévention secondaire Adolescent > 12 ans • Ganciclovir :5 mg/kg IV 2X /j. pdt 14j. • Valganciclovir :900 mg per os 2 X /j. pour 21 j. Surveillance : Hémogramme (pancytopenie) et créatininémie. Prophylaxie Enfant < 12 ans • Ganciclovir : 5 mg/kg IV 1 /J à continuer jusqu'à ce les CD4 > 350/mm ³ pendant plus 6 mois Adolescent > 12 ans • Ganciclovir : 5 mg/kg IV une fois par jour Prophylaxie alternative Enfant < 12 ans • Ganciclovir : 6 mg/kg IV 1 /J, 5 jours par semaine Adolescent > 12 ans • Valganciclovir : 900 mg PO x1 /J.	CMA/Clinique CHR/Polyclinique CHU/hôpitaux privés
Encéphalite à herpès virus	Syndrome confusionnel Fièvre Crise comitiale	PCR HSV dans le LCR	Traitement de 1 ^{er} choix : Acyclovir IV : 15 mg/kg/j en 3 perfusions (soit toutes les 8 heures) pdt 15 jours	CHR/Polyclinique CHU/hôpitaux privés
Herpès cutanéomuqueux	Exulcération extensive Vésicules et/ou ulcérations des lèvres, buccales	Examen clinique	Traitement : Traitement anti-douleur : paracétamol, En cas d'éruption sévère : • Aciclovir : 10-20 mg/kg x 3/j pendant 7-10 jours PO • Aciclovir : 5-10 mg/kg x 3/j par voie IV dans les formes sévères ; Traitement à continuer jusqu'à amélioration des lésions (minimum 7-10 jours)	CSPS CM /CMA /Clinique CHR/Polyclinique CHU/hôpitaux privés

Infections	Signes cliniques cardinaux	Diagnostic positif	Traitement	Niveaux de prise en charge
Zona (cutané, ophtalmique)	Eruption vésiculeuse métamérique Douleurs métamériques	Diagnostic purement clinique	<p>Traitement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aciclovir : 20 mg/kg x 4/j. pdt 5 à 10 jours PO (dose maximale : 800 mg x 4/j.) • Aciclovir : 5-10 mg/kg x 3/j par voie IV pendant 5 à 10 j. dans les formes sévères (zona multi-métamérique ou ophtalmique) <p>Traitement antiseptique : Antiseptique oculaire : en cas de zona ophtalmique, Solution antiseptique : Chlorexidine ou éosine aqueuse à 2 %, sur lésions cutanées,</p> <p>Traitement anti-douleur : * paracétamol, * Amitryptilline : 1mg/kg/jour soit 1 goutte/kg de poids dans les algies post zostériennes</p> <p>Antibiothérapie : à base de macrolides en cas de surinfection</p> <p>Précaution : Augmenter la consommation de liquides pour éviter la cristallurie. L'aciclovir peut induire une pancytopenie lorsqu'il est associé à l'AZT.</p> <p>Prévention : Un vaccin est disponible pour protéger contre le VZV. Il peut être administré aux enfants infectés par le VIH, s'ils n'ont pas encore fait la varicelle et qu'ils n'ont pas de déficit immunitaire significatif (CD4 > 25%) : 2 doses de vaccin séparées par au moins 3 mois d'intervalle. Les immunoglobulines anti-VZV protègent les enfants immunodéprimés qui ont été en contact avec un sujet atteint de varicelle.</p>	CSPS CM /CMA /Clinique CHR/Polyclinique CHU/hôpitaux privés
Maladie de Kaposi	Formes cutanée et/ou muqueuses : lésions nodulaires cutanées ou muqueuses indurées violines Forme pulmonaire: infiltration péri-broncho-vasculaire, dyspnée, crachats hémoptoïques	Clinique Endoscopie (digestive ou bronchique) Radiographie	<p>Antimitotiques : Bléomycine : 15 mg IM tous les 14 jours, dans les formes cutanéomuqueuses disséminées</p> <p>Poly-chimiothérapie : Bléomycine + Vincristine (ou Vinblastine) + Anthracycline (doxorubicine), dans les formes viscérales graves</p> <p>Traitement ARV Traitement symptomatique</p>	CMA/Clinique CHR/Polyclinique CHU/hôpitaux privés

Infections	Signes cliniques cardinaux	Diagnostic positif	Traitement	Niveaux de prise en charge
Lymphomes malins non hodgkiniens	Syndrome tumoral hémato-poïétique ou viscéral Atteinte neurologique centrale avec déficit moteur Fièvre	Biopsie tissulaire et examen anatomo-pathologique	Poly chimiothérapie (GFAOP, CHOP, MBACOD)	CHR/Polyclinique CHU/hôpitaux privés
Néphropathies liées au VIH	Syndrome néphrotique	Biologie Biopsie rénale	Traitement : Traitement ARV Hémodialyse en cas d'insuffisance rénale sévère ou chronique Corticothérapie (Syndrome néphrotique)	CMA/Clinique CHR/Polyclinique CHU/hôpitaux privés
Molluscum contagiosum	Papules non prurigineuses à Umbilication centrale affectant le visage, le cou et les régions ano-génitales	Clinique	Traitement : • Application d'azote liquide • Curetage Traitement ARV (à démarrer si éruption floride)	CMA/Clinique CHR/Polyclinique CHU/hôpitaux privés
Onycho-mycose	Confère description adulte	Clinique	Traitement : Antifongique per os : Griséofulvine 10-20 mg/kg/jour, Terbinafine ou Itraconazole pendant 3 mois	CSPS CM /CMA /Clinique CHR/Polyclinique CHU/hôpitaux privés
Teigne (Tineacapitis)	Description à faire (signes cliniques)	Clinique	Traitement : Antifongique per os : Griséofulvine 10-20 mg/kg/jour, Terbinafine ou Itraconazole pendant 3 mois	CSPS CM /CMA /Clinique CHR/Polyclinique CHU/hôpitaux privés
Dermatite séborrhéique	Desquamation grasse généralisée avec squames (pellicules) excessifs sur le	Clinique	Traitement : • Shampoing au sulfure de sélénium (squames) • Crème antifongique et/ou crème hydrocortisone	CSPS CM /CMA /Clinique CHR/Polyclinique CHU/hôpitaux privés

	cuir chevelu, le visage et la poitrine			
Prurigo	Exanthème maculo-populaire prurigineux généralisé, avec excoriations	Clinique	Traitement : Hygiène corporelle et vestimentaire Chlorphéniramine 5mg (antihistaminique) : < 5 ans : 1 cp/5kg/ 2 fois par jour 6 – 12 ans : ½ cp 2-3 fois par jour 12 ans : 1 cp 3-4 fois par jour Crotamiton : 1 application 2 fois par jour Bufexamac: 1 application 2 fois par jour Vaseline salicylé 2-5 % : 1 application x 2/jour	CSPS CM /CMA /Clinique CHR/Polyclinique CHU/hôpitaux privés

Infections	Signes cliniques cardinaux	Diagnostic positif	Traitement	Niveaux de prise en charge
Encéphalopathie à VIH	Troubles mnésiques Syndrome confusionnel Tableaux pseudo-déméntiels	Clinique	Traitement ARV (si possible avec inhibiteur de protéase)	CMA/Clinique CHR/Polyclinique CHU/hôpitaux privés
Neuropathie périphérique	Douleur des extrémités Paresthésies, dysesthésies Troubles de la marche	Lien avec le VIH directement, les effets indésirables des ARV, le CMV, les carences vitaminiques La prise en charge dépend de l'étiologie retrouvée	Traitement : • Supplémentation vitaminique B1, B6, B12 : voie orale et IV (B12) • Antalgiques de niveaux 1, 2 ou 3 selon l'intensité de la douleur • Amitriptyline : à partir de 6 ans : 6-10 ans 10-20 mg/jour 11-20 mg /j. (le soir), à administrer par palier de 10 jours, jusqu'à 150 mg/j., selon l'efficacité du traitement	CSPS CM /CMA /Clinique CHR/Polyclinique CHU/hôpitaux privés
Parotidite	Hypertrophie pseudo-lymphoïde	Clinique	Traitement : • Administrer des antibiotiques et des analgésiques. L'abstention chirurgicale est de mise	CSPS CM /CMA /Clinique CHR/Polyclinique CHU/hôpitaux privés

9.4 Traitement antirétroviral

9.4.1. Principaux ARV par classe thérapeutique chez l'enfant

Tableau 32 : Principaux ARV par classe thérapeutique chez l'enfant

Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI)	
Zidovudine (AZT) 50mg	Sirop
Zidovudine AZT 300mg	Comprimés
Abacavir (ABC) 120mg	Comprimés
Inhibiteur nucléotidique de la transcriptase inverse (INtTI)	
Ténofovir (TDF) 300 mg	Comprimés en forme combinée
Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI)	
Efavirenz (EFV) 50mg	Comprimés
Efavirenz (EFV) 200mg	Comprimés
Efavirenz (EFV) 400mg	Comprimés
Névirapine (NVP) 50mg/10ml	Sirop
Inhibiteurs de la protéase (IP)	
Lopinavir/ritonavir (LPV/r) 80+20	Sirop
Lopinavir/ritonavir (LPV/r) 40+10	Pellets
Lopinavir/ritonavir (LPV/r) 100+25	Comprimés
Lopinavir/ritonavir (LPV/r) 200+50	Comprimés
Inhibiteur de l'intégrase (II)	
Raltégravir (RAL) 25mg	Granulés
Raltégravir (RAL) 100mg	Granulés
Dolutégravir (DTG) 50mg	Comprimés
Dolutégravir (DTG) 25mg	Comprimés
Dolutégravir (DTG) 10mg	Comprimés

Il existe des formes combinées en un seul comprimé :

AZT/3TC/NVP	60/30/50 comprimés
AZT/3TC	60/30 comprimés
ABC/3TC	60/30 comprimés
ABC/3TC	120/60 comprimés
ABC/3TC	600/300 comprimés
TDF/FTC	300/300 comprimés
TDF/3TC/DTG	300/300/50 comprimés
AZT/3TC/NVP	60/30/50 comprimés

La posologie des ARV pédiatriques est fonction du poids de l'enfant (voir annexe IV).

9.4.2 Critères d'éligibilité au traitement antirétroviral (TARV)

Le risque d'une évolution défavorable de l'infection à VIH est très élevé chez le nourrisson et le jeune enfant. En l'absence de toute intervention, 52 % des enfants meurent avant l'âge de 2 ans. À partir de l'âge de 5 ans, le risque de mortalité et le risque de progression de l'infection en l'absence de traitement diminuent pour atteindre des taux similaires à ceux observés chez l'adulte jeune.

L'intensification des programmes de diagnostic précoce chez le nourrisson a permis d'augmenter le nombre de nourrissons identifiés comme étant infectés par le VIH.

Le traitement ARV est systématique chez tout enfant VIH positif.

**Initier le traitement ARV chez tout enfant dépisté positif
au VIH* quel que soit le taux de CD4 et le stade clinique
OMS**

* De plus, tout enfant symptomatique et par ailleurs classé « exposé VIH » doit faire l'objet d'un diagnostic VIH présomptif et être initié aux ARV sans attendre la confirmation des tests de laboratoire.

9.4.3 Protocoles thérapeutiques ARV de première ligne chez l'enfant infecté par le VIH

Le tableau ici-bas donne les indications des régimes ARV selon l'âge

Tableau 33 : Récapitulatif des schémas d'antirétroviraux de première ligne chez l'enfant et l'adolescent infectés par le VIH-1, VIH2 et VIH1+2

Tranches de poids	1ère ligne préférentielle	Alternative
Nouveau -né	ABC/3TC+RAL*	AZT/3TC/NVP (a)
< 20 kg	ABC/3TC +DTG** (10 mg)	ABC/3TC + RAL
	ABC/3TC + LPV/r	ABC/3TC +EFV (sup à 10 kg) (b)
20 – 30kg	ABC/3TC + DTG (50mg)	ABC/3TC + EFV (b)
≥ 30kg	TDF/3TC/DTG (TLD)	TDF/3TC + EFV 400mg (b)

*Pour les nouveau-nés de moins de 4 semaines, le LPV/r n'est pas bien métabolisé, il convient d'utiliser le RAL

(a) : Si le RAL n'est pas disponible il convient d'utiliser la NVP et changer au LPV/r dès que l'enfant a 4 semaines d'âge

(b) : En cas de VIH2 ou VIH1+2, évitez l'EFV, choisir des régimes à base de IP ou INI

** Protocole préférentiel si DTG 10mg disponible

La posologie des ARV changent en fonction du poids de l'enfant, d'où la nécessité d'adapter le traitement en fonction de la croissance comme l'indique le tableau ci-dessous.

Tableau 34 : Récapitulatif des schémas d'antirétroviraux optimisés de première ligne chez l'enfant et l'adolescent infectés par le VIH-1, VIH2 et VIH1+2

Régime actuel	Poids	Regime optimal pour transition	Considerations
AZT/3TC/NVP AZT/3TC/EFV ABC/3TC/NVP	<20 kg	ABC/3TC/LPV/r*	Si stable, DTG après 20 kg
	20-30kg	ABC/3TC+DTG	Si stable, TDF/3TC/DTG après 30 kg
	> 30kg	TDF/3TC/DTG	-
ABC/3TC+EFV	<20 kg	Pas de changement avant 20kg sauf si échec du traitement recos prog	DTG possible après 20kg. Prendre en compte le maintien de la prise unique,
	20-30kg	ABC/3TC+DTG	Si stable, TDF/3TC/DTG après 30 kg
	> 30kg	TDF/3TC/DTG	
ABC/3TC/LPVr AZT/3TC/LPVr	<20 kg	Pas de changement avant 20kg sauf si échec du traitement	Important: utilisation des comprimés dès que possible pour réduire la charge de granulés. Transition de AZT/3TC/LPVr à ABC/3TC/LPVr peut aussi être envisagé pour réduire cette charge
	20-30kg	ABC/3TC+DTG	Si stable, TDF/3TC/DTG dès que le poids atteint 30kg
	> 30kg	TDF/3TC+DTG	-

* : Chez le nouveau-né de moins de 4 semaines, le LPV/r n'est pas bien métabolisé, préférer le RAL

NB : En fonction de la disponibilité des formes pédiatriques du DTG, cette molécule pourra être utilisé chez les enfants de moins de 20 kg.

9.4.4 Suivi de l'enfant infecté par le VIH

Le suivi est pluridisciplinaire impliquant le personnel médical, paramédical et communautaire. Il devra également prendre en compte les aspects spécifiques comme la sexualité chez l'adolescent, l'estime de soi. Il comprend le suivi clinique, le suivi biologique, l'aide à l'observance à travers des séances d'éducation thérapeutique (ETP) et l'appui psycho social adaptés.

9.4.4.1 LE SUIVI CLINIQUE

Le suivi clinique des enfants se fait à travers un examen physique complet. Les conseils généraux concernant l'examen physique de l'enfant :

- Créer un environnement « adapté aux enfants » dans votre salle d'examen, en utilisant des affiches et des jouets appropriés.
- Vous adapter et être créatif : utiliser le jeu lorsque cela est possible pour calmer l'enfant et le distraire pendant l'examen physique
- Un examen physique complet doit être fait à chaque consultation.
- L'enfant doit être déshabillé, vêtu uniquement de ses sous-vêtements/couche. Vous assurez que toutes les parties du corps sont examinées.
- Faire l'examen physique dans le même ordre à chaque fois (souvent de la tête aux pieds) mais profiter, cependant, d'un enfant tranquille pour effectuer d'abord l'examen « d'auscultation » (examen du cœur et des poumons).
- Faire les examens les plus inconfortables pour l'enfant en dernier, comme la bouche et les oreilles. L'examen de l'oreille, du nez et de la gorge (ORL) est essentiel. Pour regarder dans les oreilles et la bouche, vous aurez besoin d'un otoscope et d'un abaisse langue.
- Rechercher des changements physiques indiquant la progression du VIH tels qu'un muguet, une augmentation de la taille de différents organes, une lymphadénopathie, une dermatite, etc.
- Des troubles de la croissance peuvent être un indicateur important de l'infection par le VIH chez les enfants exposés et le signe d'une progression de la maladie chez les enfants séropositifs.
- Ne pas oublier que les enfants séropositifs développent des maladies infantiles courantes et des infections opportunistes. Être donc exhaustif dans votre évaluation et documenter les résultats cliniques en temps opportun.

Le suivi clinique des enfants sous traitement ARV, portera en plus sur l'évaluation de la tolérance, de l'observance et l'efficacité du traitement. Le suivi clinique des enfants comprend :

- La prise du poids et la mesure de la taille en utilisant les courbes de croissance OMS (Direction de la Nutrition) ;
- L'évaluation du développement psychomoteur (voir chapitre 9.2), en recherchant également tous les mois toute éventuelle infection ;
- Les posologies des ARV nécessitent un réajustement en fonction du poids de l'enfant pendant son suivi.

Le rythme de suivi sera le suivant : J0, J14, M1, M2, M3 puis tous les 3 mois pendant 12 mois ou jusqu'à l'âge de 5 ans. Dans le cadre de la prise en charge différenciée, les enfants de plus de 2 ans sous la responsabilité d'un parent ou un tuteur sous RAVI6M stables cliniquement avec une charge virale supprimée doit bénéficier du suivi chaque 6 mois. De même les enfants de plus de 5 ans stables peuvent également bénéficier du RAVI6M.

Le transfert d'un enfant devenu adulte se fait après une préparation particulière pour garantir une transition positive. En cas de besoin, référer l'enfant vers un service plus spécialisé.

9.4.4.2 LE SUIVI BIOLOGIQUE

Il comporte des paramètres biologiques non spécifique (NFS, transaminases, etc.) et des paramètres spécifiques (numération des CD4, charge virale) (cf. suivi biologique de l'adulte). Chez l'enfant la charge virale est aussi indiquée pour évaluer le succès thérapeutique. Elle sera réalisée après 6 mois de traitement, 12 mois puis une fois par an.

Examens de laboratoire

Tableau 35 : Examens de laboratoire de suivi

	Initiation TARV	Suivi sous TARV
Taux de CD4	Si possible un taux de référence	NON sauf si indisponibilité de CV ou en cas d'échec
CV	NON	OUI à 6 mois, 12 mois puis tous les ans
NFS	Si possible NFS de référence si démarrage de l'AZT	Au besoin
Cholestérol et triglycérides à jeun	Si possible, examen de base si IP	12 mois puis annuellement si régime avec IP
Créatininémie + créatinurie à la bandelette urinaire	Si possible examen de base si TDF	Idéalement à M1 et M4 si TDF puis annuellement
GPT (ALAT)	GPT de référence si maladie hépatique connue, ictère ou traitement antituberculeux.	Au besoin

9.4.4.3 L'AIDE A L'OBSERVANCE

Chez le nourrisson et l'enfant, une bonne observance du traitement est associée à de meilleurs résultats virologiques et cliniques. Il est préférable d'avoir un taux d'observance de plus de 90 % pour tirer le meilleur profit du traitement ARV et limiter l'émergence de résistances.

Cependant, l'observance du traitement chez l'enfant relève de facteurs multiples liés à l'enfant, à celui qui s'en occupe, aux médicaments et à la relation entre ces différents facteurs. La prise requise de médicaments peut être pénalisée par différents facteurs : le manque de formes galéniques pédiatriques, une quantité importante de comprimés ou de sirop à prendre, un goût désagréable, la nécessité de prises fréquentes, le besoin de suivre un régime spécial, les effets secondaires.

Administer des médicaments aux enfants peut s'avérer difficile. Malheureusement, les associations à dose fixe ne sont pas toujours disponibles pour les enfants ce qui compliquent l'observance. Ceci est d'autant plus vrai pour les enfants qui présentent des comorbidités telle que la TB. De plus, beaucoup d'ARV ont un goût désagréable, souvent très amer, et les enfants peuvent refuser d'avaler leurs médicaments, voire les vomir par la suite. Pour ces raisons, il est important de conseiller avec insistance les accompagnants sur l'importance de leur rôle dans l'administration des médicaments. Donner toutes les informations utiles pour chaque médicament (sur quoi être vigilant, les effets secondaires, etc) ainsi que des astuces visant à faciliter leur prise. Par exemple, manger du beurre de cacahuète ou un yaourt en même temps peut aider les enfants à avaler les ARV et contribuer ainsi à renforcer l'adhérence (Confère chapitre 7 : aide à l'observance et ETP)

Les détails de la consultation pédiatrique type d'un enfant infecté par le VIH sont :

1. Interrogatoire : on notera en particulier :
 - Si l'adulte référent va bien, s'il a toujours le temps de s'occuper de l'enfant ;
 - Si la personne qui s'occupe de l'enfant a changé : est-elle formée à l'administration des traitements (sait-elle pourquoi il faut les donner) ?
 - Si l'enfant a présenté des pathologies notables, même si le problème est résolu le jour de la consultation ;
 - Si l'enfant mange bien, dort bien, réussit bien à l'école, n'a pas changé de comportement récemment.
 - Les symptômes ou plaintes le jour de la consultation : lors des consultations planifiées/programmées, l'enfant est rarement malade, mais peut présenter une pathologie intercurrente.
 - Une exposition à la TB : question à poser systématiquement pour déterminer s'il faut rechercher une TB active ou proposer un traitement préventif par isoniazide (INH).
2. Évaluation nutritionnelle (poids/taille/courbe de croissance) et l'état vaccinal :
 - La prise des constantes et le tracé des courbes peuvent être réalisés par un personnel infirmier formé
 - Mais l'interprétation de la courbe doit être faite par le médecin
 - Vérification des vaccins, de la vitamine A, du déparasitage (surtout avant 5 ans)
3. Examen clinique complet : à faire systématiquement, éventuellement en partie dans les bras de la mère (si l'enfant est anxieux) en terminant par la sphère ORL
4. Récupération / analyse des examens complémentaires éventuels : Si l'enfant a bénéficié d'un bilan biologique depuis la dernière consultation :
 - Prendre connaissance des résultats et les expliquer au parent et à l'enfant,
 - Les noter dans la fiche de synthèse des examens complémentaires.
5. Évaluation de l'observance et de l'avancée du processus de l'annonce :
 - Si suspicion de mauvaise observance, chercher la cause et référer vers la personne adaptée ;

- Demander à l'enfant s'il a des questions à poser sur son traitement ou sa maladie.
6. Évaluation psychologique et du comportement de l'enfant :
- Elle se fait en observant l'enfant en consultation, en interrogeant le parent et l'enfant lui-même
 - Un échange avec le grand enfant ou l'adolescent seul peut être souhaitable.
7. Synthèse de la consultation et décision thérapeutique :
- Il faut clairement énoncer la conclusion de la consultation :
- Les points positifs (bon état clinique, bonne croissance, bons résultats biologiques),
 - Les points de vigilance (baisse des CD4, stagnation pondérale, pathologie),
 - Les décisions thérapeutiques : adaptation de la posologie des ARV, du CTX, modification du traitement, etc.
 - Les mesures éventuelles à mettre en place (ETP, prise en charge nutritionnelle, soutien social...) : en s'attachant à obtenir l'adhésion du parent ; en prenant le temps d'échanger avec l'enfant sur cette synthèse, en langage adapté.

9.4.4.4 TOXICITE MAJEURE DES MEDICAMENTS ET SUBSTITUTION DE MOLECULE (CF. CHAPITRE TOXICITE MEDICAMENTEUSE)

9.4.5 Echec thérapeutique

Les taux d'échec de traitement chez les enfants et adolescents est bien plus élevé que chez les adultes. Tandis que chez les adultes il se situe autour de 10 à 15% selon les contextes, les rapports sur les taux d'échec pour les enfants varient de 19% (après seulement 3 ans de traitement) à 57% pour les plus élevés.

L'échec thérapeutique se définit comme la réplication virale sous TARV. Il comprend l'échec clinique, immunologique et virologique (voir détails dans l'échec thérapeutique au chapitre 5).

Echec clinique

L'échec clinique chez l'enfant se définit comme tout événement clinique nouveau ou récurrent indiquant une immunodépression avancée ou sévère (pathologie définissant un stade clinique de l'OMS 3 ou 4, à l'exception de la tuberculose) après 6 mois de traitement.

En d'autres termes, chez tout enfant sous ARV depuis au moins 6 mois, il faut penser à un échec clinique devant :

- L'apparition ou la récurrence des événements classant dans les stades 3 ou 4 de l'OMS ou passage d'un stade clinique à un autre plus sévère
- La cassure ou le fléchissement de la courbe de croissance sur une période de 6 mois, après avoir exclu toutes autres causes, y compris la TB

Echec immunologique

Après plus de 6 mois de TARV, avec deux (2) mesures consécutives de CD4 à trois mois d'intervalle et sans autre infection concomitante, l'échec immunologique se définit comme un développement d'une immunodépression sévère (pour l'âge) après une amélioration initiale, ou retour du taux des lymphocytes T CD4 à la valeur initiale.

Chez l'enfant âgé de moins de 5 ans on parle d'échec immunologique lorsqu'il persiste un nombre de CD4 inférieur à 200 cellules/mm³ ou d'un taux de CD4 inférieur à 10 %.

Chez l'enfant âgé de plus de 5 ans on parle d'échec immunologique lorsqu'il persiste un nombre de CD4 inférieur à 100 cellules/mm³.

Echec virologique

Il se définit comme une charge virale toujours détectable après 6 mois de TARV.

Il s'agit d'une charge virale supérieure à 200 copies/ml sur la base de deux mesures réalisées à 3 mois d'intervalle, avec soutien à l'observance ;

L'échec thérapeutique est confirmé sur la base de la charge virale.

 **Devant un échec thérapeutique, s'assurer que :**

- L'observance au TARV est bonne
- Le syndrome de reconstitution immunitaire est exclu
- L'état nutritionnel du patient est bon

La mesure de la charge virale est la méthode de suivi privilégiée pour faire le diagnostic de l'échec du TARV. Si la charge virale n'est pas disponible en routine, le diagnostic de l'échec thérapeutique doit être fait par un suivi du taux de CD4 et un suivi clinique.

9.4.6 Prise en charge de l'échec thérapeutique

En cas de suspicion d'échec thérapeutique au niveau CSPS/Cabinet de Soins, l'enfant sera référé à un niveau supérieur ou à un spécialiste.

Au niveau supérieur la conduite à tenir est de confirmer l'échec thérapeutique (voir chapitre 5) et d'initier un traitement de seconde ligne si l'échec est confirmé.

Protocoles thérapeutiques ARV de deuxième et troisième ligne

Le choix du traitement de 2ème ligne va dépendre de l'âge de l'enfant et de la combinaison des médicaments dans la 1ère ligne. Le tableau ci-dessous décrit les régimes de 2ème ligne recommandés pour chaque tranche d'âge. Noter que ces régimes peuvent être différents selon la disponibilité des ARV dans chaque contexte.

Tableau 36 : Récapitulatif des schémas d'antirétroviraux de première, deuxième ligne et troisième ligne recommandée chez l'enfant (y compris chez l'adolescent).

Population	Echecs schémas de première ligne	Schémas préférentiels de deuxième ligne	Alternatives schémas de deuxième ligne
Adolescents	TDF+3TC (ou FTC) + DTG	AZT+3TC+ATV/r (ou LPV/r)	AZT+3TC+DRV/r
	TDF+3TC (ou FTC) +EFV	AZT+3TC+DTG	AZT+3TC+ATV/r (ou LPV/r ou DRV/r)
	AZT+3TC+EFV	TDF+3TC (ou FTC) +DTG	TDF+3TC+ (ou FTC) +ATV/r (ou LPV/r ou DRV/r)
Enfants et nourrissons	ABC+3TC+DTG	AZT+3TC+LPV/r (ou ATV/r)	AZT+3TC+DRV/r
	ABC (ou AZT) +3TC+LPV/r	AZT (ou ABC) +3TC+DTG	AZT (ou ABC) +3TC+RAL
	ABC (ou AZT) +3TC+EFV	AZT (ou ABC) +3TC+DTG	AZT (ou ABC) +3TC+LPV/r (ou ATV/r)
	AZT+3TC+NVP	ABC+3TC+DTG	ABC+3TC+LPV/r (ou ATV/r ou DRV/r)

NB : Le régime de base optimisé de l'INTI doit être utilisé : l'AZT remplace les défaillances TDF ou ABC et vice-versa

ATV/r peut être utilisé comme IP alternatif pour les enfants de plus de 3 mois

Le RAL demeure la deuxième ligne de traitement de choix pour les enfants pour lesquels le dosage de DTG n'est pas disponible

La troisième ligne à base de DTG qui suit l'utilisation d'un INI doit être administré avec DTG pris deux fois par jour

Pour les traitements de troisième ligne, il est préférable de réaliser un test de génotypage pour un changement optimisé.

9.5 Co-infection TB/VIH chez l'enfant

La tuberculose est l'une des causes de morbidité les plus courantes et l'une des principales causes de mortalité. Il est important de rechercher une tuberculose chez tout enfant souffrant d'une toux chronique. Néanmoins, les tuberculoses pulmonaires diagnostiquées cliniquement et extra pulmonaires sont plus fréquentes chez les enfants.

9.5.1 Diagnostic

Chez l'enfant l'histoire familiale est très importante, elle permet de rechercher les trois indices importants suivants :

- Le contact avec un sujet tuberculeux bacillifère
- Le retard de croissance ou perte de poids, indicateur d'une maladie chronique
- La toux chronique, rebelle aux antibiotiques à large spectre

La mise en évidence du BK dans les crachats est difficile chez l'enfant parce qu'il ne sait pas expectorer. Un tubage gastrique à jeun deux (2) jours de suite pour recueillir les sécrétions bronchiques dégluties au cours de la nuit est alors nécessaire. (Tests GenXpert MTB/RIF ou culture si possible).

9.5.2 Chimio- prophylaxie de la tuberculose (Cf. Prophylaxie au chapitre VI)

9.5.3 Traitement antirétroviral et traitement antituberculeux chez l'enfant

9.5.3.1 TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL

En cas de co-infection TB/VIH chez l'enfant, le TARV doit débuter le plus tôt possible.

Tableau 37: Traitement antirétroviral chez l'enfant coinfecté par le VIH et la tuberculose

Age de l'enfant	Schémas thérapeutiques de première intention privilégiés	Schémas thérapeutiques de première intention de remplacement
Pour le VIH 1, VIH 1+2, VIH2		
Chez l'enfant <3 ans	ABC + 3TC + LPV/r (a)	ABC+3TC+DLG(b) ABC + 3TC + AZT(c) AZT+3TC+LPV/r(a)
Chez l'enfant âgé de 3 ans à moins de 10 ans et les adolescents < 35 kg	ABC/3TC/ + DLG*(b)	AZT + 3TC + EFV(d)
Chez l'adolescent (âgé de 10 à 19 ans) ≥ 35 kg	TDF + FTC + DLG*	TDF+FTC+3TC+LPV/r(a) AZT + 3TC + LPV/r(a) ABC + 3TC + LPV/r(a)

(a) Continuer LPV/r et augmenter RTV au ratio 1 :1 (Super booste) ou doubler ma dose LPV/r

(b) A débuter dès que les dosage enfant du DLG sont disponible

(c) Les enfants utilisant la NVP peuvent bénéficier de 3 INTI

(d) EFV peut être utilise si enfant plus de 3 ans et VIH1

*Doubler la dose de DLG si utilisé

NB :

- **Atazanavir/r (ATV /r ne peut être utilisé avec la Rifampicine. Si Rifabutine disponible utiliser à la place de la Rifampicine ou alors changer ATV/r pendant le traitement antiTB**
- **Toujours poursuivre la double dose d'IP ou IP renforcé 2 semaines après la fin du traitement antiTB avant de revenir à la posologie normale**

7.2.4.2 TRAITEMENT ANTI TUBERCULEUX

Les principes thérapeutiques sont identiques chez l'enfant et chez l'adulte. Le régime de traitement des nouveaux patients

2(RHZ) E/4(RH)

Tableau 38: Régime de traitement des nouveaux patients et posologie pour les enfants (formes pédiatriques)

Catégories de poids	Nombre de comprimés		
	Phase intensive		Phase d'entretien
	RHZ 75/50/150	E 75/50	RH 75/50
4 - 7 kg	1	1	1
8 - 11 kg	2	2	2
12 - 15 kg	3	3	3
16 - 24 kg	4	4	4
> 25 kg	Passer à la formulation adulte (RHZE)		

Le régime de traitement des formes extra pulmonaires varie en fonction de la localisation. En plus du traitement antituberculeux, les formes graves telles que la miliaire et la méningite doivent faire l'objet d'une prise en charge particulière. L'utilisation des corticostéroïdes comme thérapie adjuvante de la chimiothérapie antituberculeuse est recommandée en cas de péricardite, de méningite tuberculeuse ou d'obstruction bronchique.

9.6 Vaccination

Tous les enfants nés de mère séropositive suivent le calendrier vaccinal comme tout autre enfant.

Cependant, chez les enfants symptomatiques (stade 3 et 4) et/ou avec une immunodépression sévère, les vaccins vivants (BCG - Polio oral – Varicelle-Herpes Zoster-Rougeole - Rubéole – Oreillon – fièvre jaune – Rotavirus) sont contre-indiqués.

Pour le BCG, tous les enfants nés de mère séropositive doivent être vaccinés, s'ils n'ont pas de signes de SIDA.

CHAPITRE X : SPECIFICITES ET PRISE EN CHARGE DE L'ADOLESCENT VIVANT AVEC LE VIH

CHAPITRE X : SPECIFICITES ET PRISE EN CHARGE DE L'ADOLESCENT VIVANT AVEC LE VIH

10.1. Définition

L'adolescence, selon l'OMS est la période qui va de 10 à 19 ans. Elle commence à la puberté avec l'apparition des caractères sexuels secondaires et se termine avec la fin de la croissance.

10.2. Particularités de l'adolescent infecté par le VIH

L'adolescent infecté par le VIH présente parfois des stigmates de la maladie dus à un manque de traitement ou à un traitement tardif : retard de croissance, retard pubertaire, séquelles neurologiques ou dermatologiques. Le secret de leur séropositivité majore les difficultés de construction identitaire inhérente à cette période de la vie. Certains d'entre eux entrent dans la vie adulte avec un préjudice psychologique important : outre le fait qu'ils sont atteints d'une maladie stigmatisante, certains sont orphelins et assument mal l'histoire familiale dont ils ont hérité. Des difficultés psychologiques peuvent apparaître à l'occasion de la réactivation des conflits de l'enfance. Fragilisés dans leur image de soi, en dehors du cadre restreint de leur famille naturelle ou d'adoption, les adolescents se sentent pour la plupart contraints à préserver le secret de leur condition, y compris vis-à-vis de leurs amis les plus proches et dans le cadre scolaire.

Quand il y a un retard de croissance/maturation sexuelle, qui entraîne un décalage entre les capacités intellectuelles et l'apparence physique, l'adolescent peut se trouver face à des adultes qui ne perçoivent pas son désir d'autonomie et cela peut être source de conflits. Les signes physiques, la nécessité de prendre les traitements ou le simple fait d'être porteur du virus sont un frein au besoin d'identification à ses pairs (les adolescents non infectés). La sensation de marginalité, de différence (réelle ou fantasmée) est un obstacle à une bonne estime de soi et de sa capacité à se construire. Le regard et l'attitude de l'entourage peuvent aussi être délétères pendant cette période de construction.

A l'inverse, d'autres adolescents peuvent souffrir de surprotection en raison de leur maladie, ce qui va à l'encontre du besoin de liberté : certains interdits non justifiés (interdit de voyage, d'activités sportives, de sortie en raison d'un traitement à prendre par exemple) sont sources de conflits, d'opposition, de transgression.

10.3. Évaluation de l'état psychologique de l'adolescent

Tous les soignants doivent pouvoir évaluer l'état psychologique des enfants en suivi, par l'entretien avec les parents et/ou l'enfant et par l'observation de l'enfant en consultation.

10.3.1 Par l'entretien avec les parents

Alimentation de l'adolescent :

- Perte d'appétit/anorexie
- Avidité alimentaire/boulimie

Sommeil :

- Difficultés d'endormissement, cauchemars, insomnie (tout âge)
- Enurésie nocturne (enfant, adolescent)

Comportement :

- Désintérêt pour le jeu (nourrisson, enfant)
- Angoisses, phobies (enfant, adolescent)
- Difficultés d'apprentissage, troubles de l'attention, difficultés scolaires (enfant, adolescent)
- Comportement à risque, fugue, isolement du groupe de pairs (adolescent)

Attitude relationnelle : isolement, tristesse, verbalisations inquiétantes (enfant, adolescent)

Symptômes physiques : plaintes somatiques, manifestations cutanées (eczéma).

10.3.2 Par l'observation de l'adolescent en consultation

Lors de la consultation, les signes suivants doivent alerter :

- Regard fuyant, absence de relation avec l'entourage
- Attitude trop calme ou mutisme ou trop agitée, logorrhée
- Tristesse manifeste
- Agressivité

10.3.3 En pratique

a/ Différencier les troubles psychologiques et somatiques

b/ Devant des signes compatibles avec des troubles psychologiques, éliminer une cause organique :

- Perte d'appétit : plaies buccales, œsophagite,
- Troubles du sommeil : effets secondaires des ARV, douleur, nourrisson affamé, troubles du langage, des apprentissages : troubles sensoriels (surdité, déficit visuel),
- Trouble du comportement : douleur chronique.

c/ Proposer une orientation adaptée. Selon les ressources humaines locales et les symptômes, proposer :

- Une consultation spécialisée (ORL, ophtalmo, nutritionnelle) si doute sur une cause organique,
- Un entretien psychologique ou psychiatrique,
- Un accompagnement par des conseillers communautaires (visite à domicile, médiation familiale) particulièrement indiqué en cas de suspicion de maltraitance parentale ou familiale, de relation parent/enfant dégradée ou de conflits familiaux.

10.4. Difficultés rencontrées chez les adolescents

10.4.1. La question identitaire de l'adolescent : qui suis-je ?

- Cherche à s'affirmer par rapport aux limites imposées par les adultes qui l'entourent
- Cherche à se confronter à ces limites en prenant des risques plus ou moins importants sans se soucier des conséquences.
- Prise de risque : consommation d'alcool, de tabac, utilisation de drogues/stupéfiants ...

10.4.2. La question de la sexualité

La sexualité est une nouvelle expérience dans la vie des adolescents ;

- Sujet souvent compliqué à aborder et d'autant plus important dans un contexte de VIH
- Expliquer comment éviter les risques de contamination du partenaire, mais aussi comment se protéger soi-même contre les co-infections (hépatite, herpès génital, etc.), les risques de surinfection par un VIH résistant et les risques d'une grossesse non désirée
- Aborder aussi la question de la vie amoureuse de l'adolescent, qui souffre de ne pas savoir dire ou ne pas dire à son partenaire sa séropositivité, craint de ne pas être accepté avec sa maladie.

10.4.3. Exemples de manières d'aborder la sexualité

Par des questions d'anatomie et de physiologie :

- Sais-tu comment fonctionne ton corps ?
- Ou comment fonctionne le cycle menstruel, les périodes fécondes, la contraception ?

Par des questions sur les relations amoureuses :

- Tu as un(e) amoureux (se) en ce moment ?
- Comment ça se passe avec les garçons (filles), tu veux en parler ?

Par des questions sur la contraception/prévention :

- Connais-tu les méthodes pour avoir un enfant avec un(e) partenaire séronégatif (ve) ?
- Et pour éviter d'avoir un enfant sans le vouloir ?
- Sais-tu où aller pour trouver des préservatifs ?

10.4.4. Les problèmes d'observance

- L'observance est souvent problématique à cette période y compris chez ceux qui sont informés de leur infection par le VIH
- La perturbation des processus fondamentaux de l'adolescence à cause du VIH (construction de la personnalité, désir d'indépendance et entrée dans la sexualité)

- Nécessité d'écouter l'adolescent : Reprendre la question du diagnostic ; être porteur du VIH, ce n'est pas être malade et le laisser exprimer ses propres difficultés
- L'accompagnement psychologique, sous forme d'entretiens individuels peut permettre de décrypter les raisons qui poussent l'adolescent à ne plus prendre son traitement et proposer des solutions
- L'accompagnement sous forme collective peut aider l'adolescent à s'identifier à des « pairs » et favoriser la reprise du traitement.

10.5. Annonce de la séropositivité

L'annonce de la séropositivité est un processus qui doit commencer avant l'adolescence et compléter pendant l'adolescence.

10.5.1. *Importance de l'annonce de la séropositivité*

- L'enfant doit avoir toutes les informations sur le VIH comme les professionnels de santé
- Un dialogue franc doit se faire entre l'enfant et ses parents ou ses tuteurs, les secrets sont source d'aggravation des problèmes
- Les enfants savent faire face aux problèmes mieux qu'on le croit
- Les enfants doivent comprendre la raison de leurs visites répétées aux centres médicaux, le but des prélèvements sanguins et des traitements reçus
- L'enfant doit savoir se protéger pour éviter de se réinfecter et d'infecter les autres

Les enfants qui ignorent leur séropositivité ou qui le découvrent tardivement peuvent :

- Avoir de fausses idées sur le VIH
- Manquer du soutien psychosocial
- Se sentir trahi en découvrant leur séropositivité
- Apprendre leur séropositivité par accident
- Infecter involontairement les autres

10.5.2. *Processus d'annonce de la séropositivité (Voir chapitre 8)*

10.6. Transition vers les services adultes

10.6.1 *Définition*

La transition est le passage planifié des adolescents atteints d'une maladie chronique d'une structure de soins pédiatriques vers une structure de soins d'adultes afin d'assurer la continuité des soins.

Ce processus doit être bien organisé et structuré afin d'éviter le risque de rupture du suivi médical et de réduire celui des complications de la maladie chronique.

10.6.2 *Modèles de transition*

Différents modèles de consultation de transition expérimentés sont :

- *Espaces spécifiques de consultation pour les adolescents*

Il s'agit de faire des consultations dans un lieu dédié uniquement aux adolescents ou des consultations spécifiques, un jour donné, au sein d'un service de médecine adulte.

- *Consultations de transition*

Il peut s'agir soit du pédiatre qui consulte par moment dans le service des adultes ou vice versa, soit des consultations conjointes (pédiatre et médecin d'adulte) ou soit des staffs de transition communs pédiatrie-adultes.

10.6.3 Modèles de transfert

Les modèles de transfert des enfants sont également nombreux :

- Modèles traditionnels : dans lesquels le transfert des enfants se fait dans un autre centre pour adultes
- Services de santé intégrés prenant en charge aussi bien les enfants, adolescents et les adultes
- Services de santé adaptés aux adolescents au sein d'une structure de santé

10.7. Difficultés de la transition

La transition dans les soins est influencée par de nombreuses barrières telles que les difficultés des pédiatres à se séparer des adolescents, le manque d'infrastructures adaptées aux adolescents, le manque de lignes directrices et formations des soignants, l'insuffisance de communication entre les soignants des centres de PEC pédiatrique et adulte, la peur de la stigmatisation après le partage de son statut VIH et la peur d'être considéré comme infecté par voie sexuelle.

Ces barrières peuvent être à l'origine d'un transfert trop tardif ou mal préparé compromettant l'avenir du jeune adulte.

10.8. Rôles de l'éducateur

Les rôles de l'éducateur sont :

- Proposer une éducation de groupe : l'ETP sera une réussite lorsqu'elle est réalisée avec les personnes vivant les mêmes réalités (pairs éducateurs)
- Amener le patient à être autrement le même
- Déceler et aider le patient à résoudre les facteurs de stress psychosociaux
- Préserver ou maintenir le patient dans l'échelle des valeurs familiales
- Utiliser des schémas, images, les situer dans un statut de « savants » c'est-à-dire les responsabiliser
- Convenir avec l'adolescent sur le mode de rappel des prises des ARV, les RDV d'approvisionnement et d'ETP. Les SMS peuvent être utilisés pour ce genre de rappel. Pour cela, disposer d'un agenda dans lequel sont notifiées les références du patient adolescent.
- La thérapie cognitivo-comportementale est une psychothérapie qui consiste à mettre le patient face à la situation redoutée. Dans le cas de l'infection à VIH, elle consiste

à amener l'adolescent infecté à développer les attitudes et aptitudes pour vivre positivement avec le VIH.

10.9. Prise en charge différenciée chez l'adolescent

Rappel des critères de patients stable

Les critères sont identiques à ceux pour les adultes : sous TAR depuis au moins un an, pas de réaction indésirable au médicament nécessitant un suivi régulier, pas de maladies actuelles, une bonne compréhension de l'observance à vie et des éléments probant de la réussite du traitement (deux mesures consécutives d'une charge virale inférieure à 200 copies/ ml, augmentation du nombre de cellules CD4 ou taux de CD4 supérieur à 350 cellules/mm³ ou stade OMS 1 ou 2).

Critères supplémentaires pour les populations spécifiques

Enfants : doivent avoir au moins deux ans, suivre le même régime depuis plus de trois mois et les aidants doivent être conseillés et orientés sur le processus de divulgation.

Adolescents : doivent avoir accès à un soutien psychosocial.

Tableau 39: Problèmes et solutions potentielles offertes par la prestation différenciée des TAR chez les adolescents

Problèmes	Solutions
<ul style="list-style-type: none"> • Période de développement cognitif, social et sexuel rapide ; • Vont à l'école ; • Veulent être indépendants mais ont encore besoin d'un soutien des aidants ; • Besoins nouveaux et changeants en matière de SSR ; • Prévalence accrue de troubles mentaux ; • Transition vers le début de l'âge adulte. 	<ul style="list-style-type: none"> • Possibilité d'accompagnement par les pairs dans des modèles de groupe ; • Visites en dehors du temps scolaire pour favoriser à la fois la fréquentation scolaire et de la clinique ; • D'autres services liés aux besoins en matière de santé mentale et de SSR peuvent être incorporés ; • Transition des soins adolescents vers les soins adultes dans le cadre d'un groupe de prestation des TAR et de soutien psychosocial

Le suivi clinique est identique à celui des adultes cependant il est judicieux de prendre en compte certaines particularités, notamment :

- Une consultation et une évaluation de la santé mentale chez l'adolescent par un psychologue ou une personne qualifiée
- Le dépistage de la consommation de drogue et d'alcool
- Prendre en compte les besoins en santé sexuelle et reproductive surtout les besoins en contraception. L'évaluation des besoins SSR et la planification familiale (PF) demeurent essentiels et ne doivent pas être compromis. Dans la mesure du possible, les dates de retour pour PF devraient être alignées sur les dates de renouvellement des TAR. Les contraceptifs oraux peuvent être distribués avec les renouvellements des TAR.

- Le suivi biologique et le ravitaillement en ARV sont identiques à ceux des adultes stables (RAVI6M ou RaCODESS)

CHAPITRE XI : LA SURVEILLANCE DE LA TOXICITE MEDICAMENTEUSE

CHAPITRE XI : LA SURVEILLANCE DE LA TOXICITE MEDICAMENTEUSE ET DE LA RESISTANCE AUX ARV

La toxicité médicamenteuse est l'ensemble des manifestations toxiques indésirables consécutives à l'administration d'un médicament. Elle peut être aiguë ou chronique.

La plupart des médicaments ont des effets indésirables, mais dans la majeure partie des cas, ils sont légers et toutes les personnes qui prennent des médicaments ne souffriront pas des mêmes effets indésirables, ni avec la même intensité. Moins de 5% des personnes sous traitement ARV souffrent d'effets indésirables graves. De nombreuses personnes souffrent d'effets indésirables bénins mais gênants, en particulier au début du traitement.

Le risque d'effets indésirables peut être une grande source d'inquiétude pour les patients lorsqu'ils commencent un traitement ARV pour la première fois. Les personnes souffrant de nombreux effets indésirables risquent d'arrêter de prendre correctement leurs médicaments et compromettre ainsi l'efficacité du traitement. C'est pourquoi les plaintes des patients doivent être prises au sérieux et traitées conformément aux normes et directives pour une meilleure observance aux prescriptions ARV.

11.1. Les effets indésirables

Il existe trois types d'effets indésirables.

11.1.1. Premier type : Les effets indésirables gênants pour le patient mais pas dangereux

➤ Effets indésirables très courants

Certains effets indésirables sont très courants. Pour cette raison, il est important d'en informer les patients et de leur donner des conseils simples sur ce qu'il faut faire s'ils apparaissent. Ces symptômes sont les suivants :

- Nausées ;
- Vomissements ;
- Maux de tête ;
- Étourdissements ;
- Diarrhée ;
- Sensation de fatigue ;
- Douleurs musculaires.

Ils apparaissent en général au début du traitement et s'améliorent au bout de 2 à 4 semaines. Si le patient n'est pas informé de ces effets indésirables et qu'il ne sait pas comment y faire face, cela peut influencer l'observance au traitement ARV.

La liste des effets indésirables possibles qui ne sont pas dangereux est longue. Parler au patient de ces effets indésirables pourrait être décourageant et déroutant. Pour chaque médicament (et chaque protocole thérapeutique), l'agent de santé doit connaître les effets indésirables les plus courants pour lesquels il doit préparer le patient. Il doit également être capable d'offrir une prise en charge lorsqu'un patient a besoin de soins parce que les symptômes persistent ou s'aggravent.

Parfois, certains effets indésirables courants peuvent persister pendant longtemps ou

même s'aggraver.

En cas de persistance ou d'aggravation des effets indésirables le patient est invité à se rendre dans son site de prise en charge pour une meilleure gestion de ces symptômes.

L'agent de santé doit rassurer le patient en lui expliquant que ces effets indésirables vont disparaître au bout de quelques semaines.

➤ **Effets indésirables moins courants**

Il existe des effets indésirables moins courants pour lesquels l'agent de santé devrait être capable de les gérer. Ces symptômes sont : modification de coloration des ongles (à cause de l'AZT/ZDV), non fermeture du tube neural avec le dolutégravir ; hyperpigmentation, etc...

11.1.2. Deuxième type : Les effets indésirables potentiellement dangereux

Ces effets indésirables nécessitent une consultation en urgence. Il faut informer le patient de ces effets indésirables. Pour certains d'entre eux, le patient devra recevoir des soins d'urgence s'ils apparaissent.

Exemples :

- pâleur (anémie) ; peut apparaître avec l'AZT
- yeux jaunes (ictère) dus à une maladie du foie (hépatite) ; peuvent apparaître avec la NVP ou l'EFV
- éruptions cutanées graves ; peuvent apparaître avec la NVP ou l'EFV

Pour les autres symptômes, les patients doivent en parler à l'agent de santé dès que possible.

10.1.3 Troisième type : les effets indésirables apparaissant tardivement au cours du traitement

Ces derniers ont tendance à apparaître après plusieurs mois, voire plusieurs années de traitement ARV.

Le symptôme le plus courant est une répartition anormale des masses graisseuses (lipodystrophie) : accumulation de graisse sur le ventre, les seins, les épaules, le cou (avec parfois des boules de graisse sous la peau), perte de graisse sur les jambes, les bras, les fesses et le visage (lipoatrophie).

11.2 Toxicité médicamenteuse et conduite à tenir

11.2.1. Cas du cotrimoxazole

Le tableau décrit la conduite à tenir en cas d'effets indésirables.

Tableau 40 : Effets indésirables du Cotrimoxazole et actions en réponse.

Symptômes /manifestations	Actions à entreprendre
Nausées/vomissements	Poursuivre la médication et prendre les comprimés pendant les repas. Si les nausées ou les vomissements persistent ou sont sévères, consulter ou référer le patient.

Érythème pigmenté fixe Eruption	Si éruption généralisée ou desquamation ou atteinte oculaire, buccale ou génito-anale, arrêter le traitement et référer d'urgence à l'hôpital
Pâleur et/ou anémie sévère (taux<7,5) hémorragies gingivales	Arrêter le traitement. Demander conseil ou référer le patient.
Ictère (Apparition de coloration jaune des conjonctives).	Arrêter le traitement. Demander conseil ou référer le patient.

Il existe une échelle de toxicité au cotrimoxazole de l'adulte et de l'adolescent qui permet d'apprécier la sévérité de celle-ci et de prendre des mesures.

Tableau 41 : Echelle de toxicité du cotrimoxazole chez l'adulte et l'adolescent.

Toxicité	Description clinique	Recommandation
GRADE 1	Erythème	Poursuivre la prophylaxie par le CTX sous observation attentive et répétée. Donner si possible un traitement symptomatique, par exemple des antihistaminiques
GRADE 2	Eruption maculo-papuleuse diffuse, desquamation sèche	Poursuivre la prophylaxie par le CTX sous observation attentive et répétée. Donner si possible un traitement symptomatique, par exemple des antihistaminiques
GRADE 3	Vésiculation, ulcération des muqueuses	Le cotrimoxazole doit être arrêté jusqu'à disparition complète de l'effet indésirable (habituellement au bout de deux semaines), puis on pourra envisager une reprise du traitement ou une désensibilisation
GRADE 4	Nécrolyse épidermique toxique, syndrome de Stevens-Johnson ou érythème polymorphe, desquamation humide	Le cotrimoxazole doit être définitivement arrêté

11.2.2. Cas des ARV chez l'adulte et chez l'enfant

Tableau 42: Effets indésirables graves nécessitant une substitution dans le traitement de 1ère ligne chez l'adulte.

ARV	Effets indésirables	Conduite à tenir
AZT	Anémie grave (<7,5 g/dl) ou Neutropénie grave (<500/mm ³)	Substituer l'AZT par le TDF ou ABC
	Acidose lactique	- Arrêter complètement le traitement ARV - Reprendre après récupération clinique en substituant l'AZT par le TDF ou ABC si enfant
	Lipodystrophie, Syndrome métabolique	Substituer l'AZT par le TDF
TDF	Toxicité rénale (Créatininémie > 1,5 fois la normale) ou clairance < 50 ML/mn	Substituer le TDF par TAF ou AZT
TAF	Données de toxicité à long terme non encore disponible	
ATV/r	Diarrhée, nausées, vomissements Toxicité hépatique (ALAT > 5 fois la normale) Troubles lipidiques	Substituer l'ATV/r par le DTG
DRV	Néphrolithiase Troubles lipidiques Rash	Substituer le DRV par le DTG
EFV	Toxicité sur le système Nerveux central persistant (Plus de 4 semaines) et grave	Substituer l'EFV par le DTG ou IP
NVP	Hépatite (ALAT > 5 fois la normale)	Substituer la NVP ou DTG ou IP
	Rash modéré	Substituer la NVP par l'EFV ou DTG ou IP
	Rash grave, Syndrome de Stevens Johnson ou Lyell	- Arrêter complètement le traitement ARV - Reprendre après récupération clinique en substituant la NVP par DTG ou IP

Tableau 43 : Toxicité majeure des médicaments et substitution de molécule chez l'enfant

Zidovudine – AZT

Anémie sévère (Hb < 6,5 g/dl)	Goutte épaisse / traitement antipaludique Remplacer AZT par ABC ou TDF
Neutropénie grave (PNN < 500/mm ³)	Remplacer AZT par ABC ou TDF
Acidose lactique	Arrêter complètement le traitement ARV Remplacer AZT par ABC ou TDF après récupération clinique
Intolérance gastro-intestinale sévère	Remplacer AZT par ABC ou TDF
Ténofovir – TDF	
Toxicité rénale	Si le TDF est utilisé dans un TARV de première intention, substituer par de l'AZT ou de l'ABC.
Diminution de la densité minérale osseuse (ostéoporose)	
Acidose lactique ou hépatomégalie sévère avec stéatose	
Lopinavir/Ritonavir – LPV/r	
Diarrhée, nausées, vomissements	Si le LPV/r est utilisé dans un TAR de première intention chez l'enfant, utiliser un INNTI adapté à l'âge (NVP chez l'enfant âgé de moins de 3 ans et EFV chez l'enfant âgé de 3 ans et plus). L'ATV/r peut être utilisé chez l'enfant âgé de plus de 6 ans.
Pancréatite	
Toxicité hépatique	
Nevirapine – NVP	
Hépatite (ALAT plus que 5 fois la normale)	Si l'enfant est gravement malade, arrêter tous les ARV, reprendre les ARV après récupération clinique en remplaçant NVP par EFV ou un IP Si l'enfant n'est pas gravement malade, remplacer NVP par EFV ou par un IP
Toxidermie (syndrome Stevens-Johnson)	Hospitaliser Arrêter tous les ARV Reprendre les ARV après récupération clinique en remplaçant NVP par EFV ou un IP
Abacavir - ABC	
Réaction d'hypersensibilité	Arrête ABC Ne plus jamais réintroduire ABC (risque de décès) Remplacer avec AZT après analyses
Efavirenz - EFV	
Symptômes neurologiques sévères	Remplacer EFV par NVP
Dolutegravir-DTG	
Maux de tête et insomnie ainsi que nausée et diarrhée	Atténuer les symptômes Si réaction d'hypersensibilité, opter pour une autre classe médicamenteuse
Raltégravir-RAL	
Peut entraîner une rhabdomyolyse et une insuffisance rénale	Atténuer les symptômes Si réaction d'hypersensibilité, opter pour une autre classe médicamenteuse

Le tableau ci-dessous décrit la synthèse des toxicités majeures les plus utilisées en pratique clinique

Tableau: Toxicités majeures associées aux ARV les plus utilisés dans la pratique clinique

ARV	Foie	Rein	OS	T CV	Troubles Metaboliques	Troubles Hematologiques	Système Nerveu Central	Peau	intolérance Gastro Intestinale	Musculaire
ABC				📌				📌		
AZT					📌	📌		📌	📌	📌
TDF		📌	📌							
EFV	📌				📌		📌			
NVP	📌							📌		
ATV/r		📌		📌	📌					
DRV/r	📌			📌	📌			📌		
LPV/r	📌			📌	📌				📌	
DTG	📌						📌	📌		
RAL	📌						📌	📌		📌

11.2.3. Cas de l'association des ARV et des antituberculeux

📌 Neuropathie périphérique

L'INH peut entraîner des neuropathies. Ce risque peut être réduit par la vitamino-thérapie.

📌 Hépatotoxicité

La Pyrazinamide (Z) potentialise le risque d'Hépatotoxicité. En cas d'hépatite, il convient de se concerter avec l'équipe de PEC de la TB (Cf. Guide technique de lutte contre la tuberculose).

📌 Syndrome de restauration immunitaire (SRI)

Le syndrome de restauration immunitaire se présente sous la forme d'aggravation de signes cliniques de la maladie tuberculeuse dans les premières semaines de traitement (fièvre, adénopathie, dyspnée...). Il s'observe plus fréquemment lorsque l'initiation du traitement intervient avec un taux de CD4 bas (<50 cellules/ mm³). Les symptômes régressent spontanément en 10 à 40 jours sans modifier les traitements. **Le traitement antituberculeux doit être maintenu et le malade sera référé au médecin responsable du traitement ARV pour évaluation.**

Pour les réactions graves ou modérés, le médecin pourra débuter un traitement avec prednisone 0,5 mg/kg pendant 5-10 jours.

A noter que le SRI peut révéler la présence d'une tuberculose infra clinique au cours des six premiers mois du traitement ARV.

Tableau 44: Toxicité croisée ARV/médicaments antituberculeux

Symptômes	ARV impliqués	Médicaments Anti-TB	Symptômes
<u>Eruption / rash</u>	<u>NVP</u> <u>EFV</u>	<u>Isoniazide</u> <u>Rifampicine</u> <u>Ethambutol</u>	<u>Si rash grave (grade III ou IV OMS) arrêter tous les médicaments et référer.</u>
<u>Toxicité hépatique</u>	<u>NVP</u> <u>EFV</u> <u>IP</u> <u>DTG</u>	<u>Pyrazinamide</u> <u>Isoniazide</u> <u>Rifampicine</u>	<u>Si ictère et élévation des transaminases > 5 fois la VN avec symptômes d'hépatite, arrêter tous les médicaments et référer.</u>
<u>Nausée, vomissement</u>	<u>AZT</u> <u>IP</u> <u>DTG</u>	<u>Rifampicine</u> <u>Pyrazinamide</u>	<u>Antiémétiques</u> <u>Si persistance référer</u> <u>Bilan : transaminases</u>
<u>Neuropathie périphérique</u>		<u>Isoniazide</u>	<u>Supplémentation avec vitamine B6</u>

Tableau 45 : Adaptation posologique en cas d'insuffisance rénale

Médicament et posologie recommandée pour une clairance normale de la créatinine (> 50 mL/min)	Adaptation posologique selon la clearance de la créatinine			
	Clcr 30-49 mL/min	Clcr 15-29 mL/min	Clcr <15 mL/min	Patient en hémodialyse
Emtricitabine 200 mg/24 h	200 mg/48h	200 mg/48h Si Clcr 10-29 mL/min 200 mg/72h	200mg/72h	200 mg après chaque séance
Lamivudine 300 mg/24 h	150 mg/24h	150mg puis 100mg/24h	Si Clcr 5-14 mL/min 150mg puis 50mg/24h	50 mg puis 25 mg/24h ou 25 mg en fin de séance
Ténofovir TDF 300 mg/24h	300 mg/48h	Si Clcr 10-29 300mg 2 fois/sem	TDF non recommandé	300 mg tous les 7 jours après une séance
Zidovudine 300mg/12h	Pas d'adaptation de posologie		300 mg/24h	300 mg après chaque séance
Abacavir 600 mg/24h	Pas d'adaptation de posologie nécessaire			
Efavirenz, névirapine, étravirine, rilpivirine				
Inhibiteurs de protéases				
Raltégravir 400mg/12h				
Dolutégravir 50mg/24h				
Co-formulations posologie 1cp/24h sauf indications contraires, non recommandées si clearance de la créatinine inférieur à 50/mL/min				
Abacavir+lamuvidine	Dissocier pour adapter la posologie de la muvidine en respectant les recommandations ci-dessus			
Ténofovir + emtricitabine	Clcr mL/min 30-49 1cp/48h	Clcr mL/min inférieur à 30 Ou HD : forme combinée non recommandée. Administrer séparément en respectant les recommandations ci-dessus		
TDF/FTC/EFV	Dissocier et adapter les posologies selon les recommandations			

11.3 INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

Les médicaments sont métabolisés dans les reins ou le foie de sorte que la présence d'une maladie hépatique ou rénale (fréquente dans le VIH) peut affecter leur métabolisme. La plupart des médicaments utilisés dans les traitements VIH (et la TB) sont toxiques pour les reins et/ou le foie.

La rifampicine, l'EFV, la NVP et les médicaments antiépileptiques couramment utilisés augmentent le métabolisme hépatique et causent une baisse des taux sanguins d'autres médicaments. Les inhibiteurs de la protéase entraînent souvent un ralentissement du métabolisme hépatique, causant parfois des niveaux toxiques des autres médicaments prescrits.

L'annexe VIII donne les détails sur les interactions des médicaments couramment utilisés

11.4 Modalité de surveillance de la toxicité des ARV

La toxicité et les réactions indésirables liés aux ARV sont identifiés de façon très irrégulière et sont peu notifiés. Pourtant, ce sont des éléments d'importance critique quant à l'amélioration de l'impact du traitement antirétroviral.

La surveillance de la toxicité aborde les effets toxiques liés à l'utilisation des ARV à court et long terme, mais aussi à l'utilisation pendant la grossesse et l'allaitement, chez le nouveau-né et l'enfant, et pour prévenir la transmission du VIH dans les couples sérodifférents.

La notification spontanée ciblée, le registre prospectif des expositions au cours de la grossesse, et la surveillance des anomalies congénitales sont des approches renforcées de surveillance de la toxicité.

Au Burkina Faso, la surveillance de la toxicité aux ARV se fait dans le cadre de la pharmacovigilance à travers les fiches de notification au niveau des sites de prise en charge. Depuis 2017, une application android (webradr) libre d'accès qui permet de faire les notifications directement au centre national de pharmacovigilance. Elle permet aussi bien au soignant qu'au patient de notifier les effets des médicaments ARV. L'outil permet d'avoir accès à la base de données mondiale des effets indésirables de l'ensemble des médicaments enregistrés au Burkina Faso.

CHAPITRE XII : NUTRITION ET VIH

CHAPITRE XII : VIH ET NUTRITION

L'état nutritionnel, le traitement antirétroviral et les habitudes alimentaires influencent l'état de santé de la personne infectée par le VIH.

Un indice de masse corporelle (IMC) inférieur à 18,5 kg/m² est un facteur de risque reconnu de morbidité et de mortalité, indépendamment de toute autre anomalie, chez les adolescents et les adultes séropositifs. Aussi, un Z score de l'indice poids/taille (P/T) < - 3 est également un facteur de risque.

La malnutrition par défaut peut accélérer l'évolution de l'infection vers le stade sida ; l'excès de poids, voire l'obésité parfois avec les effets de certains ARV peuvent entraîner des troubles métaboliques et développer certaines maladies chez le patient.

12.1. Evaluation de l'état nutritionnel

Le succès de la prévention et du traitement repose sur le dépistage précoce des problèmes nutritionnels. Le dépistage nutritionnel est une composante stratégique des efforts d'intervention précoces visant à prévenir la perte de poids. A côté de la malnutrition par défaut, il faut s'intéresser à celle par excès.

12.1.1 Paramètres à mesurer

Les paramètres cliniques :

- Le rapport P/T à l'aide de la table de référence P/T ;
- L'indice de masse corporelle (IMC) poids en kg/ (taille en m)² ;
- L'IMC pour âge à partir de la table de référence IMC pour âge ;
- Le périmètre brachial chez les enfants ;
- Les œdèmes bilatéraux des membres.

Les paramètres biologiques :

- Fer sérique ;
- NFS ;
- Protidémie.
- Le bilan lipidique

12.1.2 Classification de la malnutrition

Après l'évaluation, il faudra classer le patient selon les indications du tableau 46 :

Tableau 46 Classification de la malnutrition aiguë par défaut.

Indicateurs	Groupe d'âge	Malnutrition aiguë	Malnutrition aiguë sévère
Œdèmes bilatéraux	Enfant, adolescent, Adulte	Non	Oui
Poids/taille (P/T)	6-59 mois	≥-3 Z scores et < -2 Zscores	<-3 Z Scores
IMC pour âge	Adolescent	≥-3 Z scores et < -2 Zscores	<-3 Z Scores
	6-59 mois	11,5-12,5 cm	<11,5cm

Périmètre brachial (PB)	Femme enceinte et allaitante	< 21 cm	
Indice de masse corporelle (IMC)	Adultes	16-18,5 kg/m ²	< 16 kg /m ²

Tableau 47: Classification de la malnutrition par excès.

Indicateurs	Groupe d'âge	Excès de poids	Obésité	Obésité morbide
IMC pour âge	Adultes (18 ans et plus)	≥ 25 < 30	≥ 30 < 35	≥ 35

12.2. VIH et malnutrition par défaut

Il existe un cercle vicieux entre la malnutrition par défaut et l'infection à VIH. En revanche, une bonne alimentation aiderait à renforcer le système immunitaire et en présence d'une infection à VIH, elle contribuerait à ralentir son évolution vers le stade Sida.

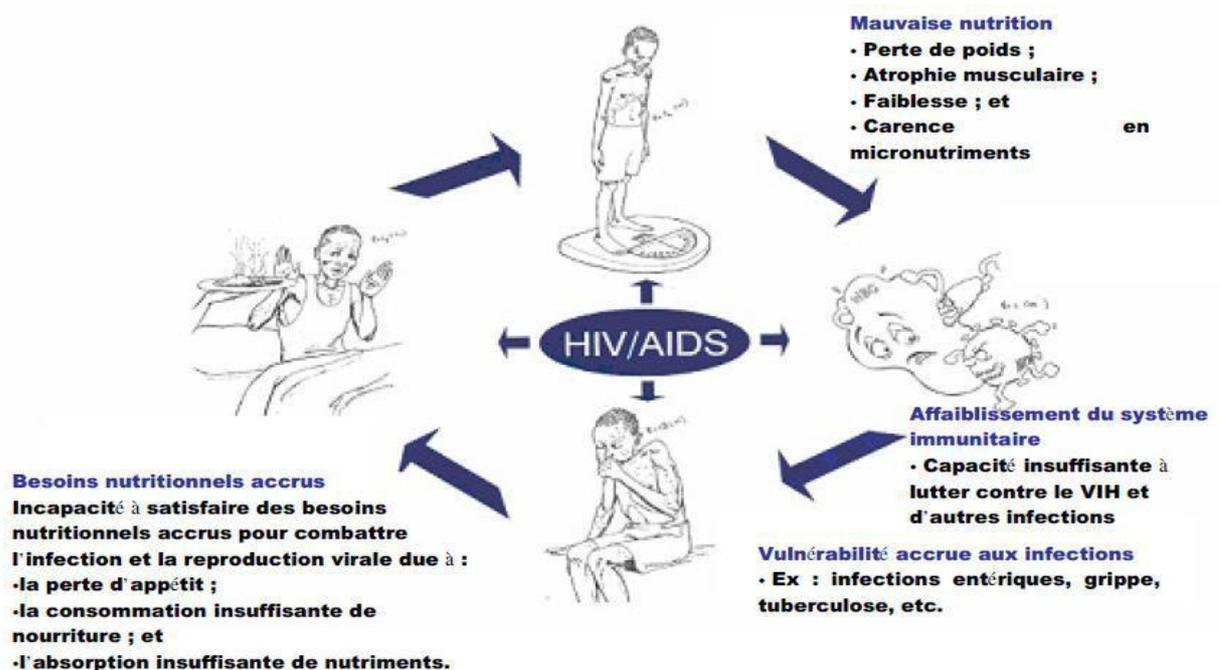


Figure 30 : le « mauvais cycle » de la mauvaise nutrition et de l'infection à VIH.

12.2.1. Alimentation de l'adulte dans le contexte du VIH

Les PVVIH doivent avoir un régime alimentaire varié et équilibré. Ces personnes doivent consommer des nutriments en quantité suffisante pour apporter l'énergie et garantir un fonctionnement correct du corps. Les principaux groupes d'aliments dont toute personne a besoin pour mener une vie saine sont les suivants : aliments constructeurs (protéines et minéraux), aliments protecteurs (vitamines et minéraux) et aliments énergétiques (glucides et graisses).

Il est conseillé de bien manger pendant la maladie et la convalescence.

Des symptômes comme la fièvre et la diarrhée ainsi que certains effets indésirables du traitement antirétroviral (vomissements, diarrhée, ...) empêchent le corps d'utiliser pleinement les nutriments, entraînent ainsi la perte de poids.

Il est important de continuer à s'alimenter pendant la maladie et de le faire davantage pendant la convalescence pour récupérer les nutriments perdus.

12.2.2. Les bonnes pratiques alimentaires

Une personne infectée par le VIH a déjà un système immunitaire affaibli. Un régime alimentaire varié et équilibré peut aider à maintenir le bon fonctionnement du système immunitaire.

Les PVVIH ont parfois du mal à avaler à cause des symptômes tels que le muguet ou encore elles souffrent d'une malabsorption de nutriments. Pour s'assurer qu'elles reçoivent des nutriments en quantité suffisante, les PVVIH doivent manger de petites portions (pour que les aliments puissent être absorbés) plus fréquemment tout au long de la journée. Il est important d'encourager la prise de goûters pendant la journée pour augmenter les apports alimentaires. Il est utile de préparer des aliments spéciaux plus faciles à mâcher pour ceux qui sont malades. Des aliments moins secs et plus liquides sont mieux tolérés pendant des périodes de maladie.

12.2.3. Les bonnes mesures d'hygiène

- La manipulation hygiénique de l'eau et des aliments est très importante. Il faut conseiller au patient de :
- consommer de l'eau potable ;
- respecter les normes d'hygiène ;
- faire bien cuire tous les aliments d'origine animale et les œufs ;
- nettoyer correctement les fruits et les légumes avant de les consommer ;
- conserver les aliments à l'abri des mouches et de la poussière ;
- tenir compte des dates de péremption des aliments.

12.3. VIH, traitement ARV, habitudes alimentaires et maladies émergentes

Le traitement antirétroviral a de nos jours amélioré la qualité et la durée de vie. Cependant, le traitement au long cours par les ARV peut entraîner des complications métaboliques (telles que les maladies cardio-vasculaires, le diabète et les problèmes osseux). Si l'intérêt des traitements antirétroviraux l'emporte largement sur les

risques, les complications métaboliques doivent être dépistées à temps et correctement prises en charge.

Les habitudes alimentaires ont un rôle déterminant dans la survenue des maladies cardio-vasculaires et le diabète. L'éducation nutritionnelle a alors toute sa place.

12.4 Education nutritionnelle

Elle consiste à prodiguer aux malades des conseils nutritionnels spécifiques selon l'état nutritionnel du patient, assister et suivre l'alimentation afin de dépister les maladies associées et de permettre de prolonger la vie.

Tableau 48 : Recommandations nutritionnelles selon le statut nutritionnel.

Etat nutritionnel	Conseils
Malnutrition par défaut	<ul style="list-style-type: none">• Encourager à consommer des aliments riches en nutriments essentiels pour accumuler des réserves et maintenir le poids et la masse corporelle• Encourager l'activité physique• Référer le patient pour un appui en cas d'un apport inadéquat en aliments• Maintenir une alimentation pendant une grave maladie (y compris la diarrhée)• Améliorer les apports alimentaires pour couvrir les besoins et gagner du poids• Encourager à continuer l'activité physique si possible• Encourager à s'alimenter
Malnutrition par excès	<ul style="list-style-type: none">• Encourager à pratiquer une activité physique si possible• Encourager un régime alimentaire pauvre en sucre et en graisses• Encourager à faire un bilan clinique et biologique régulier (avec dosage du cholestérol, des triglycérides et autres marqueurs)

CHAPITRE XIII : SOINS PALLIATIFS

CHAPITRE XIII : SOINS PALLIATIFS

13.1 Définition

Selon la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP), les soins palliatifs sont des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle.

Les soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie se font par une équipe interdisciplinaire. Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution. La formation et le soutien des soignants et des bénévoles font partie de cette démarche.

Selon l'OMS, les soins palliatifs améliorent la qualité de la vie des patients et de leurs familles qui se heurtent aux problèmes associés à une maladie extrêmement grave en prévenant et en atténuant la douleur par un dépistage précoce, l'évaluation et le traitement de la douleur, ainsi que la prise en charge des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels (OMS 2003).

Dans le contexte où toutes les mesures ont été prises pour rechercher et prendre en charge les troubles spécifiques dont souffre le patient et, malgré cette prise en charge adaptée, l'état du patient continue à se détériorer, les soins palliatifs pourront soulager le patient.

13.2 Objectif des soins palliatifs

Fournir un soutien et des soins qui soulagent la vie des patients tout au long des différentes phases de la maladie de manière à ce qu'ils puissent vivre aussi pleinement et agréablement que possible ou mourir en paix (respect de la dignité humaine et des dernières volontés du malade).

Les principes sous-jacents incluent :

- Prise en charge des symptômes ;
- Soutien psychologique ;
- Travail en équipe et partenariat (implication de la famille) ;
- Considérations éthiques appropriées ;
- Maintien de l'espoir par des objectifs réalistes.

13.3 Prise en charge des symptômes

Les principaux symptômes sont les suivants :

- Douleur ;
- Dyspnée ;
- Nausées et vomissements, hoquet ;
- Diarrhée persistante ;

- Constipation ;
- Escarre ;
- Sommeil difficile /insomnie ;
- Anxiété ;
- Fièvre.

Les médicaments et/ou les interventions non pharmacologiques peuvent aider à prendre en charge les symptômes.

13.4 Prise en charge de la douleur

Dans les manifestations du VIH/sida, la douleur est fréquemment évoquée. Elle peut être aiguë ou chronique, persistant sur des années parfois avec des fluctuations en intensité. Elle peut être liée spécifiquement au VIH et à ses complications viscérales ou résulter des infections intercurrentes favorisées par l'immunodépression, ou être en rapport avec le traitement antirétroviral.

A tous les stades de l'infection à VIH et lorsqu'elles reçoivent leur traitement, les personnes vivant avec le VIH peuvent éprouver diverses formes de douleurs et de sensations pénibles. Lorsque cela est possible, le personnel soignant doit identifier et traiter la cause sous-jacente tout en contrôlant la douleur. Il est également important de prendre en charge de manière efficace les effets secondaires des ARV afin d'aider à l'observance du traitement.

Devant toute douleur, il faut :

- Rechercher la cause (organique, psychologique, émotionnelle, iatrogène, spirituelle),
- Apprécier l'intensité : faible (palier 1), modérée (palier 2) ou intense (palier 3) (cf. Annexe PCIM-VIH).
- Administrer un traitement symptomatique sans délai car la persistance de la douleur peut entraîner des conséquences physiques, psychologiques et sur l'observance du traitement antirétroviral.
- Apporter un appui psychologique au patient.

Traitement :

- Traitement spécifique étiologique
- Traitement antalgique : manier les antalgiques des 3 paliers, en adaptant la posologie selon le tableau ci-dessus.

Tableau 49: Utilisation des analgésiques selon l'intensité de la douleur.

	Analgésiques	Posologies	Effets secondaires/ Précautions d'emploi
P A L I E R 1	Paracétamol (également pour les fièvres peu élevées)	Adulte 2 Cp de 500 mg toutes les 6 heures. Enfant 60 mg/kg/j en 4-6 prises. Dose tox. 150mg/kg	Ne pas dépasser 8 comprimés de 500 mg par 24 heures (peut avoir une grave toxicité hépatique au-delà)
	Acide acétylsalicylique (aussi anti-inflammatoire non stéroïdiens et contre les fièvres peu élevées)	Adulte 2 comprimés 500mg toutes les 6 heures Enfant 50-60 mg /kg/j en 4-6 prises. Dose tox. 150mg/Kg	Éviter d'utiliser en cas de troubles gastriques. Arrêter en cas de douleurs épigastriques, d'indigestion, de selles noirâtres, de pétéchies ou de saignements. Ne pas donner aux enfants de moins de 12 ans.
	Ibuprofène (AINS, également contre les fièvres peu élevées et les douleurs osseuses)	Adulte 400 mg toutes les 6 heures au cours des repas Enfant 20 à 40mg/kg/j en 4 prises	Éviter d'utiliser en cas de troubles gastriques. Arrêter en cas de douleurs épigastriques, d'indigestion, de selles noirâtres, de pétéchies ou de saignements. Ne pas donner aux enfants de moins de 12 ans.
P A L I E R 2	Codéine*	Adulte et enfant de plus 12 ans 30 mg 3 à 6 fois/j sans dépasser 240 mg/j. Enfant de 1an à 12 ans 0,5mg/kg 3 à 6 fois/j sans dépasser 3 mg/kg/j	Entraîne la constipation : donner un laxatif Surveiller la respiration Contre indiqué en cas d'insuffisance respiratoire et d'asthme aigu. En cas d'échec passer à la morphine.
P A L I E R 3	Morphine Administer par voie orale 5 mg/5 ml ou 50mg/5ml. Peut aussi être administrée par voie rectale (par seringue).	Adulte 2,5 à 5 mg 3 à 6 fois/j (la dose peut être multipliée par 1,5 ou 2 après 24 heures si la douleur persiste) Enfant 0,1 à 0,2 mg/kg 3 à 6 fois/j	Entraîne la constipation : donner dans ce cas un laxatif Surveiller la respiration Contre indiqué en cas d'insuffisance respiratoire et d'asthme aigu

**Exception : Si vous n'avez pas de codéine, vous pouvez donner de l'acide acétyle salicylique toutes les 4 heures, associées à du paracétamol toutes les 4 heures, avec des laps de temps se chevauchant de sorte que ces médicaments soient administrés toutes les 2 heures*

NB. : Ne jamais administrer à la fois un médicament du groupe opioïde et du groupe non opioïde

Tableau 50 : Conduite à tenir selon la symptomatologie.

Symptômes	Conduite à tenir
Dyspnée	<ul style="list-style-type: none"> • Aider le malade à adopter la meilleure position possible (décubitus latéral, position semi couchée etc.); • Utiliser des oreillers ou un soutien dorsal ; • Ouvrir les fenêtres pour laisser entrer de l'air libre; • Ventiler avec éventail; • Donner fréquemment de l'eau au patient, faire des inhalations de vapeur d'eau par la technique d'inspiration et d'expiration forcées accompagnée d'un drainage de posture; • Éviter l'encombrement, les atmosphères confinées, la cuisine et la fumée de cigarette dans la chambre du patient; • Apportez un soulagement symptomatique en utilisant des broncho-dilatateurs, des diurétiques, en fonction des besoins; • Donner de petites doses de morphine orale. Cela peut réduire la dyspnée dans les soins de fin de vie.*
Nausées Vomissements Hoquet	<ul style="list-style-type: none"> • Traiter les causes sous-jacentes ; réhydrater le patient si nécessaire ; Adapter les médicaments en fonction des besoins ; • Donner un antiémétique (métoclopramide), ou un prokinétique; • Se résout habituellement en quelques jours. Peut nécessiter une prise en charge continue; Eviter les odeurs qui peuvent exacerber la symptomatologie
Diarrhée persistante	<ul style="list-style-type: none"> • Réhydrater avec du SRO-zinc et continuer l'alimentation ; Assurer des soins rectaux ; • Conseiller la consommation d'aliments riches en potassium (les oranges, les bananes douces et autres fruits locaux); • Prescrire un traitement de soutien avec des médicaments anti-diarrhéiques ; • Offrir souvent des boissons;
Constipation	<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser la consommation de fruits, de légumes, de purée de carottes, de bouillie de céréale et tout aliment local riche en fibres; • Utiliser des traitements locaux à base d'herbes – écraser des graines de papaye séchées (5-30 graines à mâcher le soir) ou des feuilles de kinkeliba (<i>Combretum micranthum</i>) mélangées à une demi cuillère à café d'eau et donner à boire au malade; • Prendre une cuillère à soupe d'huile végétale avant le petit déjeuner; • En cas de constipation sévère donner des laxatifs doux : huile de paraffine, sulfate de magnésium; • En cas de fécalome, introduire délicatement de la vaseline ou un corps gras ou de l'eau savonneuse dans le rectum. Si le patient ne peut le faire, le soignant peut l'aider. Se souvenir de toujours porter des gants.
Escarre	<p>Prévention :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Changer régulièrement le malade de position; • Encourager le malade à bouger son corps dans le lit s'il en est capable; • Tenir la literie propre et sèche; • Frictionner avec un tampon d'alcool et masser les points de contact à l'aide du beurre de karité; • Sécher la peau avec une serviette douce, sans frotter, saupoudrer de talc. <p>Traitement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Traiter une infection sous-jacente.

Insomnie	<ul style="list-style-type: none"> • Dîner tôt et léger; • Activités physiques et intellectuelles diurnes si possible; • Réduire le bruit, si possible; • Ne pas donner au malade d'excitants tard dans la soirée mais lui proposer plutôt une infusion de citronnelle, du lait chaud ou de Quinquéliba; • Traiter la douleur si elle existe; • Traiter une dépression sous-jacente; • L'amitriptyline peut être utilisée le soir pour faciliter le sommeil.
Anxiété	<ul style="list-style-type: none"> • Demander conseil ou référer le patient en cas de dépression sévère, de tendances suicidaires ou de psychose. Les débuts difficiles peuvent être gérés avec de l'amitriptyline au coucher.
Fièvre	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser tout d'abord le module des soins aigus pages 30 -32 PCIM/VIH. • Rechercher une cause possible et juger de la nécessité d'administrer un antipaludéen et/ou un antibiotique ; • Donner du paracétamol ou de l'aspirine toutes les 6 heures ; Vérifier que le patient ne se déshydrate pas.

BIBLIOGRAPHIE



Documents normatifs internationaux

1. Lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH face à l'évolution de l'épidémie, OMS, novembre 2019
2. Providing differentiated services delivery to adolescents and children, Child survival working group www.teampata.org/pata-research/ or www.childrenandaids.org/learning-center-page WHO/CDS/HIV/19.25 © World Health Organization 2019
3. HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations, WHO 2016 update consolidated guidelines
4. Update of recommendations on first- and second-line antiretroviral regimens, WHO, July 2019
5. Learning session on HIV-affected adolescent mothers and their children in Sub-Saharan Africa, WHO, meeting report, 13 December 2019
6. Policy brief on Advanced HIV Disease, WHO
7. Manuel clinique MSF VIH/TB : Pour les soins de santé primaires-Mars 2020
8. VIH, Hépatites virales, Santé sexuelle. Christine Katlama, Jade Ghosn, Gilles Wandeler
9. Nigeria integrated national guidelines-HIV prevention, care and treatment
10. Zimbabwe integrated national guidelines-HIV prevention, care and treatment
- 11.

Documents de référence du Burkina Faso : Normes, programmes et expériences

1. Cadre Stratégique National de lutte contre le Sida et les IST 2021-2025
2. Normes et directives nationales des services de dépistage du VIH au BURKINA FASO, 2018.
3. DSF, Plan d'élimination de la transmission mère-enfant du VIH, Ouagadougou, 2016
4. Guide sur les ravitaillements 6 mois au Burkina Faso
5. Guide de mise en œuvre des ravitaillements communautaires en dehors des structures de sante
6. Plan opérationnel de mise en œuvre des approches différenciées de services VIH

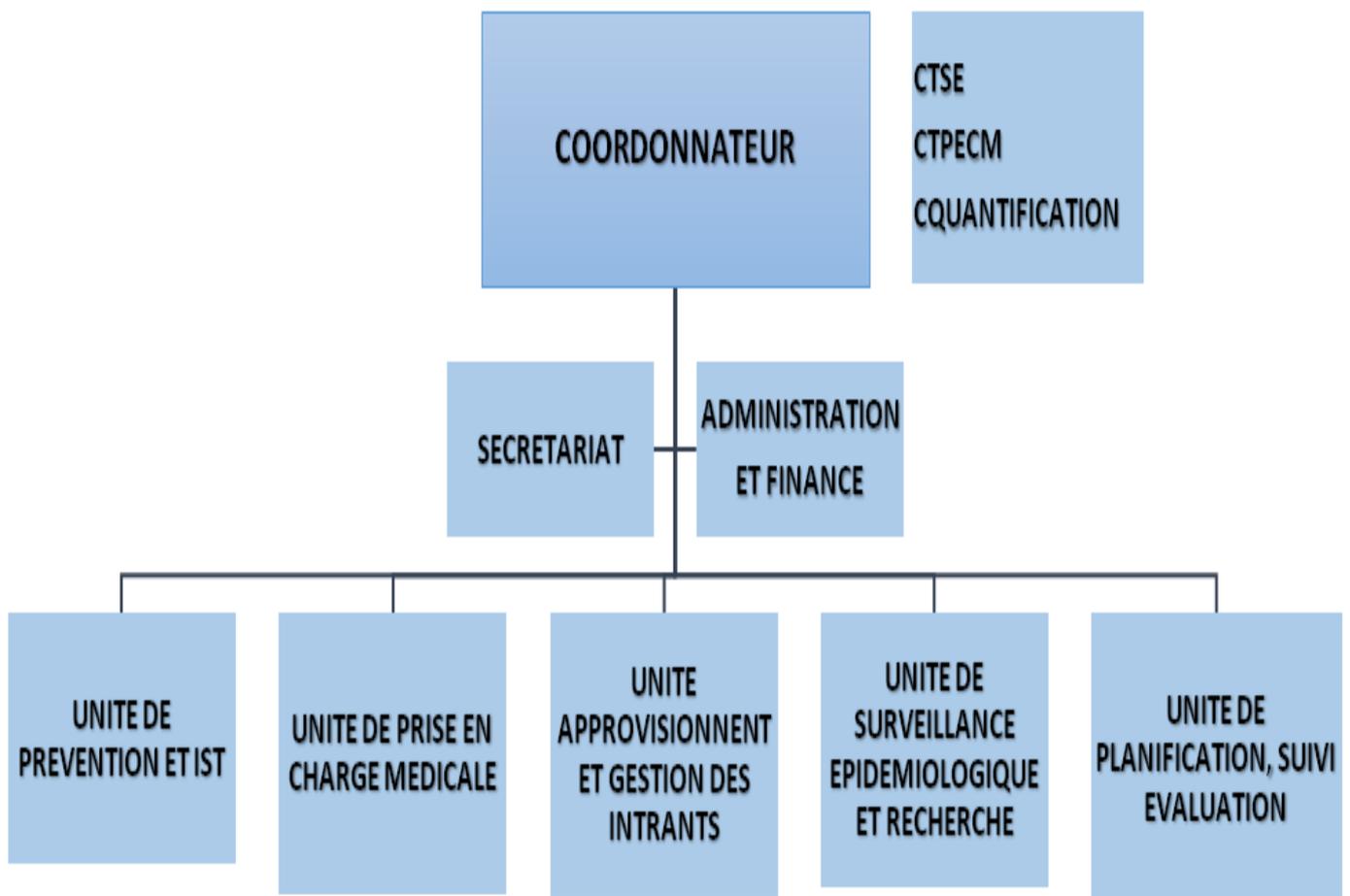
Pages web

www.medscape.org/viewarticle/826417

ANNEXES

ANNEXES

ANNEXE I : ORGANIGRAMME DU PSSLS-IST



ANNEXE II : NOTE DU MINISTRE DE LA SANTE SUR LES APPROCHES DIFFERENTIEES DE SERVICES VIH

**MINISTRE DE LA SANTE
SECRETARIAT GENERAL**



BURKINA FASO
UNITÉ - PROGRÈS - JUSTICE

N°2020 **2988** MS/SG/DGSP/PSSLS-IST

Ouagadougou, le **18 SEP 2020**

Objet : Demande d'implication des DRS et des MCD dans la mise en œuvre de la phase pilote des Approches, Différentiées des Services (ADS).

Le Secrétaire Général

A

Réf

- **Madame et Messieurs les Directeurs Régionaux de la Santé**
- **Mesdames et Messieurs les Directeurs Généraux des CHU et CHR**
- **Mesdames et Messieurs les médecins Chefs de districts**
- **Madame la Directrice Général de la CAMEG**
- **Autres Responsables de structures Sanitaires concernées.**

Pour l'atteinte des « 3X90 » de l'ONUSIDA, le Ministère de la santé a sollicité l'OMS un appui technique et financier pour l'élaboration d'une stratégie nationale d'approches différenciées de dépistage et de traitement de l'infection à VIH. L'objectif de cette consultation est de mener une analyse situationnelle afin d'identifier les lacunes et les opportunités manquées, de développer et de proposer de nouvelles approches en vue d'atteindre les objectifs de la lutte contre le VIH/Sida.

Ainsi les stratégies suivantes ont été élaborées :

- Le dépistage VIH par cas index et le dépistage démedicalisé ;
- L'autotest VIH dès que disponible ;
- Le ravitaillement ARV de 6 mois ;
- Le ravitaillement communautaire d'ARV en dehors des structures sanitaires.

A cet effet le programme sectoriel santé de lutte contre le Sida et les infections sexuellement transmissibles (PSSLS-IST), sollicite l'implication et l'accompagnement des premiers responsables des régions et districts sanitaires pour mener à bien la phase pilote afin d'apprécier les stratégies les mieux adapter pour notre pays. Le démarrage de cette phase **qui durera (03) mois**, débutera juste après la formation des acteurs de terrain des sites retenus à cet effet, **le 19 septembre 2020**.

Je vous invite à prendre toutes les dispositions pour assurer un bon suivi des activités afin de lui garantir le succès escompté.

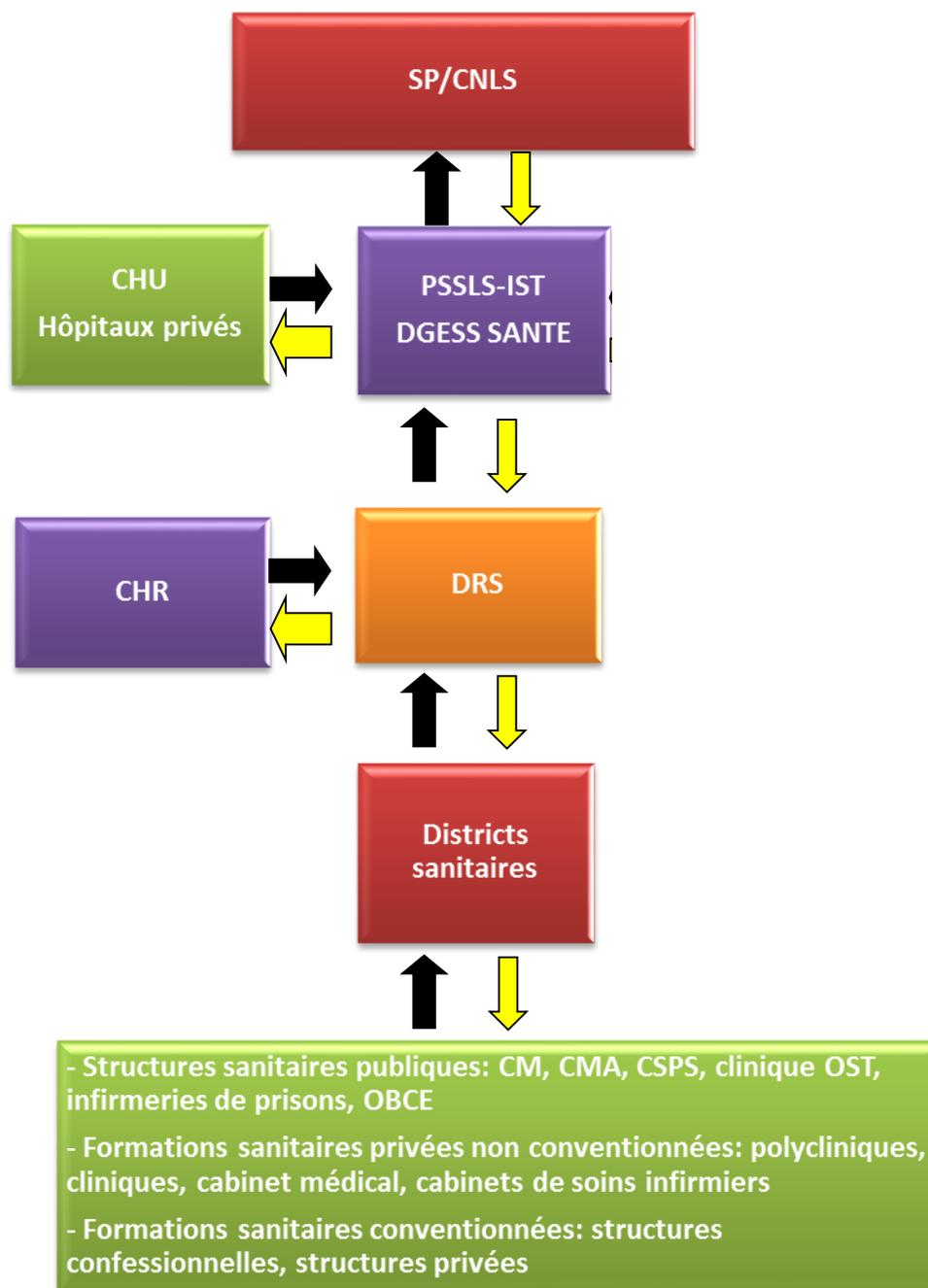
J'attache du prix à la bonne exécution de la présente directive.

PJ : -Note technique
-Termes de référence



Dr Landaogo Soutongonoma
Lionel Wilfrid OUEDRAOGO
Chevalier de l'Ordre de l'Etalon

**ANNEXE III : ORGANIGRAMME DES ACTEURS DE LA PRISE EN CHARGE
DU VIH/SIDA AU BURKINA FASO**



ANNEXE IV : PRINCIPES, CONSEILS ET TABLES DE POSOLOGIE DES ARV PEDIATRIQUES

Principes applicables à tous les ARV pédiatriques

Les formes solides et les combinaisons à dose fixe (CDF) sont à préférer aux formes liquides (plus contraignantes à approvisionner, stocker et utiliser, moins stables et plus couteuses)

Il est recommandé d'utiliser une seule forme galénique dans une combinaison thérapeutique (peu pratique d'associer sirop et comprimés).

Lorsque les solutions buvables sont la seule forme disponible, utiliser tant que possible des seringues ou verres gradués pour un dosage précis de la quantité à administrer. Par ailleurs, en l'absence de forme pédiatrique comprimé, ou si l'enfant prend bien les solutions buvables mais pas les comprimés, on peut continuer à administrer les formes buvables au-delà de 14kg (poids moyen d'un enfant de trois ans) en convertissant en ml de solution, la dose recommandée en mg pour les comprimés ou par calcul selon la posologie en mg/kg ou en mg/m².

Si une seringue est utilisée pour prélever la suspension buvable, celle-ci peut servir aussi à administrer le médicament à l'enfant (sans aiguille attention !) en injectant doucement le contenu de la seringue entre la joue et la gencive (jamais directement vers la gorge) et en laissant à l'enfant le temps pour avaler le contenu en plusieurs fois si le volume est important (démonstration utile en consultation les premières fois).

Certaines formes buvables et gélules doivent être conservées au réfrigérateur (2-8°C). En l'absence de réfrigérateur éviter de conserver plusieurs flacons d'avance à la maison. Le flacon en cours de consommation doit être conservé dans l'endroit le plus frais de la maison comme par exemple dans un pot en terre (type canari).

Les comprimés sécables peuvent être coupés en deux sans problème. Pour ceux qui ne sont pas sécables, il est conseillé d'utiliser une coupe comprimée ou un couteau bien tranchant sur une surface plate et propre pour couper le comprimé. Eviter tant que possible les posologies différentes le matin et le soir (ex : mieux vaut proposer 1,5 cp le matin et 1,5 cp le soir que 2cp le matin et 1 cp le soir).

Si les comprimés ne sont pas sécables les posologies du matin et du soir peuvent être différentes, dans ce cas mieux vaut administrer la plus forte dose le matin. Dans le cas où les comprimés ne sont sécables mais peuvent être dissous dans l'eau, si la prise recommandée est 0,5 comprimé il est recommandé de dissoudre 1 comprimé dans 1 volume d'eau et d'administrer la moitié de ce volume à l'enfant

La plupart des comprimés et gélules pédiatriques peuvent être écrasés ou ouverts au cas où l'enfant n'arrive pas à avaler. Dans ce cas il est important de les mélanger à une petite quantité de boisson ou aliment ou le goût est apprécié de l'enfant, et de lui faire avaler toute cette quantité juste après avoir mélangé le médicament en une seule fois (ne pas mettre de côté pour plus tard car l'efficacité d'un médicament risque de diminuer).

Pour les nourrissons allaités au sein donner le traitement dilué dans un peu de liquide avant une tétée pour ceux qui sont alimenté par les substitut de lait maternels, donner le

traitement avant un repas lacté (ne pas mélanger le médicament au contenu du biberon, car si le biberon n'est pas terminé le traitement ne sera pas entièrement pris).

Durant les 15 jours d'induction de la NVP, si des CDF associant deux molécules (AZT+3TC) doivent être associées aux CDF contenant 3 molécules (AZT+3TC+NVP) il est crucial de peser les enfants à chaque consultation médicale, afin d'ajuster la dose au poids réel.

Conseils pour l'administration des formulations pédiatriques

Administration de Comprimés dispersibles à dose fixe

Comprimés dispersibles disponibles:

- ABC/3TC 120 mg/60 mg
- AZT/3TC 60 mg/30 mg
- AZT/3TC/NVP 60 mg/30 mg/50 mg

- ⇒ Vérifier la formulation pour s'assurer que la dose prescrite est appropriée ;
- ⇒ Deux formulations différentes peuvent être utilisées pour atteindre la dose appropriée
- ⇒ Les CDF peuvent être avalés, mâchés ou dissous dans une petite quantité de lait ou d'eau
- ⇒ Administration de comprimés de RAL à mâcher : RAL 25 mg comprimés sécables, peuvent être avalés, mâchés ou dissous dans de l'eau ou du lait

Administration LPV/r granulés

Administration de granules aux nourrissons < six mois

- ⇒ Les granulés sont contenus dans une gélule/sachet qui doit être ouverte
- ⇒ Les granulés doivent être avalés entièrement et ne peuvent être ni dissoutes, ni écrasées ni mâchées
- ⇒ Le tuteur doit préparer tout ce dont il aura besoin pour l'administration de la bonne dose de pellets/granulés
- ⇒ En plus du bon nombre de gélules/sachets, le tuteur a besoin d'une tasse, cuillère et une assiette propre
- ⇒ L'assiette sert à recueillir les granulés qui tomberaient à l'ouverture de la gélule/sachets
- ⇒ La gélule est vidée dans une cuillère
- ⇒ Les granulés sont mis sur la langue en petite quantité entre les tétées
- ⇒ S'assurer que tous les granulés ont été pris
- ⇒ Tous les nourrissons auront besoin d'au moins 2 gélules par dose
- ⇒ Expliquer au tuteur que la dose correspond au nombre de gélules
- ⇒ Tous les granulés contenus dans les gélules doivent être donnés.

- ⇒ Les granulés sont moins amers que le sirop parce qu'elles sont recouvertes par une fine pellicule. Humides, elles perdent cette pellicule et un gout amer émerge
- ⇒ Les granulés doivent être avalés rapidement pour que l'enfant ne ressente pas l'amertume

Administration de LPV/r granules aux nourrissons et aux enfants ≥ six mois

- ⇒ Au-delà de 6 mois, il faut démarrer la diversification alimentaire du nourrisson en complément du lait maternel.
- ⇒ Les granulés de LPV/r peuvent être donnés avec des aliments mous faciles à avaler : yaourt, compote de fruits, bouillie
- ⇒ Choisir l'aliment ou la boisson que l'enfant préfère
- ⇒ Les granulés ne doivent pas être mélangés à un aliment chaud.
- ⇒ Il faut s'assurer que le tuteur connaît chaque étape de l'administration des gélules à la fin de l'entretien.
- ⇒ Corriger toute incompréhension.

ARV	pédiatriques	ENFANTS de 3 à 25kg										adultes	ADULTES	
		Quantité de comprimés/ de sirop à prendre matin et soir											Quantité de comprimés à prendre matin	
		3-5,9kg		6-9,9kg		10-13,9kg		14-19,9kg		20-24,9kg			25-34,9kg	
		matin	soir	matin	soir	matin	soir	matin	soir	matin	soir		Matin	soir
RAL	25mg	1	1	2	2	3	3	4	4	6	6			
	100mg			0,5	0,5			1	1	1,5	1,5	400mg	1	1
AZT	10mg/ml	6ml	6ml	9ml	9ml	12ml	12ml							
	60mg	1	1	1,5	1,5	2	2	2,5	2,5	3	3			
	100mg			1	1	1	1	2	1	2	2	300mg	1	1
ABC	20mg/ml	3ml	3ml	4ml	4ml	6ml	6ml							
	60mg	1	1	1,5	1,5	2	2	2,5	2,5	3	3			
	300mg							0,5	0,5	1	0,5	300mg	1	1
EFV	30mg/ml					7ml	7ml	<i>cf. fiche détaillée</i>		<i>cf. fiche détaillée</i>				
	200mg					1	1	1,5	1,5	1,5	1,5	200mg	2	2
NVP	10mg/ml	5ml	5ml	8ml	8ml	10ml	10ml							
	50mg	1	1	1,5	1,5	2	2	2,5	2,5	3	3			
	200mg							1	0,5	1	0,5	200mg	1	1
LPV/r	40/10mg	2	2	3	3	4	4	5	5					
	80mg/20mg/ml	1à1,5ml	1à1,5ml	1,5ml	1,5ml	2ml	2ml	2,5ml	2,5ml	3ml	3ml			
	100mg/25mg					2	1	2	2	2	2	100mg/25mg	3	3
DTG 10 mg		0,5		1,5		2,5		1	1	1	1	200mg/50mg	2	1

Cas particulier du nouveau-né infecté par le VIH (AZT/3TC+RAL)

Age	Dose de RAL
Naissance-7 jours	1.5 mg/kg <u>en une prise unique</u>
8-28 jours	3mg/kg deux fois par jour
≥ 4 semaines	6 mg/kg trois fois par jour

ANNEXE V : LISTE DES SUPPORTS DE COLLECTE DES DONNEES SUIVI DES PATIENTS VIVANT AVEC LE VIH

- Registre du conseiller
- Fiche de référence de la personne nouvellement dépistée positive
- Fiche de référence d'une personne nouvellement enrôlée
- Dossier médical adulte
- Dossier médical enfant et adolescent
- Registre transitoire de la file active niveau échelon 1
- Registre de la file active
- Registre PTME
- Carte de suivi du patient
- Fiche de transfert

*Ces supports primaires de collectes de données serviront à remplir le Rapport Mensuel et ou trimestriel d'activités à tous les niveaux du système de soins.

*Les données de gestion des intrants sont disponibles dans le logiciel GESDIS

ANNEXE

VI :

Annexes VII : Les cartes de Barrow

Le test du vrai ou faux avec degré de certitude

Affirmations	Vrai	Faux	Peu sûr	Moyennement sûr	Sûr
Le traitement est à prendre Pendant toute la vie.					
Pour que le traitement agisse, il faut qu'il soit pris tous les jours.					
Si le traitement est souvent oublié, le VIH résiste aux médicaments.					

S'il manque un des médicaments du traitement, les autres peuvent être Pris comme d'habitude.					
Les heures de prise du traitement peuvent être adaptées au décalage horaire en cas de voyage.					
Quand la charge virale (quantité de virus dans le sang) est indétectable, on peut arrêter le traitement.					
Le traitement peut être arrêté sans avis médical en cas d'effets secondaires.					
En cas de vomissement dans l'heure qui suit la prise du traitement, il faut le reprendre.					

Annexe VIII : Interactions médicamenteuses et conduite à tenir

Médicament 1	ARV	Interaction	Gestion
Antibiotiques			
Streptomycine, Kanamycine, Capréomycine	TDF	Tous les médicaments ont une toxicité rénale potentielle.	Remplacer TDF par AZT ou ABC.
Antituberculeux	Voir section séparée		
Antifongiques			
Itraconazole (Inhibiteur)	Ritonavir (RTV) (Inhibiteur)	Les deux médicaments provoquent une augmentation du taux sanguin de l'autre.	Réduire de moitié la dose d'itraconazole et surveiller la toxicité du RTV.
Itraconazole	EFV	Peut entraîner une diminution du taux d'itraconazole.	Peut nécessiter d'augmenter la dose d'itraconazole.
Antiviraux directs pour le traitement de l'hépatite C			
Daclatasvir (DCV)	EFV/NVP	EFV/NVP diminuent le taux sanguin du DCV.	Augmenter la dose de DCV à 90 mg par jour.
Daclatasvir (DCV)	ATV/r (Inhibiteur)	L'ATV/r augmente le taux sanguin de DCV.	Diminuer la dose de DCV à 30 mg par jour.
Antihypertenseurs			
Amlodipine	EFV/NVP	L'EFV/NVP peut faire baisser le taux de l'amlodipine.	Surveiller la tension artérielle (TA). Peut nécessiter d'augmenter la dose d'amlodipine.
Amlodipine	Ritonavir (Inhibiteur)	RTV augmente le taux sanguin de l'amlodipine.	Réduire de moitié la dose d'amlodipine et surveiller la TA.
Nifédipine	Ritonavir (Inhibiteur)	RTV augmente modérément le taux sanguin de ces médicaments.	Surveiller les effets des médicaments cliniquement.
Vérapamil	Ritonavir (Inhibiteur)		
Propranolol	Ritonavir (Inhibiteur)		
Atenolol	Ritonavir (Inhibiteur)		
Carvedilol	Ritonavir (Inhibiteur)		
Enalapril	Tous les ARV	Aucune interaction cliniquement significative.	
Captopril	Tous les ARV	Aucune interaction cliniquement significative.	

Médicament 1	ARV	Interaction	Gestion
Antiépileptiques			
Phénobarbital, Phénytoïne, Carbamazépine (Inducteur)	EFV, NVP	Phénobarbital, phénytoïne, carbamazépine diminuent significativement les taux sanguins de EFV, NVP.	Remplacer l'antiépileptique par du valproate ou de la lamotrigine.
Valproate de sodium	AZT	Peut augmenter considérablement les taux d'AZT.	Surveiller les signes de toxicité. Peut nécessiter de réduire l'AZT à 200 2x/jour.
Médicaments psychiatriques			
Fluoxétine	Ritonavir (Inhibiteur)	RTV peut augmenter significativement le taux sanguin de la fluoxétine.	Diminuer la dose de fluoxétine ou remplacer par du citalopram.
Amitriptyline	Ritonavir (Inhibiteur)	Peut augmenter le taux sanguin d'amitriptyline.	Surveiller les signes de toxicité.
Halopéridol	NVP/EFV (Inducteur)	Peut diminuer le taux sanguin d'halopéridol.	Peut nécessiter d'augmenter la dose.
Halopéridol	Ritonavir (Inhibiteur)	Peut augmenter le taux d'halopéridol.	Peut nécessiter de diminuer la dose.
Hypolipémiants			
Simvastatine	Ritonavir (Inhibiteur)	RTV peut augmenter significativement le taux sanguin de la simvastatine.	A éviter. Remplacer la simvastatine par la pravastatine ou l'atorvastatine. Si ces statines alternatives ne sont pas disponibles, commencer avec un quart de demi-dose de simvastatine.
Atorvastatine	EFV (Inducteur)	L'EFV fait chuter le taux sanguin de l'atorvastatine de 30 à 40%.	Peut nécessiter d'augmenter la dose d'atorvastatine.
Pravastatine	Darunavir (inhibiteur)	OK avec d'autres IP, mais DRV peut entraîner des taux augmentés de 80%.	Précautions à prendre pour cette combinaison.
Médicaments pour pathologie cardiaque ischémique			
Dérivé nitré (Isordil/ Risordan)	ARV	Interactions non significatives.	
Aspirine	TDF	Risque légèrement accru de néphrotoxicité.	Surveiller la créatinine.
Digoxine	Ritonavir (Inhibiteur)	Peut augmenter le taux de digoxine.	Surveiller les signes de toxicité.

Médicament 1	ARV	Interaction	Gestion
Antidiabétiques			
Glibenclamide	NVP/EFV (Inducteur)	Théoriquement, peut diminuer le taux de glibenclamide.	Surveiller le taux de glucose en conséquence.
Gliclazide	EFV (Inducteur)	Théoriquement, peut diminuer le taux de gliclazide.	Surveiller le taux de glucose en conséquence.
Metformine	INTI	Possible risque d'acidose lactique.	Surveiller, surtout si D4T ou DDI sont prescrits.
Médicaments divers			
IPP (ex : oméprazole)	Atazanavir (ATV)	L'ATV est moins efficace dans un milieu alcalin.	Ne pas prendre IPP avec ATV.
Lansoprazole	ATV/r	Peut diminuer considérablement le taux d'ATV/r.	Coadministration déconseillée.
Stéroïdes	Ritonavir (Inhibiteur)	RTV peut augmenter considérablement le taux sanguin des stéroïdes, et peut causer un syndrome de Cushing.	Peut nécessiter de diminuer les doses de stéroïdes.
Préparations à base d'ail	EFV/IP	Peut diminuer les taux sanguins des deux médicaments.	Coadministration déconseillée.
Morphine	EFV	Peut augmenter le taux de morphine.	Surveiller l'effet du médicament et ajuster les doses en fonction.
Morphine	IP	Peut diminuer le taux de morphine.	Surveiller l'effet du médicament et ajuster les doses en fonction.
Warfarine	IP et EFV/NVP	Le taux de warfarine peut augmenter ou diminuer.	Surveiller l'INR avec attention.

ANNEXE IX : Causes de la CV élevée d'un patient

Personnes ou entité responsable	Causes
Clinicien	Ne pas avoir prescrit de double dosage LPV/r avec de la rifampicine
	Dose non augmentée en fonction du poids de l'enfant (erreur classique chez les enfants).
	Ne pas avoir changer le traitement en faveur du valproate en cas d'épilepsie
	Ne pas avoir suspecté et informé le patient en cas de diarrhées et / ou de vomissements importants
	Ne pas avoir détecté de maladie mentale, une toxicomanie ou bien ne pas être disposé à aider plus en avant le patient.
Système de santé (quelques exemples)	Conseils à l'adhérence insuffisants aboutissant en un accompagnement inadéquat pour commencer
	Absence de suivi des patients perdus de vue
	Peu d'opportunités pour le patient de poser des questions ou de faire part de ses inquiétudes
	Rupture de stock de médicaments
	Défaut de gestion clinique des résultats de la charge virale.
Lie au patient	Fatigue de traitement.
	Insécurité alimentaire
	Stigmatisation
	Alcool ou abus de substance psychotrope

Avant d'accuser le patient, il est souhaitable que le clinicien passe en revue les points de contrôle ci-dessus pour identifier plus largement les causes d'une charge virale élevée.