

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

MINISTERE DE LA SANTE

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA



GUIDE DE PRISE EN CHARGE INTEGREE DU VIH EN RDC

septembre 2021

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS.....	viii
REMERCIEMENTS.....	ix
PRESENTATION DU GUIDE.....	X
TABLE DES MATIERES.....	ii
TABLE DES TABLEAUX.....	vi
TABLE DES FIGURES.....	vii
INTRODUCTION.....	XI
1. Contexte.....	XI
2. Cibles du Guide.....	XII
3. Objectifs poursuivis par le Guide.....	XII
4. Méthodologie.....	XII
SECTION I : GENERALITES SUR LE VIH/SIDA.....	XIV
CHAPITRE I. DEFINITIONS DES CONCEPTS ET TRANSMISSION DU VIH.....	XIV
CHAPITRE II. TRANSMISSION DE L'INFECTION A VIH.....	XIV
II.1. La transmission par voie sexuelle :.....	XIV
II.2. La transmission par voie sanguine :.....	XV
II.3. La transmission de la mère à l'enfant (transmission verticale).....	XV
II.4. Les principaux facteurs facilitant la transmission du VIH.....	XV
CHAPITRE III. HISTOIRE NATURELLE DE L'INFECTION A VIH.....	XV
SECTION II : PREVENTION DE L'INFECTION A VIH.....	XVII
CHAPITRE I. PREVENTION COMBINEE.....	XVII
I.1. Définition.....	XVII
I.2. Méthodes et interventions.....	XVII
CHAPITRE II. LA PROPHYLAXIE PRE-EXPOSITION.....	19
II.1. Définition.....	19
II.2. Indications.....	19
II.3. Critères d'éligibilité.....	19
II.4. Prescription.....	19
CHAPITRE III. LA PROPHYLAXIE POST-EXPOSITION.....	20
III.1. Introduction.....	20
a. Exposition accidentelle au sang ou autres liquides biologiques	20
b. Exposition par voie sexuelle	21
DÉMARCHE STANDARDISÉE EN CAS D'EXPOSITION PAR VOIE SEXUELLE.....	23
CHAPITRE IV. LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH ET DE LA SYPHILIS DE LA MERE A L'ENFANT.....	24

IV.1. PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MERE A L'ENFANT	24
IV.2. PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DE LA SYPHILIS.....	31
IV.3. INTERVENTIONS POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA SYPHILIS.....	32
Dépistage systématique de la femme enceinte :	32
CHAPITRE V. VIH, SECURITE TRANSFUSIONNELLE ET DONS DE TISSUS ET D'ORGANES.....	33
V.I. ACCELERATION DE LA PREVENTION.....	34
CHAPITRE IV. LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES	34
IV.1. CONSEQUENCES ET COMPLICATIONS DES IST	35
IV.2. DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES IST	35
SECTION III. DIAGNOSTIC DE L'INFECTION A VIH	37
CHAPITRE I. L'OFFRE DES SERVICES DE DEPISTAGE DU VIH.....	37
I.1 CONSEIL ET DEPISTAGE DU VIH (CDV / DCIP).....	38
CHAPITRE II. DIAGNOSTIC CHEZ L'ADULTE ET LES ENFANTS DE 18 MOIS ET PLUS.	39
II.1. ALGORITHMES DU DIAGNOSTIC DE L'INFECTION A VIH	39
CHAPITRE III. AUTOTEST	40
III.1. INTRODUCTION	40
III.2. DEFINITION	40
SECTION IV. THERAPIE ANTI-RETROVIRALE	43
CHAPITRE I. COMMENT PREPARER LA PERSONNE VIVANT AVEC LE VIH (PVVIH) AU TRAITEMENT ?	43
CHAPITRE II. TRAITEMENT ARV.....	44
II.1. QUAND COMMENCER LES ARV ?.....	44
II.2. LES PROTOCOLES THERAPEUTIQUES	44
CHAPITRE III. SUIVI ET SURVEILLANCE DU TRAITEMENT.....	46
III.1. SUIVI DES PATIENTS SOUS ARV	46
III.2. INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES.....	49
CHAPITRE IV. TOXICITE ET PHARMACOVIGILANCE.....	50
IV.1. CONDUITE A TENIR EN CAS DE TOXICITE	50
IV.2. SYNDROME DE RESTAURATION IMMUNITAIRE.....	51
IV.3. QUAND CHANGER LE TRAITEMENT ARV.....	51
CHAPITRE V. PHARMACORESISTANCE	52
V.1. FACTEURS DONT DEPENDENT LES MUTATIONS.....	53
V.2. VARIABILITE DU VIH	53
V.3. TESTS DE RESISTANCE.....	53
V.4. SURVEILLANCE DE LA RESISTANCE.....	54
CHAPITRE VI. GESTION DE L'ECHEC DU TRAITEMENT	54
VI.1. TYPES.....	54

VI.2. FACTEURS JOUANT UN ROLE DANS L'ECHEC THERAPEUTIQUE	56
VI.3. CONDUITE A TENIR EN CAS D'ECHEC DE TRAITEMENT	56
VI.4. MODALITES D'INTERRUPTION DU TRAITEMENT ARV	56
SECTION V : PRISE EN CHARGE DU VIH PEDIATRIQUE	57
CHAPITRE I. DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DU VIH CHEZ L'ENFANT	57
I.1. DIAGNOSTIC	57
CHAPITRE II : THERAPIE ANTIRETROVIRALE CHEZ L'ENFANT	58
II.1. TRAITEMENT ARV POUR LES ENFANTS	58
II.2. SUIVI CLINIQUE	59
II.3. LE SUIVI CLINIQUE DE BASE	59
II.4. PROPHYLAXIE AU COTRIMOXAZOLE	60
II.4. ECHEC THERAPEUTIQUE CHEZ L'ENFANT	60
II.5. L'ANNONCE DU STATUT SEROLOGIQUE VIH A L'ENFANT/L'ADOLESCENT	62
SECTION VI. GESTION DE CO-INFECTIONS ET CO- MORBIDITES	65
CHAPITRE I. PREVENTION DES INFECTIONS OPPORTUNISTES ET AUTRES AFFECTIONS.....	65
CHAPITRE II. GESTION DE LA CO-INFECTION VIH/TUBERCULOSE.....	67
MODALITE D'ADMINISTRATION DE TAR CHEZ LE CO-INFECTE VIH/TB	71
CHAPITRE III. CO-INFECTION VIH/CRYPTOCOCCOSE	73
CHAPITRE IV. TOXOPLASMOSE CEREBRALE	74
CHAPITRE V. PNEUMOCYTOSE.....	75
CHAPITRE VII. CO-INFECTION VIH/HÉPATITES.....	75
CHAPITRE VIII. PREVENTION ET PRISE EN CHARGE D'AUTRES CO-MORBIDITES ET SOINS CHRONIQUES CHEZ LES PVVIH	78
A. LES CANCERS LIES AU VIH	78
B. DEPRESSION ET TROUBLES DE COMPORTEMENT CHEZ LES PVVIH.....	79
C. UTILISATION DES DROGUES ET LEURS COMPLICATIONS	79
D. SOINS ET SOUTIEN NUTRITIONNEL	80
SECTION VII. OFFRE DES SERVICES	82
CHAPITRE I. PAQUETS D'INTERVENTIONS DES SERVICES VIH	
82	
CHAPITRE II. DECENTRALISATION DES SERVICES ET DELEGATION DE TACHES ...	85
CHAPITRE III. SERVICES AUX POPULATIONS-CLES ET AUX POPULATIONS VULNERABLES	86
III.1. AUX POPULATIONS CLES	86
III.2. POPULATIONS VULNERABLES	87
CHAPITRE IV. SERVICES COMMUNAUTAIRES	87
CHAPITRE V. SYSTEME DE REFERENCE ET CONTRE REFERENCE	88

CHAPITRE VI : L'OFFRE DES SERVICES DES PRESTATIONS DIFFERENCIEES.....	88
CHAPITRE VII. AMELIORATION DE LA QUALITE DES SERVICES	92
CHAPITRE VIII. SOINS EN SITUATIONS D'URGENCE.....	93
CHAPITRE IX. ORGANISATION DE SERVICES EN MILIEU CARCERAL ET FERME	96
SECTION VIII. SUIVI ET EVALUATION	98
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	102
ANNEXES	Erreur ! Signet non défini.
LISTE DES EXPERTS AYANT CONTRIBUES A L'ELABORATION DU GUIDE	103

TABLE DES TABLEAUX

Tableau I. Interventions et méthodes	XVII
Tableau II. Piliers de la prévention combinée	18
Tableau III. Conduite à tenir en cas d'Accident Exposant au Sang (AES) en fonction du statut sérologique.....	21
Tableau IV. Schéma de traitement lors d'une PEP	21
Tableau V. Conduite à tenir en cas d'exposition par voie sexuelle	22
Tableau VI. Les différents piliers et interventions en rapport avec la PTME.....	24
Tableau VII. Régime prophylactique à la Névirapine chez les nourrissons	27
Tableau VIII. Chronogramme des Rendez-vous	28
Tableau IX. Chronogramme du suivi clinique et biologique la femme enceinte et Allaitante VIH positive	29
Tableau X. Récapitulatif du suivi de la charge virale chez la femme enceinte/allaitante	30
Tableau XI. Choix du mode d'alimentation chez l'Enfant exposé.....	31
Tableau XIII. Le diagnostic et le traitement des IST les plus fréquentes	35
Tableau XIV. Traitement préférentiel de première ligne et son alternatif pour adultes et adolescents	44
Tableau XIV. Traitement préférentiel de seconde ligne et son alternatif pour adultes et adolescents	45
Tableau XV. Dose de Lamuvidine en fonction de la clairance à la créatinine.....	45
Tableau XV. Liste des investigations généralement utilisées pour le suivi aux cours du TAR	48
Tableau XVI. Bilans biologiques par famille d'ARV pour le suivi d'effets indésirables	48
Tableau XVII. Chronogramme du suivi clinique et biologique des patients sous TAR	49
Tableau XIII. Attitude thérapeutique en fonction de grade de l'effet indésirable	50
Tableau XIX. Indicateurs biologiques pour le changement d'ARV pour cause de toxicité	52
Tableau XX. Indications cliniques et recommandations.....	52
Tableau XXI. Traitement ARV pour les enfants	58
Tableau XXII. Dosage optimal des ARV pédiatriques pour le schéma de 1 ^{ère} intention	58
Tableau XXIII. Chronogramme des Rendez-vous.....	59
Tableau XXIV. Posologie de Cotrimoxazole par tranche d'âge	60
Tableau XXV. Conduite à tenir en cas d'effets indésirables du Cotrimoxazole en fonction de grades	66
Tableau XXVI. Schéma de la désensibilisation au Cotrimoxazole	67
Tableau XXVII. Posologie du traitement préventif contre la TB	69
Tableau XXVIII. Traitement de la cryptococcose méningée.....	73
Tableau XXIX. Dose de Flucytosine en cas d'insuffisance rénale	74
Tableau XXX . Traitement des hépatites C	78
Tableau XXXI. Tâches à déléguer par les prestataires et par niveau de prestation	85
Tableau XXXII. Cibles et prestation différenciée de services VIH.....	90
Tableau XXXIII. Directives concernant les interventions relatives au VIH/SIDA dans les situations d'urgences.....	93

TABLE DES FIGURES

Figure 1. Evaluation du risque de l'enfant exposé	28
Figure 2 : Algorithme de suivi de la charge virale chez la femme enceinte/allaitante	30
Figure 3 : Algorithme de (diagnostic et) de dépistage	32
Figure 4 : Algorithme de dépistage pour la sécurité transfusionnelle, dons de tissus ou d'organes.....	34
Figure 5 : Algorithme du diagnostic du VIH pour les populations à faible prévalence	39
Figure 6. Algorithme de l'autotest.....	41
Figure 7 : Algorithme de suivi du traitement à travers le dosage de la charge virale	55
Figure 8 : Algorithme de diagnostic du VIH chez les enfants de <18 mois	57
Figure 9 : Algorithme de gestion de l'échec thérapeutique	61
Figure 10 : Personnes ayant la responsabilité dans le circuit d'annonce du statut sérologique chez l'enfant	63
Figure 11 : Algorithme de dépistage de la tuberculose chez les enfants, adultes et les adolescents vivant avec le VIH	68

AVANT-PROPOS

Le VIH/Sida demeure un problème de santé publique dans le monde, en Afrique et en République Démocratique du Congo (RDC). [1] La RDC est comptée parmi les 22 pays au monde portant la lourde charge de cette affection. Avec une épidémie VIH de type généralisée, la RDC connaît une prévalence VIH de 2,7 % chez les femmes enceintes et de 1,2 % [2,3] dans la population générale. Les estimations du Programme National de Lutte contre le SIDA et les IST (PNLS) faites sur base du Spectrum v.5.87 juillet 2020 montrent qu'en 2019 près de 527.831 personnes étaient porteuses du VIH en RDC parmi lesquelles 321.222 étaient sous traitement antirétroviral (TAR) au 31 décembre 2019.

La vision de l'ONUSIDA est d'éliminer le Sida dans le monde en 2030 à travers les objectifs 95-95-95 sur lesquels s'aligne le plan stratégique national 2021-2023 de la RDC.

Par le biais du Ministère de la Santé publique, la RDC ne ménage aucun effort pour que les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) aient accès à des services de prise en charge performants afin d'améliorer la qualité de leur vie. Une prise en charge de qualité passe par la maîtrise des normes et directives du PNLS par les prestataires des soins qui doivent poser des gestes et actes précis au bénéfice des malades dans le besoin. Ainsi pour renforcer les connaissances des acteurs et standardiser les gestes et actes à poser par les prestataires dans la pratique de la prise en charge des PVVIH sur le terrain, le PNLS, branche technique du Ministère de la Santé, a élaboré le guide de prise en charge des PVVIH depuis l'avènement de la thérapie ARV dont le contenu est actualisé régulièrement pour prendre en compte les nouvelles stratégies de lutte contre le VIH/sida basées sur des évidences scientifiques. Cette version du guide a été motivée par l'adoption du Dolutégravir (DTG) en remplacement de l'Efavirenz (EFV) en première ligne thérapeutique en RDC.

Le Programme National de Lutte contre le VIH de la RDC adresse une reconnaissance particulière à tous les experts nationaux et internationaux qui ont contribué à l'élaboration de ce guide et les partenaires financiers qui ont mobilisé les ressources nécessaires à l'appui de tout le processus de sa révision.

Dr Pierre LOKADI OTETE OPETHA

SECRETAIRE GENERAL A LA SANTE PUBLIQUE

REMERCIEMENTS

La production de ce guide de prise en charge intégrée du VIH/Sida est le résultat d'un travail d'équipe qui a impliqué les experts du PNLS, des autres programmes spécialisés, des Directions du Ministère de la Santé Publique et les partenaires intervenant dans la lutte contre le VIH/Sida en RDC.

C'est donc en reconnaissant les apports des uns et des autres que le PNLS présente ses sincères remerciements à (aux) :

1. Partenaires techniques et financiers notamment : OMS, UNICEF, ONUSIDA, CHEMONICS, CHAI, ICAP, EGPAF, CDC PEPFAR, CORDAID, FOND MONDIAL, MSF Belgique, ...
2. L'équipe des consultants : Dr MARCEL MBULA et Dr AIMEE MUPUALA, pour avoir contribué à l'écriture du document et apporté leurs expériences cliniques relatives à la prise en charge thérapeutique des enfants, adolescents et adultes ;
 1. Tous les experts du Ministère de la santé et partenaires au développement qui ont participé aux travaux de production de ce guide ;
 2. L'équipe technique pour la coordination du processus et la finalisation du document.

Enfin, le PNLS présente sa gratitude à l'endroit de ceux qui ont consacré leur temps à la lecture et à l'enrichissement de ce guide.

Dr MBOYO NKOSO Aimé

MEDECIN DIRECTEUR DU PNLS

PRESENTATION DU GUIDE

Le guide présente 8 sections et chaque section comprend des chaînes de services ou actions réparties en chapitre.

- Les sections développées dans ce guide sont les suivantes :
 - Section I : GENERALITES SUR LE VIH/SIDA
 - Section II : PREVENTION DE L'INFECTION A VIH
 - Section III : DIAGNOSTIC DE L'INFECTION A VIH
 - Section IV : THERAPIE ANTI-RETROVIRALE
 - Section V : PRISE EN CHARGE DU VIH PEDIATRIQUE
 - Section VI : GESTION DE CO-INFECTIONS ET CO-MORBIDITES
 - Section VII : OFFRE DE SERVICES
 - Section VIII : SUIVI ET EVALUATION
- Et Chaque chapitre contient :
 - **Texte d'introduction** qui explique le sujet et les principaux problèmes qui s'y rapportent ;
 - **But de l'activité** qui traduit le bénéfice globale visé par l'intervention ;
 - **Instructions** qui décrivent la marche à suivre pour mener l'activité à son terme, les principales questions à examiner ou les étapes importantes aboutissant à la prise de décision.

Ces instructions sont souvent présentées sous forme d'algorithmes et ou des tableaux.

INTRODUCTION

1. Contexte

La lutte contre le sida demeure encore un problème mondial de santé publique. En effet, le rapport 2019 de l'ONUSIDA estime : le nombre des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) à 38 millions [31,6 millions - 44,5 millions] dont 36,2 millions [30,2 millions - 42,5 millions] d'adultes et 1,8 millions [1,3 million - 2,2 millions] d'enfants (< 15 ans) ; de toutes ces PVVIH 67 % [54 - 79 %], avaient accès au TARV 68% [54 - 80 %] des adultes et adolescents de plus de 15 ans et 53 % [36- 64 %] de 0 à 14 ans. [1]

En RDC, la prévalence moyenne dans la population générale est estimée à 1,2% [3] et de 2,7 % chez les femmes enceintes. L'enquête de surveillance comportementale et biologique auprès des populations clés 2020 a montré les prévalences suivantes : 7,7% chez les Professionnelles de sexe (PS), 7,1% chez les Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH) et 3,9% chez les Utilisateurs des drogues injectables (UDI).

L'organisation Mondiale de la Santé (OMS) publie de façon continue des différentes recommandations qui se basent sur les avancées scientifiques et les évidences disponibles. La prise en charge des personnes vivant avec le VIH a connu d'importants progrès ces dernières années et le nombre des personnes accédant au traitement continue d'augmenter globalement.

Les dernières recommandations de l'OMS de 2019 [4], en ce qui concerne le traitement, suggère le Dolutégravir (DTG) comme traitement en première ligne chez les adultes. Plusieurs études ont démontré des caractéristiques d'efficacité, de tolérance, d'une bonne barrière génétique du DTG en comparaison aux inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI) qui étaient jusque-là utilisés dans plusieurs pays en première ligne. L'introduction du DTG optimise le TARV et offre de nombreux avantages pour la santé, notamment une meilleure tolérance, une meilleure efficacité antirétrovirale, des taux plus bas d'arrêt du traitement, une barrière génétique plus élevée à la résistance et moins d'interactions médicamenteuses que d'autres ARV [5,6]. Néanmoins, un cas récent de résistance du VIH au Dolutégravir vient d'être décrit au Cameroun. [7]

Le PNLS en RDC a adopté le TARV à base de DTG comme traitement de première intention. La combinaison TDF/3TC/DTG (TLD) à dose fixe devra être introduite progressivement avec les nouveaux patients éligibles, en même temps le remplacement des anciens schémas par le nouveau schéma (TLD) pour ceux qui sont éligibles devra être fait graduellement.

Dans cette perspective les directives formulées par l'OMS depuis 2016 dont la principale nouveauté était de mettre sous TARV toute personne dépistée séropositive « TREAT ALL » ou « TEST AND START » ou encore « TEST AND TREAT » restent d'application à côté des autres directives notamment sur les soins différenciés y

compris le guichet unique, le dépistage ciblé, l'usage de l'auto-test, la prophylaxie pré exposition, le three frees, le retesting.

Le Guide a pour but de fournir un recueil utile d'informations et des orientations de référence en faveur des acteurs engagés dans la lutte en RDC. Il décrit les actions visant à améliorer l'accès à la prise en charge optimale pour toutes les personnes vivant avec le VIH en RDC en tenant compte des ressources limitées.

2. Cibles du Guide

Ce guide s'adresse aux :

- Prestataires des soins : médecins, infirmiers et autres paramédicaux du niveau des centres de santé et des hôpitaux du pays ;
- Equipes cadres des zones de santé qui ont la charge d'accompagner les formations sanitaires dans l'offre des services de qualité ;
- Responsables des Divisions provinciales de la santé et bureaux provinciaux de coordination du PNLS qui ont la charge d'apporter un appui technique aux zones de santé ;
- Partenaires techniques et financiers du ministère de la santé publique ;
- Etudiants en médecine, en pharmacie et instituts supérieurs des techniques médicales, élèves d'écoles d'infirmiers et leurs encadreurs.
- Acteurs communautaires (Pairs éducateurs, membres des OAC...)

3. Objectifs poursuivis par le Guide

a. Objectif général

Contribuer à l'amélioration de la qualité de vie par une prise en charge globale des PVVIH.

b. Objectifs spécifiques

Ce guide poursuit quatre objectifs particuliers :

1. Rendre les interventions plus efficaces et de qualité pour prévenir les nouvelles infections au VIH ;
2. Améliorer l'accessibilité aux soins, soutien et traitement des toutes les personnes infectées au VIH, du diagnostic à la prise en charge ;
3. Assurer la satisfaction des acteurs et des bénéficiaires par une meilleure organisation et interaction entre l'offre et la demande ;
4. Partager les éléments essentiels des interventions de la lutte contre le VIH/Sida à collecter, surveiller et traduire en informations évidentes nécessaires à la prise des décisions des acteurs engagés dans cette lutte.

4. Méthodologie

Le processus d'élaboration de ce guide a été participatif et inclusif, sous la direction

technique de deux consultants, avec la participation active des différents acteurs travaillant dans le domaine du VIH/Sida. Ce guide s'inspire des notions provenant des différents documents normatifs du programme, et son élaboration a bénéficié de la contribution de diverses expériences des acteurs engagés dans la prévention, soins, soutien et traitement du VIH/Sida.

Sa rédaction s'est réalisée en quatre phases suivantes :

1. Phase Préparatoire (consultation des parties prenantes, collecte de la documentation et des expériences pays, recrutements des consultants, mise en place d'un groupe de travail, réunions techniques et plaidoyer) ;
2. Phase de la rédaction (ateliers avec la participation des Partenaires Techniques et Financiers (PTF), consultants, experts et cadres du Ministère de la santé ;
3. Phase de la validation (atelier de validation) ;
4. Phase de la publication et vulgarisation de la version finale du Guide.

SECTION I : GENERALITES SUR LE VIH/SIDA

CHAPITRE I. DEFINITIONS DES CONCEPTS ET TRANSMISSION DU VIH

a. VIH

- V = VIRUS
- I = IMMUNODEFICIENCE
- H = HUMAINE

b. INFECTION A VIH

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est un rétrovirus qui s'attaque aux cellules du système humanitaire et les détruit ou les rend inefficaces. Aux premiers stades de l'infection, le sujet ne présente presque pas des symptômes. A l'évolution, l'infection entraîne un affaiblissement du système immunitaire et une vulnérabilité accrue aux infections opportunistes.

On distingue le **VIH 1** (cosmopolite) et le **VIH 2** (plus retrouvé en Afrique de l'ouest). Le VIH 1 est plus virulent que le VIH2 même si les voies de transmission sont les mêmes.

c. SIDA

- Syndrome : est un ensemble de signes et symptômes caractérisant une maladie.
- Immuno : vient d'immunité = capacité de l'organisme à se défendre contre une agression. (Microbe, cancer, etc.) ;
- Déficience : carence ou diminution de la défense immunitaire ;
- Acquis : qui n'est pas innées mais a été obtenu ou développé par l'individu.

C'est le stade avancé (le dernier stade) de l'infection à VIH au cours duquel le patient présente des infections opportunistes majeures (IO).

CHAPITRE II. TRANSMISSION DE L'INFECTION A VIH

Le VIH se transmet à l'occasion des rapports sexuels non protégés, d'une transfusion de sang contaminé (ou l'échange de seringues contaminées). Il se transmet aussi de la mère à l'enfant pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement.

II.1. La transmission par voie sexuelle :

- Elle représente 80 à 90 % des cas en RDC ;
- Elle se fait par pénétration vaginale, anale, ou orale.

II.2. La transmission par voie sanguine :

- Elle représente 5 à 10% en RDC ;
- Elle se fait par :
 - La transfusion du sang contaminé par le VIH ;
 - Le matériel souillé par le sang contaminé par le VIH (objets tranchants et pointus : lames des rasoirs, aiguilles, etc.) utilisé en cas de scarifications, tatouages, circoncisions, piercing, pédicure et manucure.

Le contact du sang ou autre humeur contaminée sur une peau lésée ou sur les muqueuses (yeux, bouche, méat urétral, ...) favorise la transmission du VIH.

II.3. La transmission de la mère à l'enfant (transmission verticale)

Sans intervention, le risque de transmission verticale est de 25 à 40%. Avec interventions, ce risque est réduit à moins de 5%.

La transmission peut survenir pendant la grossesse (5-10%), durant l'accouchement (15-20%) ou en cours d'allaitement (10-15%).

II.4. Les principaux facteurs facilitant la transmission du VIH

a. Facteurs physiologiques

La transmission est facilitée par les facteurs physiologiques ci-dessous :

- Forte virémie particulièrement au cours de la primo-infection ou syndrome rétroviral aigu et du stade SIDA ;
- Présence des IST essentiellement ulcéraires ;
- Les relations sexuelles au cours des règles lorsque l'un des partenaires est infecté.

b. Les facteurs sociaux

Les facteurs favorisant la propagation du VIH sont la sexualité et mode de vie [Abus de drogues et d'alcool, promiscuité, analphabétisme, pauvreté, oisiveté, pratiques traditionnelles de lévirat et sororat, mariages précoces arrangés, comportements à risque (multiplicité des partenaires sexuels et des rapports sexuels non protégés, refus du port de préservatif, penser que le VIH ne concerne que les autres).

CHAPITRE III. HISTOIRE NATURELLE DE L'INFECTION A VIH

Elle représente la succession chronologique des événements cliniques et biologiques qui se produisent chez l'homme de l'introduction du VIH jusqu' à la mort, en l'absence du TAR.

a. Phase 1 ou la primo-infection

Elle comprend une période de 12 semaines suivant la contamination par le VIH. Elle est symptomatique chez environ 50% de personnes entrant en contact avec le VIH.

Elle se présente sous forme d'un syndrome rétroviral aigu (comme une mononucléose infectieuse) avec fièvres, céphalées, malaise, arthralgie, adénopathies et symptômes neurologiques. Sur le plan biologique, on observe une baisse de l'hémoglobine, des plaquettes, des lymphocytes (particulièrement les CD4), une virémie et une cytolysé hépatique. Deux notions relatives à la biologie sont à retenir :

- **La période fenêtre ou muette** : période se déroulant de l'introduction du VIH dans l'organisme jusqu'à la détectabilité des Anticorps (Ac) spécifiques au VIH ;
- **La Séroconversion** : c'est le moment où les Ac deviennent détectables par les tests sérologiques.

b. Phase 2 ou la période asymptomatique

S'étend de 5 mois à plus de 8 ans, On peut observer des infections cutanées mineures telles que le zona, l'herpès etc.

c. Phase 3 ou la période symptomatique

Cette phase, correspondant à une baisse sensible des Lymphocytes CD4 (moins de 350 CD4/mm^3), est caractérisée par la survenue des manifestations morbides.

d. Phase 4 ou la phase sida

Elle correspond à la survenue des IO majeures comme la cryptococcose méningée, la tuberculose extra-pulmonaire ou des cancers tels que la maladie de Kaposi, les lymphomes etc.

SECTION II : PREVENTION DE L'INFECTION A VIH

CHAPITRE I. PREVENTION COMBINEE

I.1. Définition

C'est la combinaison des méthodes biomédicales, comportementales et structurelles dans le but de réduire les nouvelles infections par le VIH.

I.2. Méthodes et interventions

Les différentes méthodes et interventions sont reprises dans le tableau I.

Pour plus d'efficacité, la prévention combinée doit être intégrée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Tableau I. Interventions et méthodes

BIOMEDICALES : portent sur les outils de prévention	COMPORTEMENTALES : visent à changer les comportements individuels et collectifs à risque	STRUCTURELLES : visent à agir plus largement sur les facteurs sociaux, économiques, juridiques, culturels et éducatifs
Préservatifs masculins et féminins	Conseils pour la réduction des risques	Changement social/mobilisation de la communauté
Lubrifiant	Communication pour le changement social et de comportement	Réduction de la stigmatisation et discrimination (communautaire Vs prestataires)
TARV pour la prévention (TaSP, PrEP, PEP et PTME)	Rétention en traitement et en soins Prévention positive	Équité des genres et droits humains
Dépistage et traitement des IST	Information du partenaire	Plaidoyer (reformes, politiques et application des lois)
Dépistage du VIH		Formations
Circoncision masculine médicalisée		Autonomisation financière des jeunes filles.
Seringue à usage unique et TSO		
Sécurité transfusionnelle et don des tissus et d'organes		

TaSP = Treatment as Prevention (traitement comme moyen de prévention), PrEP = Prophylaxie Pré-exposition ; PEP = Prophylaxie Post-Exposition ; PTME = Prévention de la transmission du VIH de la Mère à l'Enfant ; TSO = Traitement de Substitution aux Opiacés.

Tableau II. Piliers de la prévention combinée

1. Prévention combinée pour les adolescentes, jeunes femmes et leurs partenaires	2. Prévention combinée pour toutes les populations clés	3. Programmes des préservatifs complets	4. La circoncision masculine médicale volontaire (CMMV)	5. Introduction rapide de la prophylaxie préexposition
<p>: fourniture d'informations, création de la demande pour la prévention du VIH, éducation sexuelle complète, autonomisation financière des jeunes filles, élimination de la masculinité et des normes discriminatoires et des violences basées sur le genre, accès aux droits et aux services de santé sexuelle et procréative, y compris la contraception</p>	<p>Autonomisation communautaire, sensibilisation par les pairs, distribution de préservatifs, réduction des risques pour les populations clés, accès au test de dépistage sans stigmatisation ni discrimination et une orientation vers le traitement</p>	<p>CCC, création de la demande de préservatifs, approvisionnement et distribution gratuite de préservatifs masculins et féminins avec du gel lubrifiant, ventes du marketing social et du secteur privé pour assurer l'accès en tout lieu, génération de la demande, vers un marché durable et élargi du préservatif.</p>	<p>Pour les pays ayant une forte prévalence et de faibles niveaux de circoncision masculine dans le cadre d'une prestation de services de santé sexuelle et procréative (SSP) plus large pour les hommes et les jeunes garçons.</p>	<p>Administration de la PrEP aux groupes à risque substantiel du VIH.</p>

CHAPITRE II. LA PROPHYLAXIE PRE-EXPOSITION

II.1. Définition

La Prophylaxie Préexposition (PrEP) est l'utilisation des TAR dans le but d'empêcher la contamination du VIH auprès des personnes séronégatives à risque substantiel et/ou continu de contracter le VIH.

II.2. Indications

La PrEP est indiquée chez les :

- Partenaires séronégatifs des couples discordants ;
- PS ;
- HSH ;
- UDI ;
- Transgenres.

Toutes ces catégories de personnes seront sensibilisées sur la disponibilité, les avantages et les conditions d'utilisation de la PrEP à chaque contact avec le personnel soignant et/ou les communautaires.

II.3. Critères d'éligibilité

- Être âgé d'au moins 18 ans exception faite aux mineurs émancipés ;
- Être VIH Négatif confirmé et sans antécédents de risque récent (Dans les trois derniers mois) ;
- Présenter un risque élevé de contracter le VIH ;
- N'avoir aucun signe de primo-infection à VIH ;
- Avoir une bonne fonction rénale (Clairance de la créatinine > à 60 ml/min) ;
- N'avoir pas de contre-indication au TDF/FTC (3TC) ;
- Ne pas être infecté par le VHB ;
- Ne pas être sous un traitement néphro-toxique,
- Accepter d'adhérer à la PrEP.

II.4. Prescription

La prescription de la PrEP doit se faire sous la supervision du médecin avec le consentement éclairé du client.

Schéma PrEP :

- 1^{ère} intention : **TDF/FTC (300/200 mg)**
- Traitement alternatif : **TDF/3TC (300/300 mg)**

Modalités :

Les ARV pour la PrEP s'administrent en raison de 1 comprimé par jour de façon continue jusqu'à 2 à 28 jours après la dernière exposition potentielle au VIH (PrEP continue), peut s'administrer également en raison de 2 comprimés 2 à 24 heures avant l'exposition puis 1 comprimé une fois par jour toutes les 24 heures jusqu'à 48 heures après la dernière exposition à risque.

Note :

- Le partenaire séronégatif d'un couple discordant doit bénéficier d'une PrEP jusqu'à ce que le partenaire séropositif au VIH soit mis sous TAR et qu'il ait une charge virale indétectable ;
- L'efficacité protectrice optimale est obtenue à 7 jours de la PrEP pour les rapports sexuels anaux et pour l'homme (partenaire insertif) et 21 jours pour les rapports sexuels vaginaux (femmes hétérosexuelles et transgenres) ;
- Lorsque la PrEP est arrêtée, la protection pourrait encore persister durant 7 jours, mais elle peut alors retomber de façon radicale.

CHAPITRE III. LA PROPHYLAXIE POST-EXPOSITION

III.1. Introduction

La prophylaxie post-exposition (PPE ou PEP en Anglais) est l'administration d'agents thérapeutiques afin de prévenir une infection après une exposition à un pathogène.

Elle couvre la prévention de l'infection à VIH, les IST et les hépatites. Elle comprend aussi un volet de prévention de grossesse non désirée. Dans tous ces cas de figure, le soutien psychosocial est essentiel.

Il existe deux types de risques d'expositions : l'exposition accidentelle au sang ou autre liquide biologique et l'exposition sexuelle.

a. Exposition accidentelle au sang ou autres liquides biologiques

1. Mesures prophylactiques immédiates :

- En cas de piqûre ou blessure cutanée :
 - Nettoyer immédiatement à l'eau courante et au savon ;
 - Rincer ;
 - Appliquer un antiseptique tel que soluté de dakin, eau de javel à 12%, Chlorhexidine diluée à 1/10, alcool à 70% ou polyvidone iodée dermique. Le temps de contact doit être d'au moins 5 minutes.
- En cas de projection sur les muqueuses (en particulier les conjonctives) :
 - Rincer abondamment, de préférence avec du sérum physiologique ou sinon à l'eau pendant au moins 5 minutes.

2. Prophylaxie aux ARV :

L'indication d'une prophylaxie aux ARV est fonction du statut de la personne source et de la personne exposée.

Modalités de prescription

Principes :

- Le traitement doit commencer immédiatement dans l'intervalle d'une heure et au plus 72 heures après l'exposition ;
- Immédiatement après exposition, s'assurer de l'état sérologique aussi bien de la personne accidentée que de la personne source.

L'attitude à adopter sera fonction des résultats de la personne source et la personne exposée telle que reprise dans le tableau II.

Tableau III. Conduite à tenir en cas d'Accident Exposant au Sang (AES) en fonction du statut sérologique

Statut personne source	Statut personne exposée	Conduite à tenir
VIH -	VIH -	Arrêter la prophylaxie
VIH -	VIH +	Arrêter prophylaxie et mettre sous TAR (PEC)
VIH +	VIH -	Continuer PEP pendant 28 jours Si entre temps survient une séroconversion, arrêter la prophylaxie et mettre sous TAR (PEC)
VIH + sous 2 ^{ème} ligne	VIH -	Même régime que la personne source pendant 28 jours Si entre temps survient une séroconversion, arrêter la prophylaxie et mettre sous TAR (PEC)
Statut VIH inconnu	VIH -	Continuer PEP pendant 28 jours Si entre temps survient une séroconversion, arrêter la prophylaxie et mettre sous TAR (PEC)
VIH +	VIH +	Mettre sous TAR les deux personnes (PEC).

N.B : Il serait idéal de coupler le test VIH à la recherche des Virus de l'Hépatite B (VHB) et Virus de l'Hépatite C (VHC) et en tenir compte dans la suite de traitement.

Tableau IV. Schéma de traitement lors d'une PEP

Age/Poids	Schéma
Adulte et enfant > 30 Kg	TDF/3TC/DTG
Enfant de < 30 Kg	ABC/3TC+DTG

TDF = Tenofovir Disoproxil Fumarate ; 3TC = Lamivudine ; DTG = Dolutégravir ; ABC = Abacavir.

b. Exposition par voie sexuelle

Ce type d'exposition tient compte du niveau du risque lié aux pratiques sexuelles elles-mêmes et du statut sérologique du partenaire.

Evaluation du niveau du risque lié aux pratiques sexuelles :

- **Risque certain** : rapport anal réceptif (5 à 30‰), vaginal réceptif (0,3 à 0,7‰), vaginal et anal insertif (0,1 à 1,8‰) ;
- **Risque faible** : rapport oral insertif ou réceptif avec ou sans éjaculation ;
- **Faible risque** : baiser, préservatif non rompu.

N.B. Certains facteurs peuvent majorer considérablement ce risque, notamment :

- ✓ *Stade de l'infection : primo infection ou stade maladie ;*
- ✓ *Infection ou lésions génitales : ulcération, trichomonas, chlamydia, etc ;*
- ✓ *Rapport vaginal durant les règles ;*
- ✓ *Premier rapport sexuel.*

Types de partenaires :

- Personne séropositive connue ;
- Personne à risque avec sérologie VIH inconnue (drogué, homosexuels, professionnels du sexe, personnes vivant dans un milieu à haute prévalence du VIH, professionnels mobiles) ;
- Cas de viol.

Le tableau ci-dessous résume les différentes indications en fonction du degré d'exposition et du statut du partenaire :

Tableau V. Conduite à tenir en cas d'exposition par voie sexuelle

Statut personne source	Statut personne exposée	Conduite à tenir
Personne séropositive connue	VIH -	Continuer la prophylaxie pendant 28 jours Si entre temps survient une séroconversion, arrêter la prophylaxie et mettre sous TAR (PEC)
Personne à risque avec sérologie VIH inconnue	VIH -	Continuer la prophylaxie pendant 28 jours Si entre temps survient une séroconversion arrêter la prophylaxie et mettre sous TAR (PEC)
Personne dont la sérologie et le comportement à risque sont non connus	VIH -	Continuer PEP pendant 28 jours. Si entre temps survient une séroconversion arrêter la prophylaxie et mettre sous TAR (PEC)
Tous les 3 cas ci-dessus	VIH +	Mettre sous TAR (PEC)
VIH+	VIH+	Mettre sous TAR (PEC)

DÉMARCHE STANDARDISÉE EN CAS D'EXPOSITION PAR VOIE SEXUELLE

a. *Evaluation de la Victime Sexuelle (abus, viols, ...)*

- Connaître ses antécédents médicaux ;
- Faire un examen clinique complet (les preuves médico-légales : poils, sperme, présence ou non de l'hymen, les écorchures, les ecchymoses etc.) ;
- Faire une évaluation psychologique ;
- Faire des prélèvements locaux pour la gonococcie, chlamydia, trichomonas (selon le cas) et pour la syphilis ;
- Faire une prise de sang pour les sérologies de base : VIH, Hep C, Ag Hbs ;
- Faire un test de grossesse.

b. *Pour l'auteur de l'agression*

- Faire les sérologies VIH, VHB et VHC (avec ou sans consentement oral préalable) ;
- Faire la mise au point des IST ;

Si le statut VIH est connu positif : avoir des renseignements sur ses marqueurs biologiques (CD4, charge virale), stade clinique et son histoire thérapeutique ;

- Faire si possible un examen clinique à la recherche des preuves médico-légales ;

c. *Le Schéma de traitement est :*

Age/Poids	Schéma
Adulte et enfant > 30 Kg	TDF/3TC/DTG
Enfant de < 30 Kg	ABC/3TC+DTG

La durée du traitement prophylactique est de 28 jours. Cependant, le traitement peut à tout moment être interrompu en fonction des différents cas de figures énoncés ci-haut.

Note :

- On devra assurer la prévention des IST et de la grossesse et faire une PEC psychosociale ;
- En cas d'hypersensibilité au DTG remplacé celui-ci par le LPV/r.

CHAPITRE IV. LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH ET DE LA SYPHILIS DE LA MERE A L'ENFANT

IV.1. PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MERE A L'ENFANT

a. Définition :

La PTME désigne l'ensemble des interventions mises en place pour réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant (TME).

C'est une approche compréhensive fondée sur 4 piliers qui sont :

- La Prévention de l'infection à VIH chez les femmes en âge de procréer ;
- La Prévention des grossesses non-désirées des femmes infectées par le VIH ;
- La Prévention de la transmission du VIH d'une femme infectée par le VIH à son bébé ;
- L'offre des soins et du soutien aux femmes infectées par le VIH, leurs bébés et leurs familles.

Les différents piliers et interventions en rapport avec la PTME sont repris dans le tableau ci-dessous.

Tableau VI. Les différents piliers et interventions en rapport avec la PTME

Piliers de la PTME compréhensive	Cibles	Tâches des prestataires
Pilier I. Prévention primaire de l'infection par le VIH (STAY FREE) : réduire le nombre de nouvelles infections à VIH chez les adolescents et les jeunes femmes (10-24 ans)	1. Femmes en âge de procréer et leurs partenaires sexuels ; 2. Couples séronégatifs 3. Jeunes et adolescents	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer les connaissances des jeunes sur le VIH ; - Offrir les services conviviaux (amicaux) - Inclure le test VIH dans les analyses pré-nuptiales ; - Développer des stratégies visant le dépistage à l'échelle des filles mères, filles non scolarisées ; - Implanter des points de distribution des préservatifs communautaires ; - Offrir la PrEP aux personnes à risque élevé ; - Traiter les IST selon les normes nationales ; - Prendre en charge les Survivants des Violences Sexuelles.
Pilier II. Prévention des grossesses non désirées chez la	- Femmes infectées par le VIH et leurs	- Impliquer le partenaire masculin dans la Planification Familiale (PF)

Piliers de la PTME compréhensive	Cibles	Tâches des prestataires
femme infectée par le VIH : offrir les services de planification familiale aux femmes VIH+ et à leurs partenaires	partenaires sexuels	<ul style="list-style-type: none"> - Offrir les services de la PF (contraception) - Encourager l'emploi de la double protection
Pilier III. Prévention de la transmission du VIH de la femme enceinte infectée à son enfant (START FREE) : réduire la transmission du VIH de la Mère à l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> - Femmes enceintes - Partenaires des femmes - Femmes en travail ; - Femmes allaitantes ; - Enfants exposés 	<ul style="list-style-type: none"> - Offrir : <ul style="list-style-type: none"> • Soins prénatals de qualité (CPN Recentrée) • Dépistage conseil pour le VIH • Dépistage conseil du partenaire sexuel • Evaluation clinique (« Stadification ») et immunologique (CD4) des femmes enceintes VIH+ • Prophylaxie au cotrimoxazole • Traitement aux ARV pour la PTME en faveur des toutes femmes enceintes VIH+ • Pratiques obstétricales à moindre risque de TME • Prophylaxie et Traitement ARV pour l'enfant né d'une mère VIH+ - Conseil et soutien en matière d'alimentation du nourrisson - Proposer le test dès le premier trimestre de la grossesse - Tester et traiter la syphilis - Rechercher activement les autres IST et le cancer du col - Si VIH- : <ol style="list-style-type: none"> 1. Retester la femme enceinte à haut risque (population clé et vulnérable, TB, femme VIH- d'un couple sero-discordant) VIH- au T3 2. Retester tous les 3 mois la femme allaitante avec un risque plus élevé (population clés, femme VIH- d'un couple sero-discordant) - Si VIH+ : (Tester et traiter) <ol style="list-style-type: none"> 1. Rechercher activement la TB et les cas de SVS 2. Prévenir les autres infections (TB, PALU, VHB...) et IST 3. Appliquer les pratiques d'accouchement à moindre risque

Piliers de la PTME compréhensive	Cibles	Tâches des prestataires
		<ul style="list-style-type: none"> 4. Offrir la PrEP aux partenaires séronégatifs d'un couple séro discordant 5. Offrir les conseils éclairés sur le choix de l'allaitement (voir détail sur la page suivante) - Femme enceinte avec statut VIH + connu <ul style="list-style-type: none"> 1. Si sous TARV : poursuivre avec TARV initial (ne changer que s'il y a indication) 2. Si elle n'est pas sous TARV, retester et mettre sous TARV - Faire le suivi clinique et biologique en insistant sur la charge virale - Appliquer les pratiques d'accouchement à moindre risque - Prophylaxie aux ARV dès la naissance pour les enfants nés des mères VIH+ - Prophylaxie au CTX à partir de 4-6 semaines d'âge - Testing des EEV selon l'algorithme en vigueur
<p>Pilier IV. Traitement, soins et soutien de la femme infectée par le VIH et de sa famille : offrir le Traitement, Soins et soutien à la Cellule familiale</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Femmes enceintes VIH+ ; - Partenaires des femmes enceintes VIH+ qu'ils soient + ou - ; - Enfants exposés ou infectés ; - Les autres membres de la cellule familiale VIH+ ou non 	<ul style="list-style-type: none"> - Proposer le DCIP des membres de la famille - Suivi du couple mère-enfant - Prévenir et traiter des infections opportunistes (dépister la TB et donner TPT aux enfants exposés) - Continuer le traitement antirétroviral initial - Initier le TARV chez les membres de famille dépistés VIH+ selon les normes - Initier la prophylaxie aux ARV chez les EEV - Initier le dépistage précoce chez les EEV - Initier le TARV chez les enfants infectés au VIH selon les normes - Offrir les soins palliatifs en cas de besoin - Assurer une alimentation adéquate selon les options retenues - Offrir les soins en matière de santé reproductive - Assurer un Appui Psychosocial (APS)

Piliers de la PTME compréhensive	Cibles	Tâches des prestataires
		<ul style="list-style-type: none"> - Offrir la PrEP aux partenaires séronégatifs d'un couple discordant - Fournir les préservatifs masculins et féminins - Assurer le suivi clinique et biologique en insistant sur la charge virale - Retester le partenaire séronégatif d'un couple discordant tous les 6 mois

b. La prophylaxie de l'enfant exposé

Dans le cadre de la prévention de la transmission verticale du VIH, un nourrisson exposé au VIH doit bénéficier d'une prophylaxie ARV immédiatement après la naissance.

La **Nivérapine (NVP)** est recommandée comme régime prophylactique chez le nourrisson né de mère infectée par le VIH.

Tableau VII. Régime prophylactique à la Névirapine chez les nourrissons

Age	Poids	Dose de NVP	Disponibles en Sirop (préférable) et comprimé dispersible
	<2000 g Sur avis d'un clinicien expérimenté	2 mg/Kg ou 0,2 ml/Kg en une prise/jour	
0 – 6 semaines	2000 – 2499 g	10 mg ou 1 ml en une prise/jour	
	≥ 2500 g	15 mg ou 1,5 ml en une prise/jour	
>6 semaines à 12 semaines		20 mg ou 2 ml ou ½ comprimé de 50 mg en une prise/jour	

- Pour les nourrissons à haut risque d'infection (enfants nés de mères dépistées VIH+ et mises sous ARV au T3 de la grossesse ou pendant le travail), administrer la prophylaxie à la Névirapine pendant 12 semaines.
- Pour les nourrissons à faible risque (enfants dont les mères sont dépistées VIH+ au T1 de la grossesse ou avant et mises sous ARV), administrer la Névirapine pendant 6 semaines.
- Pour les enfants nés de mères VIH+ et sous ARV, mais non allaités, le risque est aussi faible, on administrera la NV jusqu'à 6 semaines

Ci-dessous la Procédure d'évaluation du risque de contamination de l'enfant exposé :

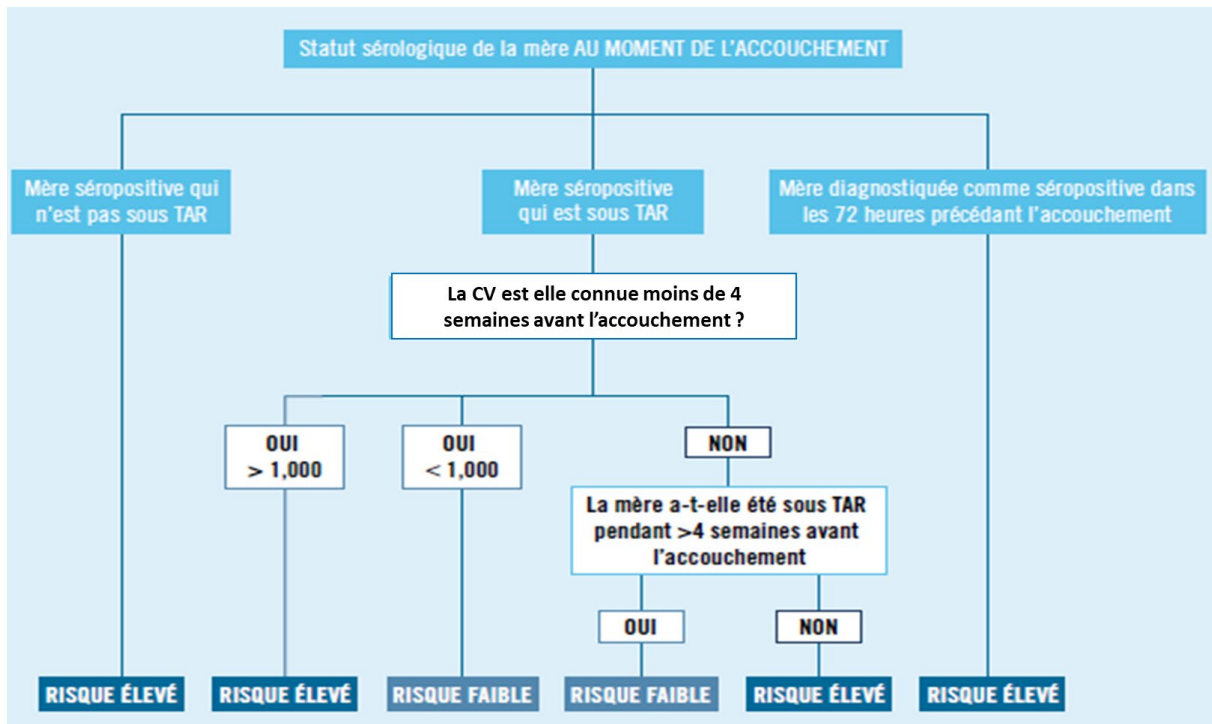


Figure 1. Evaluation du risque de l'enfant exposé

c. Suivi clinique et biologique du nourrisson exposé et/ou infecté par le VIH

Le suivi de l'enfant est spécifique et tient compte de plusieurs éléments :

- Sa dépendance vis-à-vis des parents ou du tuteur pour le soutien à sa prise en charge ;
- Son stade de développement ;
- Son calendrier vaccinal ;
- Sa croissance et son état nutritionnel.

Bien entendu, les trois derniers paramètres doivent être évalués régulièrement.

Tableau VIII. Chronogramme des Rendez-vous

Age	Jour 0	Jour 14	1 M (4 Semaine)	6 Semaines	10 Semaines	2 Mois	3 Mois	14 S Semaines	6 Mois	9 Mois	12 Mois	15 Mois	18 Mois	21 Mois	24 Mois
< 5 ans	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Visites recommandées pour le suivi d'un enfant exposé au VIH

- À la naissance (pour les naissances à domicile) ;
- À l'âge de 1 à 2 semaines (principalement pour le conseil sur l'alimentation du

Nourrisson) ;

- À l'âge de 6 semaines, faire un test de recherche de l'ADN par PCR et commencer la prophylaxie au Cotrimoxazole ;
- À l'âge de 6, 10 et 14 semaines (pour les vaccinations et le conseil sur l'alimentation du nourrisson) ;
- Après l'âge de 14 semaines, tous les mois jusqu'à 12 mois ;
- À l'âge de 12 mois, il faut envisager d'arrêter l'allaitement s'il n'est pas infecté par VIH ;
- Après l'âge de 12 mois, tous les 3 mois jusqu'à 24 mois ;
- À l'âge de 18 mois, faire un test de confirmation de l'infection par le VIH lorsque cela est nécessaire.

d. Suivi clinique et biologique de la femme enceinte et Allaitante VIH positive

Tableau IX. Chronogramme du suivi clinique et biologique la femme enceinte et Allaitante VIH positive

- À tout moment au cours du suivi, les enfants infectés par le VIH doivent être référés
- pour une prise en charge, et si nécessaire les référer vers un niveau plus élevé de soins spécialisés dans le système de santé.

Paramètres	J0	J14	MI	M2	M3	M6	M9	M12	> M12
Clinique*	X	X	X	X	X	X	X	X	Tous les 6 mois
CD4 (maladies avancées du VIH)	X					X		X	Tous les 6 mois si CV non disponible
NFS	X					X		X	Tous les 6 mois
Transaminases						X		X	Tous les 12 mois
Créatinine			X					X	Tous les 12 mois
Glycémie			X					X	Tous les 6 mois
TG/cholestérol			X					X	Tous les 6 mois

La fréquence des examens de laboratoire et le type d'examens dépendront de l'évaluation clinique pendant la visite, la disponibilité des examens et le besoin de surveillance d'effets indésirables des ARV.

La figure ci-dessous donne l'algorithme du suivi de la charge virale de la femme enceinte et allaitante.

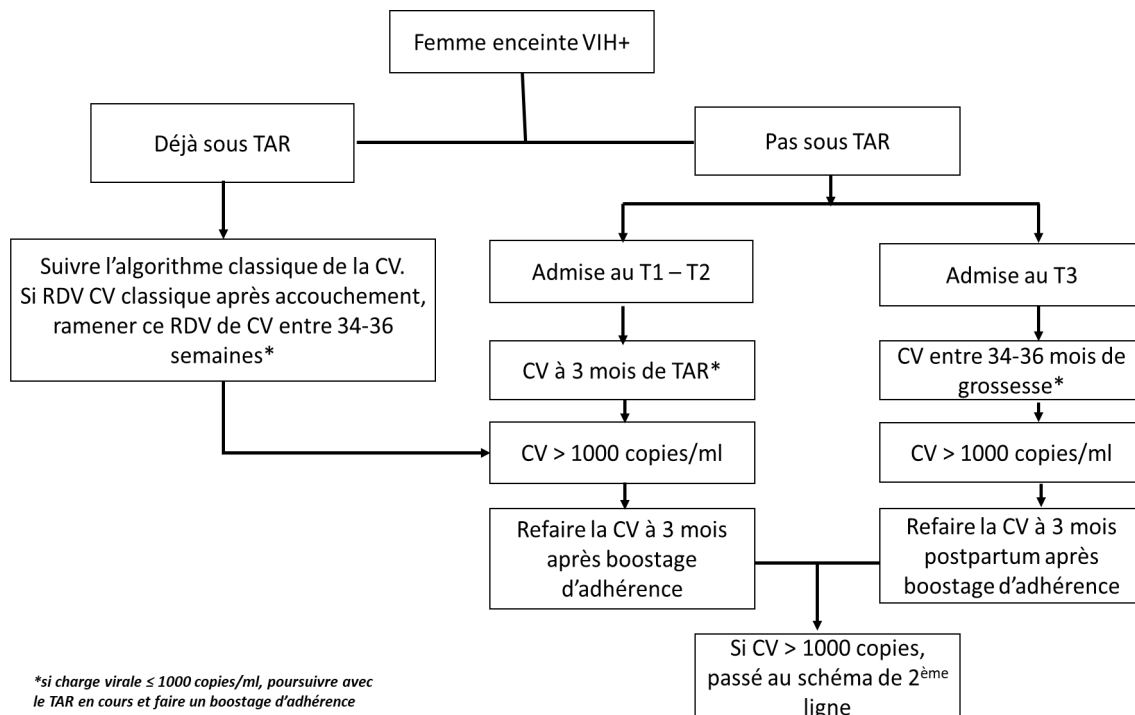


Figure 2 : Algorithme de suivi de la charge virale chez la femme enceinte/allaitante

NB :

Pour toute femme enceinte, nous conseillons le test de la CV entre la 34^e et 36^e semaine de grossesse (ou la dernière visite avant l'accouchement), indépendamment du moment de l'initiation des ARV.

Pour toute femme allaitante indépendamment de quand les ARV ont été initiés, la première CV sera mesurée 3 mois après l'accouchement et tous les 6 mois.

Tableau X. Récapitulatif du suivi de la charge virale chez la femme enceinte/allaitante

	MOMENT DU RDV POUR PRELEVEMENT CV	BUT DU TEST DE CV
Femme enceinte VIH+ sous ARV avant la conception	Le dosage de la CV sera fait lors de sa première visite de CPN	Identifier s'il y a un risque élevé de transmission in utero
Femme enceinte nouvellement dépistée VIH+ qui débute les ARV durant la grossesse	Le dosage de la CV sera fait 3 mois après l'initiation des ARV	S'assurer qu'il y a eu suppression rapide de la CV
Femme enceinte VIH+ se présentant tardivement en CPN après 28 semaines ou à l'accouchement	Première CV à l'accouchement	
	Deuxième CV à 10-12 semaines de TAR.	
Toute femme allaitante VIH+ indépendamment de quand les ARV ont été initiés	Première CV : 3 mois après l'accouchement	
	Deuxième CV et les suivantes : 1 fois tous les 6 mois.	

e. L'alimentation du nourrisson né de mère infectée par le VIH

Toute femme infectée par le VIH doit être informée qu'elle peut aussi contaminer son enfant par le lait et qu'elle doit décider de l'option d'alimentation pour son nourrisson.

De façon générale, en RDC, il est recommandé un allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois pour tous les nourrissons, suivi de l'introduction des aliments complémentaires appropriés à partir de 6 mois et poursuite de l'allaitement jusqu'à 24 mois.

Le tableau ci-dessous décrit le choix du mode d'alimentation chez les nourrissons nés des mères VIH+ :

Tableau XI. Choix du mode d'alimentation chez l'Enfant exposé

1^{er} Choix	2^{ème} Choix
<ul style="list-style-type: none">- Allaitement Maternel exclusif (AME) jusqu' à 6 mois ;- Introduction des aliments de complément dès le 6^{ème} mois d'âge ;- Arrêt progressif de l'allaitement à partir de 23^{ème} mois.- Arrêt définitif jusqu'au plus tard 24 mois	<ul style="list-style-type: none">- Alimentation de Substitution Exclusive (ASE) jusqu' à 6 mois ;- Introduction des aliments de complément à partir du 6^{ème} mois.

1. Enfant infecté :

- Allaiter exclusivement pendant les 6 premiers mois ;
- Introduire les aliments complémentaires appropriés à partir de 6 mois ;
- Poursuivre l'allaitement jusqu'à 24 mois ;
- Evaluer à chaque visite l'état nutritionnel et la croissance ;
- Assurer la prise en charge de l'enfant et de la mère selon le Protocole national.

N.B. : Dans les 2 cas, le prestataire devra :

- S'assurer d'un bon statut nutritionnel de la mère ;
- A chaque visite, évaluer l'alimentation de l'enfant et l'adapter selon les possibilités de la mère et la meilleure croissance de l'enfant.

IV.2. PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DE LA SYPHILIS

a. Diagnostic de la syphilis

Le diagnostic de la syphilis est basé sur le DUO TEST syphilis/VIH comme premier test pour les femmes séro-ignorantes pour le VIH. Pour les femmes séropositives au VIH le premier test est le Determine syphilis. Ci-dessous l'algorithme de diagnostic.

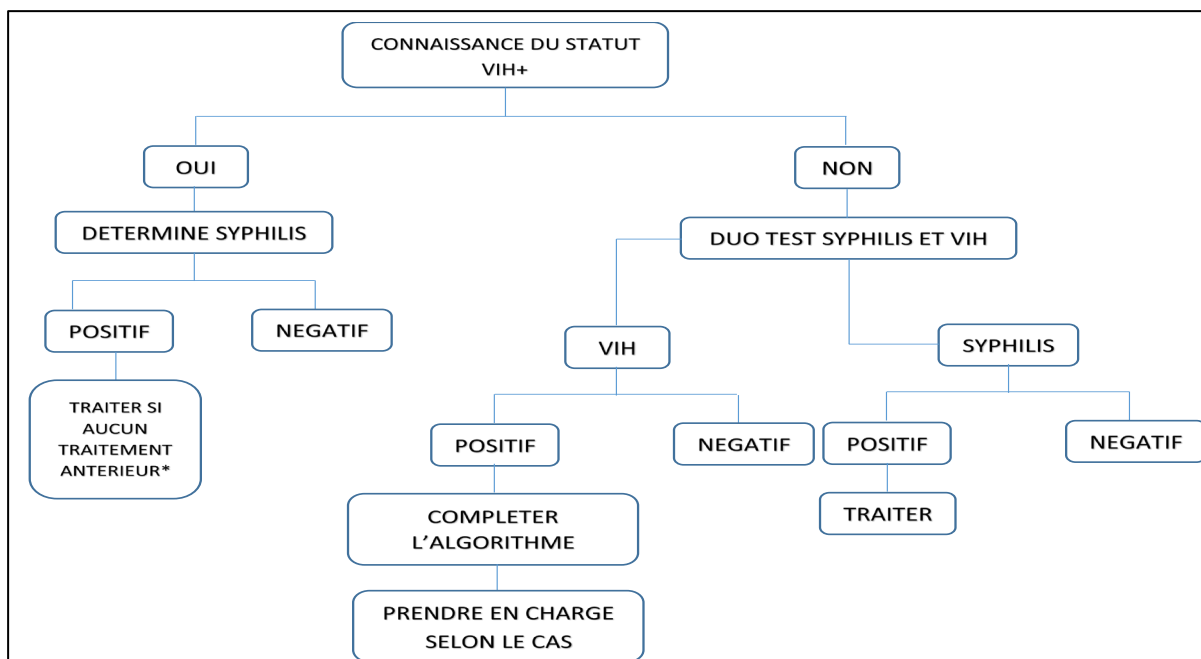


Figure 3 : Algorithme de (diagnostic et) de dépistage

**Pour les femmes enceintes qui ont été testées positives et qui ont reçu un traitement lors d'une précédente grossesse, renouveler le traitement en cas de résultat positif pour la syphilis au cours de la grossesse ultérieure.*

IV.3. INTERVENTIONS POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA SYPHILIS

Les interventions de prise en charge de la syphilis sont reprises dans le tableau N° 6 :

Tableau XII. Les interventions de prise en charge de la syphilis

Types de syphilis	Cibles	Interventions	Prise en charge/traitement
Syphilis chez l'adulte - Primaire - Secondaire - Tertiaire	Femme enceinte Partenaire sexuel de la femme enceinte	Dépistage systématique de la femme enceinte : - Au 1 ^{er} contact (CPN1), si test négatif, reprendre le test au troisième trimestre de la grossesse - Salle d'accouchement et post Partum Prendre en compte si la femme enceinte est positive	Pour tous cas positifs : - 2,4 millions d'UI de benzathine pénicilline (Extencilline) en IM en dose unique chez les patientes présentant une syphilis primaire, secondaire ou latente précoce. - 7,2 millions d'UI administrées en IM à raison de 1 dose par semaine de 2,4 millions d'UI chez les patientes présentant une syphilis latente tardive. Prévention systématique de la réaction de Jarisch-Herxheimer : en cas de Syphilis profuse : - Prednisone: 0,3 mg / Kg / j x 5j

			<ul style="list-style-type: none"> - Début : la veille du traitement par benzathine pénicilline. Surveillance échographique : 1 × / Mois
--	--	--	--

CHAPITRE V. VIH, SECURITE TRANSFUSIONNELLE ET DONS DE TISSUS ET D'ORGANES

a) Définitions

La sécurité transfusionnelle, de dons des tissus et d'organes est définie comme étant un ensemble des mesures visant à éliminer le risque de transmission des agents infectieux lié à ces pratiques.

La sécurité transfusionnelle en RDC s'appuie essentiellement sur la surveillance des marqueurs infectieux dont le VIH, le *Treponema Pallidum*, le Plasmodium, le VHB et le VHC.

Les étapes à suivre dans les centres de don de sang, de tissus ou d'organe

- Entretien médical avant chaque don, afin d'exclure les donneurs présentant un facteur de risque d'infection à VIH et autres IST ;
- Réalisation d'un test combo (Ag/Ac) : si le test combo est positif, la poche de sang est écartée et le donneur référé dans un centre de dépistage pour la suite de l'algorithme approprié.

Directives en cas de test Combo positif

- Le prestataire donnera l'information précise à la personne positive au test combo ;
- Exclure tout prélèvement positif de l'utilisation transfusionnelle et dons d'organes ;
- Prendre les mesures préventives pour la personne positive au test combo :
 - Abstention définitive du don de sang et d'organe ;
 - Information aux partenaires, afin qu'il effectue un test sérologique ;
 - Nécessité définitive de protéger les rapports sexuels par des préservatifs ;
 - Promotion de la planification familiale ; Orientation de la personne vers le service de dépistage VIH pour confirmation de statut.
- Dépistage des hépatites (HVB et HVC) et de la syphilis.

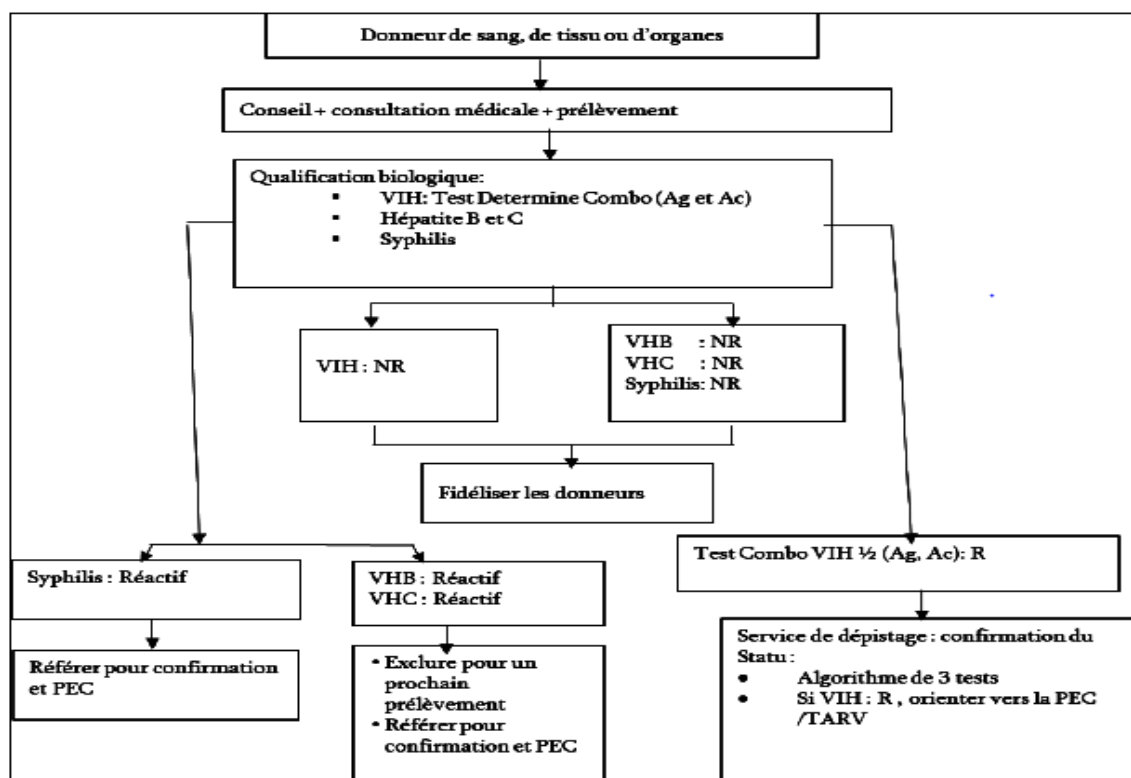


Figure 4 : Algorithme de dépistage pour la sécurité transfusionnelle, dons de tissus ou d'organes

Notes :

- Si présence des antigènes HBs et des anticorps VHC : ne plus prélever ;
- Si test syphilis positif : référer pour une prise en charge adéquate ;
- Entretien médical avant chaque don, afin d'exclure les donneurs présentant un facteur de risque.

V.I. ACCELERATION DE LA PREVENTION

Selon l'ONUSIDA, la réduction optimale des nouvelles infections se base sur les 5 piliers tel que repris dans le tableau II parlant de la prévention combinée.

CHAPITRE IV. LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

Les infections sexuellement transmissibles (IST) touchent annuellement 376 millions nouveaux cas de 15-49 ans dans le monde (OMS, 2016). Les plus fréquentes sont : la chlamydia, la gonorrhée, la syphilis, le trichomonas. L'infection génitale par Herpès simplex virus (HSV) est estimée à plus de 500 millions de cas. Cependant, il y a augmentation de plus en plus de résistance de *Neisseria gonorrhoea* aux antibiotiques.

IV.1. CONSEQUENCES ET COMPLICATIONS DES IST

- Certaines IST augmentent le risque de transmission du VIH ;
- La Transmission Mère-Enfant de la syphilis cause plus de 200 000 décès néonataux par an ;
- Le *Human papillomavirus* (HPV) cause plus de 500.000 cas de cancer du col de l'utérus chaque année ;
- Les IST non traitées ont un impact direct sur la santé sexuelle et reproductive notamment des complications de la grossesse, l'infertilité et les séquelles sur les nouveau-nés.

IV.2. DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES IST

La prise en charge des IST jusqu'alors syndromique devrait être étiologique pour les principales IST, à savoir : la syphilis, la gonorrhée, la chlamydiae, la trichomonase. Pour le diagnostic de la syphilis Cfr. l'algorithme de dépistage de la syphilis.

Cliniques

Chez l'adulte et l'adolescent :

- Rechercher les écoulements urétral et vaginal chez les PVVIH à tout contact ;
- Prélever les échantillons à l'aide d'un écouvillon, faire la culture et l'antibiogramme ;
- Ou bien traiter selon l'approche syndromique ;
- Assurer le suivi des complications.

Tableau XIII. Le diagnostic et le traitement des IST les plus fréquentes

IST	Diagnostic et traitement
<i>Chlamydia trachomatis</i>	Diagnostic : test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) sur le prélèvement local (première urine matinal ou écouvillonnage endocervical, vagin, urétral ou Ano rectal et oro-pharyngien) Traitement : pour l'adulte ; le traitement recommandé est fait d'Azithromycine 1 g per os en dose unique ou de la Doxycycline : 2 x 100 mg per os pendant 7 jours. Pour les enfants : <ul style="list-style-type: none">- ≤ 45 Kg : Erythromycine base : 50 mg/Kg/jour, en 4 prises pendant 14 jours ;- > 45 Kg, mais < à 8 ans : Azithromycine 1 g per os, en dose unique ;- ≥ à 8 ans, azithromycine 1 g per os, dose unique ou doxycycline : 2 x 100 mg per os pendant 7 jours. [8]
<i>Neisseria gonorrhoe</i>	Diagnostic : Examen direct et culture, TAAN, ECBU, échographie pour les infections hautes chez les femmes Traitement : Il est recommandé d'utiliser la Ceftriaxone 250 mg IM (dose unique) plus Azithromycine 1 g per os, dose unique. [8]

IST	Diagnostic et traitement
<i>Trichomonas vaginalis</i>	<p>Diagnostic : test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) sur le prélèvement local (première urine matinal ou écouvillonnage endocervical, vagin, urétral ou Ano rectal et oro-pharyngien)</p> <p>Traitement : le métronidazole est la molécule recommandée pour le traitement de Trichomonas : 2 g per os, en une prise ou 2 x 500 mg/pendant 7 jours ou encore Tinidazole : 2 g, en dose unique. [8]</p>
<i>Treponama pallidum</i>	<p>Diagnostic : DUO TEST Syphilis/VIH, Determine Syph et RPR</p> <p>Traitement : le traitement de choix, en première ligne est la Benzathine pénicilline : 2,4 millions d'unités IM en dose unique. Les options alternatives sont constituées de la Ceftriaxone (2 g en IV ou IM, une fois par jour pendant 2 à 10 jours) ou la Doxycycline : 2 x 100 mg/j pendant 14 jours dans les formes précoces ou pendant 28 jours dans les formes tardives. [8]</p>
<i>Herpes simplex virus</i>	<p>Diagnostic : est principalement clinique, pour les cas symptomatologiques, il peut s'avérer nécessaire de réaliser le test sérologique.</p> <p>Traitement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Administrer 3x 2 comprimés d'Acyclovir de 200 mg/jour//10 jours ; - Laver la lésion à l'eau savonneuse puis sécher avec un papier mouchoir jetable ; - Appliquer l'acyclovir crème : 5 x 1 application/jour//10 jours. <p>Traitement alternatif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Administrer 2 x 1 comprimé Valaciclovir 500 mg/jour//10 jours à la première poussée ; - En cas de récurrence, administrer la même dose pendant 5 jours ; - Note : en prévention des récurrences : 1 comprimé par jour pendant plusieurs mois. [8]
<i>Human papillomavirus</i>	<p>Le Papillomavirus humain est responsable du cancer du col et augmente la vulnérabilité de la femme à l'infection du VIH.</p> <p>Chez toute femme :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Offrir le dépistage du cancer du col de l'utérus dès la première consultation puis tous les 1 à 2 ans à toute femme testée VIH+ [Inspection visuelle avec l'acide acétique (IVA) et avec le soluté de Lugol (IVL) et frottis cervical] pour identifier précocement des lésions pré ou cancéreuses. - Traiter les femmes présentant les lésions pré ou cancéreuses ; - Proposer le vaccin anti HPV chez la PVVIH.

Note :

A ces traitements s'ajoutent la promotion du comportement sexuel à moindre risque et la promotion de l'utilisation du préservatif.

SECTION III. DIAGNOSTIC DE L'INFECTION A VIH

CHAPITRE I. L'OFFRE DES SERVICES DE DEPISTAGE DU VIH

Le dépistage du VIH est la porte d'entrée pour la prévention, le traitement, les soins et les autres services de soutien. Le conseil dépistage du VIH est basé sur le respect de 5 principes de base qui sont : consentement éclairé, confidentialité, conseil, remise de résultats corrects et connexion aux services de soins et traitement du VIH. Le diagnostic de certitude de l'infection à VIH est biologique.

Pour arriver au dépistage, il est nécessaire de procéder par la création de la demande assurée par différentes approches dont notamment :

- La sensibilisation de masse/en groupe ;
- La sensibilisation en réseau ;
- La notification des partenaires et le dépistage autour des cas index ;
- L'orientation communautaire des cas suspects du VIH ;
- Le dépistage conseil initié par le prestataire.

Ces approches aident à améliorer l'utilisation des services de dépistage par deux stratégies retenues par le PNLIS à savoir :

- **Le dépistage systématique** : Dépistage offert à un groupe de population dans le cadre de soins médicaux courants sans obligation préalable d'évaluer de risque. Il concerne :
 - Les populations clés (HSH, PS, UDI, TG, Prisonnier) ;
 - Les femmes enceintes ;
 - Les tuberculeux ;
 - Les survivants de violences sexuelles ;
 - Les sujets contacts (partenaires sexuels et enfants biologiques de moins de 15 ans).
- **Le dépistage ciblé** : Dépistage offert à la population générale « *après l'évaluation des risques encourus par rapport au VIH* ». Cette évaluation est faite sur base d'un outil dit « d'évaluation des risques » Il concerne :
 - Les patients en consultations générales ;
 - Les patients hospitalisés ;
 - Les patients en salle d'urgence ;
 - Les patients en ambulatoire.

Pour accéder au dépistage trois possibilités sont recommandées :

- Le dépistage et conseil initié par le prestataire (DCIP) ;
- Le conseil et dépistage volontaire (CDV) ;
- Autotest.

I.1 CONSEIL ET DEPISTAGE DU VIH (CDV / DCIP)

Le conseil et dépistage pour les deux possibilités (CDV/DCIP) passe par 3 étapes : pré test, test et post test.

a. Conseil pré-test

C'est un entretien confidentiel entre le prestataire (conseiller) et le client qui a pour objectif majeur de lui fournir les informations clés sur le VIH ; de lui expliquer les avantages de la connaissance de son statut sérologique. On doit signifier au client que le refus du test n'entrave pas les soins pour lesquels il a consulté la formation sanitaire.

b. Test

C'est l'étape qui, après consentement du client/patient, consiste à prélever l'échantillon et réaliser le test.

c. Conseil Post-test

C'est un entretien confidentiel entre le prestataire (conseiller) et le client, qui consiste à rappeler les notions essentielles sur le VIH, la signification de résultat et l'annonce du résultat (négatif, positif ou indéterminé).

Les clients ayant un résultat VIH positif sont orientés vers les services de prise en charge tandis que ceux avec le résultat négatif sont orientés vers les services de prévention.

Les clients ayant un résultat indéterminé sont invités à revenir 14 jours plus tard pour la reprise du processus.

CHAPITRE II. DIAGNOSTIC CHEZ L'ADULTE ET LES ENFANTS DE 18 MOIS ET PLUS

II.1. ALGORITHMES DU DIAGNOSTIC DE L'INFECTION A VIH

Le diagnostic sérologique de l'infection à VIH en RDC se fait sur base d'un seul algorithme standardisé à trois tests tel que représenter dans la figure ci-dessous :

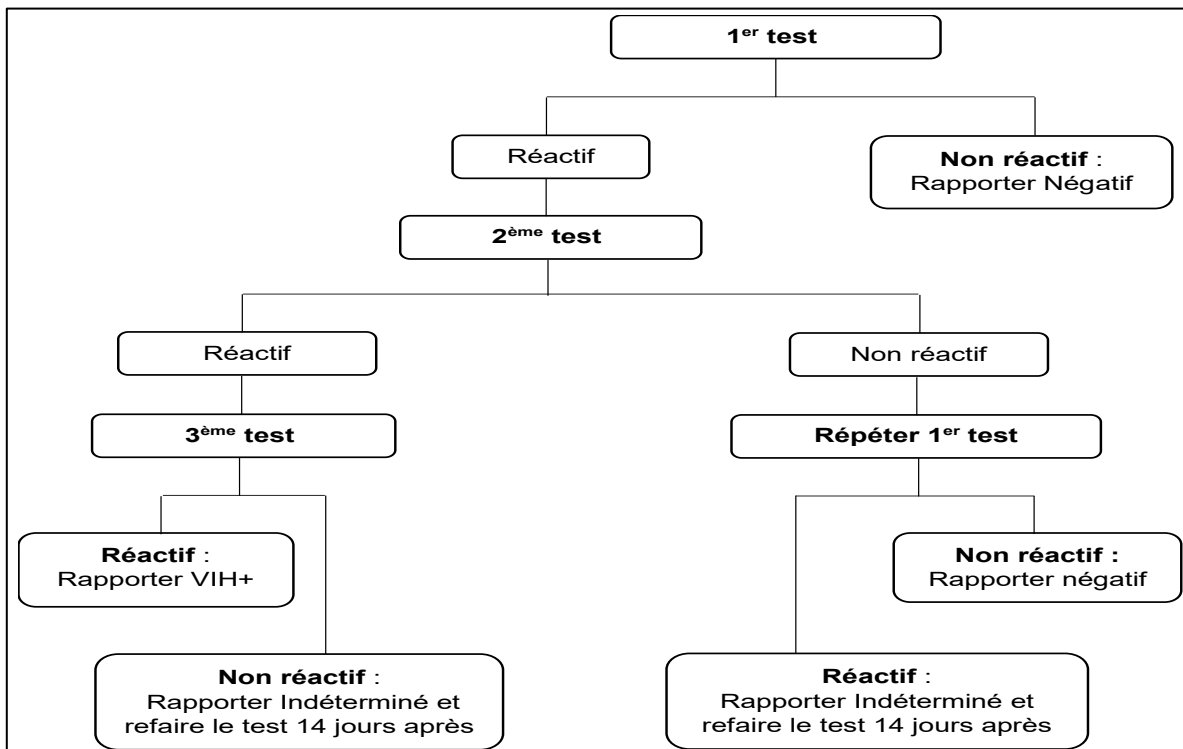


Figure 5 : Algorithme du diagnostic du VIH pour les populations à faible prévalence

Note :

- Pour les individus nouvellement diagnostiqués, un résultat positif doit être confirmé avec le même algorithme sur un nouvel échantillon pour exclure une erreur de laboratoire ; c'est le **Retesting (répéter le test)** ;
- Chez la femme enceinte, le résultat négatif du 1er test au premier trimestre de la grossesse, doit être refait 3 mois après ou pendant l'accouchement pour les femmes enceintes présentant certains risques ;
- Pour les enfants de moins de 18 mois nés des mères séropositives ou présentant des signes d'infection à VIH, respecter l'algorithme décrit en PTME ;
- Refaire le test : il existe des situations qui nécessitent la réalisation d'un nouveau dépistage après un délai défini :
 - Les personnes séronégatives pour le VIH, mais qui sont soumises à un risque récent ou persistant d'exposition à l'infection,
 - Les personnes dont le statut vis-à-vis du VIH est non concluant.

- Retester (Retesting) : les personnes testées VIH+ doivent subir une autre série de test pour confirmer leur diagnostic avant qu'elles ne commencent un traitement aux ARV.

La réalisation d'un nouveau test de dépistage avant la mise en route des soins ou du traitement peut notamment se justifier par la nécessité de vérifier qu'il n'y a pas eu d'erreur lors des analyses de laboratoire ou de la transcription des résultats ou de déterminer si une séro-conversion a eu lieu. Ce test peut se faire même sur un autre prélèvement idéalement réalisé par un autre opérateur si le traitement doit être initié le même jour « **Treat The Same Day** », c'est le **Retesting**.

CHAPITRE III. AUTOTEST

III.1. INTRODUCTION

L'autotest VIH est une opportunité pour toucher certaines cibles difficiles à atteindre par le dépistage de routine notamment les populations *clés* (HSH, PS et leurs clients, UDI, TG), les contacts des cas index ainsi que les hommes, les adolescents et les agents de santé.

III.2. DEFINITION

L'autotest VIH est défini comme un processus par lequel une personne prélève elle-même son échantillon (sang total après pique au bout du doigt ou fluide oral), effectue le test, puis interprète son résultat, souvent dans un cadre privé, seule ou avec une autre personne de confiance.

Les résultats de l'autotest VIH sont obtenus en moins de vingt minutes et la lecture est visuelle.

a. Stratégies de l'autotest VIH

L'autotest VIH est complémentaire des approches existantes pour le dépistage du VIH (CDV, DCIP). L'Offre de services de l'autotest VIH est délivré selon deux approches distinctes pour atteindre différentes populations cibles :

- L'Autotest VIH assisté ;
- L'Autotest VIH non-assisté.

1. Autotest VIH assisté

Dans cette approche, un prestataire, un pair éducateur ou un agent de santé communautaire formé encadre le processus de l'autotest VIH en offrant à un client ou groupe de clients (auto-testeurs) les conseils avant, pendant ou après l'autotest VIH, la manière de réaliser le test et d'interpréter le résultat et les modalités de référence.

Cette approche peut être utilisée pour aider les auto-testeurs vivant avec handicap ou ayant un faible niveau d'instruction ou encore quiconque sollicite une assistance directe.

2. Autotest VIH non assisté

L'auto-testeur réalise le test à l'aide de la notice d'utilisation fournie par le fabricant, dans un cadre privé et confortable sans assistance.

Cette approche est recommandée aux auto-testeurs ayant une bonne faculté de compréhension. Elle n'est pas recommandée pour les mineurs, les personnes vivant avec certains handicaps (Faible acuité visuelle, ...) et les analphabètes.

L'autotest est considéré comme un test à des **fins de triage**. Il ne délivre pas le diagnostic définitif de séropositivité au VIH. Ainsi, pour le diagnostic définitif, l'auto-testeur est orienté selon les cas vers le centre de dépistage ou le service de prévention.

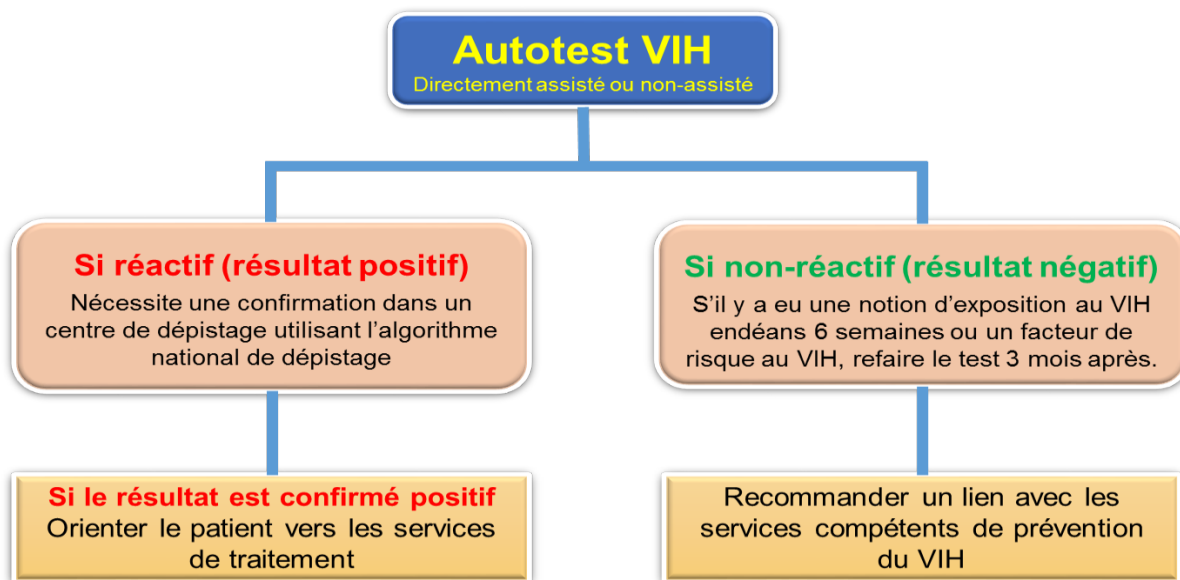


Figure 6. Algorithme de l'autotest

a. Points de prestation et de dispensation des services d'autotest VIH

L'offre de services de l'autotest VIH peut se faire :

- **Au niveau des établissements de santé**
- **Au niveau de la communauté** : l'autotest VIH peut être proposé aux populations cibles dans les structures communautaires existantes (centres conviviaux, milieux associatifs, centres d'écoute et de loisir pour adolescents, à domicile, etc.) ;
- **Autres approches** :
 - **Le test par les partenaires** : les kits autotests VIH sont remis aux femmes (CPN, CPS, PTME, CPON), aux PS, aux UDI et HSH dans leurs milieux associatifs qui devront secondairement distribuer à leurs partenaires sexuels masculins et/ou à leurs réseaux sociaux ;

- **L'autotest en milieu de travail** : cette approche est utilisée pour atteindre les personnes dans des environnements à haut risque de contamination (camionneurs, miniers, pêcheurs, personnel navigant, agents de l'état et agents des institutions privées ainsi que leurs partenaires) ;
- **Les programmes d'autotest intégrés** : l'autotest VIH peut être intégré dans le paquet d'activités des programmes de santé existants tels que le programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT), le programme national de la santé reproductive (PNSR), le programme national de lutte contre toxicomanie (PNLCT) etc. ;
- **L'autotest peut être rendu disponible dans d'autres milieux** tels que les pharmacies, vente en ligne, les distributeurs automatiques, les programmes de coupons, la dispensation à domicile, la distribution dans des établissements d'enseignement supérieur, des centres de loisirs pour jeunes et des événements destinés aux jeunes, etc.

b. La Gestion des déchets générés par l'autotest

L'utilisation des autotests VIH génère des déchets qui pourraient être potentiellement dangereux surtout pour les autotests sanguins. La gestion de déchets devra donc se référer aux instructions données par le fabricant et aux normes et directives nationales.

SECTION IV. THERAPIE ANTI-RETROVIRALE

Les ARV sont des virostatiques qui inhibent la réplication virale, restaurent l'immunité et freinent l'évolution de l'infection à VIH. **Le TAR n'est donc pas un traitement curatif et doit, de ce fait, être pris à vie.**

Leur utilisation nécessite dès lors :

- Une éducation thérapeutique du patient pour la compréhension de son infection (sa maladie) et l'importance du traitement ;
- Un bon counseling pour une bonne adhérence au traitement ;
- Un suivi rigoureux du patient et un schéma thérapeutique adapté.

CHAPITRE I. COMMENT PREPARER LA PERSONNE VIVANT AVEC LE VIH (PVVIH) AU TRAITEMENT ?

Avant d'initier le TARV, le prestataire doit préparer la PVVIH. Il doit :

- **Refaire le test avant la mise effective sous TARV afin de s'assurer du statut sérologique du patient.**
- Procéder à un examen clinique détaillé prenant en compte l'état nutritionnel et les comorbidités lors de la première consultation ;
- Interroger les fonctions rénale et hépatique et explorer l'hémogramme etc.
- Procéder à l'éducation pré-thérapeutique qui portera sur :
 - L'acceptation et l'adhésion au TARV ;
 - Le régime thérapeutique et le dosage des ARV ;
 - Les avantages et les effets indésirables du TARV ;
 - Les visites de suivi et les retraits des médicaments (ARV, CTX) ;
- Tenir compte de :
 - Médications en cours (plantes médicinales et autres médicaments modernes) pour prévenir les interactions ;
 - Contre-indications et les ajustements posologiques nécessaires en cas d'atteinte rénale ou hépatiques par exemple.
- Proposer le TARV, lors des prochaines visites, au patient l'ayant postposé ou refusé ;
- Faire bénéficier au patient d'un soutien psycho-morale et d'une réévaluation à intervalles réguliers avant la mise sous TARV en cas de barrières potentielles à l'initiation du TARV, de problème de santé mentale.
- Le recours à la communauté et au soutien des pairs renforce la prise de décision de commencer la thérapie.
- Informer le patient que :
 - Différer le début du TARV peut avoir des conséquences négatives ;
 - Les effets indésirables sont souvent temporaires et peuvent être traités.
- Evaluer le besoin en soutien psychosocial adéquat afin d'optimiser l'adhésion

au TARV.

- Informer le patient sur le sexe sans risque et le risque de surinfection en cas d'utilisation des drogues injectables ;
- Réaliser les examens de base dont la numération de la formule sanguine : hémoglobine, globules blancs et formule leucocytaire).

CHAPITRE II. TRAITEMENT ARV

II.1. QUAND COMMENCER LES ARV ?

Sauf contre-indication, instaurer immédiatement le TAR chez toute personne testée positive pour le VIH sans tenir compte du taux de CD4 ni du stade clinique : « TESTER ET TRAITER »

Note :

Le TAR est différé en cas des maladies mentales, méningite, coma, tuberculose, cryptococcose ou d'autres IO qui nécessiteraient un traitement préalable.

II.2. LES PROTOCOLES THERAPEUTIQUES

La trithérapie antirétrovirale est le seul traitement de l'infection au VIH. Pour une prise en charge optimale de l'infection à VIH, la RDC a retenu trois lignes thérapeutiques.

- La première ligne est faite d'un inhibiteur nucléotidique de la transcriptase inverse (TDF), d'un inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse (3TC) et d'un inhibiteur de l'intégrase (DTG). Son alternative est composée de deux inhibiteurs nucléosidiques et d'un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse. Dans les cas spécifiques, comme en cas d'insuffisance rénale, l'inhibiteur nucléotidique (TDF) sera remplacé par un inhibiteur nucléosidique (ABC) ;
- La deuxième ligne est faite de deux inhibiteurs nucléotidiques (AZT/3TC) et un inhibiteur de la protéase (ATV/r) ;
- ***S'il y a échec confirmé de la deuxième ligne chez un patient qui a une bonne observance, il est impératif de faire le génotypage. L'initiation du TARV de troisième ligne se fait au niveau des hôpitaux tertiaires.***

Tableau XIIIIV. Traitement préférentiel de première ligne et son alternatif pour adultes et adolescents

Cibles	1 ^{ère} ligne	Alternatif	Cas spécifiques
Adultes et adolescents ≥ 10 ans	TDF/3TC/DTG	TDF/3TC/EFV 400 mg	ABC/3TC+DTG (Insuffisance rénale)

Tableau XIV. Traitement préférentiel de seconde ligne et son alternatif pour adultes et adolescents

Cibles	Echec 1 ^{ère} ligne	2 ^{ème} ligne	Alternatifs
Adultes et adolescents ≥ 15 ans	TDF/3TC/DTG	AZT/3TC+ATV/r	AZT/3TC+LPV/r
	TDF/3TC/EFV 400 mg	AZT/3TC+DTG	AZT/3TC+ATV/r

Note :

- Le DTG doit être administré deux fois par jour chez les patients sous rifampicine (co-infection VIH/TB) et sous anticonvulsivants (Phénobarbital, Carbamazépine). Le deuxième comprimé de DTG 50 mg est donné 12 heures après la première dose ;
- Pour les femmes enceintes sous DTG, s’assurer qu’elles prennent l’acide folique ;
- En cas d’oubli d’une dose de DTG, la prendre dès que possible s’il reste plus de 4 heures avant la dose suivante ; s’il reste moins 4 heures, le patient doit tout simplement continuer son traitement ;
- Le DTG peut être pris pendant ou en dehors des repas ;
- Il doit être pris 1 heure avant ou 2 heures après la prise d’un antiacide ;
Le DTG est contre-indiqué en association avec la Dofetilide (en cas d’arythmie cardiaque) ;
- En cas d’atteinte rénale, calculer la clairance à la créatinine et référer le patient vers un centre spécialisé ;
- En cas d’insuffisance rénale avec la clairance à la créatinine < 50 ml/min, le TDF **est formellement contre-indiqué** en raison de sa néphrotoxicité ;

Les doses de Lamuvidine doivent être réajustées en fonction de la clairance à la créatinine telle que résumé dans le Tableau ci-dessous :

Tableau XV. Dose de Lamuvidine en fonction de la clairance à la créatinine

Clairance à la créatinine	Dose de Lamuvidine (3TC)
50-30ml/min	150 mg/jour
29-15 ml/min	150 mg (dose de début) puis 100 mg/jour
14-5 ml/min	150 mg (dose de début) puis 50 mg/jour
Moins de 5ml/min	50 mg (dose de début) puis 25 mg/jour

La formule de Cockcroft-Gault :

Chez l’homme = $\frac{(140-\text{âge}) \times \text{poids(kg)}}{\text{Créatinine sérique } (\mu\text{mol/l}) \times 0,8}$	Chez la femme = $\frac{(140-\text{âge}) \times \text{poids(kg)} \times 0,85}{\text{Créatinine sérique } (\mu\text{mol/l}) \times 0,8}$
---	--

CHAPITRE III. SUIVI ET SURVEILLANCE DU TRAITEMENT

Après l'initiation du TARV, le patient est vu toutes les deux semaines au premier mois puis chaque mois jusqu'au troisième, au sixième mois et tous les six mois. Notons que le patient peut être reçu en consultation chaque fois que son état l'exige.

Le suivi clinique et biologique des patients est fondamental pour évaluer l'adhérence au TARV, la tolérance et l'efficacité du traitement.

Les premiers mois de traitement sont d'une importance capitale. Le prestataire doit surveiller :

- L'apparition des infections opportunistes (IO) ;
- La survenue du syndrome de restauration immunitaire (SRI) ;
- La survenue des effets indésirables du type hypersensibilité surtout au cours des 3 premiers mois. ;

III.1. SUIVI DES PATIENTS SOUS ARV

Le but du suivi est d'évaluer cliniquement et biologiquement **l'adhérence et l'observance**, l'**efficacité** et la **tolérance** au traitement.

a. L'adhérence et observance au TAR

L'adhérence au TAR est la capacité du patient à développer et suivre un plan de changement de comportement et d'attitude dans le but de lui permettre d'améliorer sa santé et de prendre lui-même en charge sa maladie.

L'observance est un comportement selon lequel la personne prend ses médicaments avec assiduité et régularité.

L'adhérence et l'observance au TARV sont primordiales afin d'assurer une bonne réponse virologique et éviter l'émergence de souches résistantes. L'oubli d'une seule dose par semaine peut déjà diminuer d'un tiers l'efficacité du traitement.

➤ Le soutien à l'observance

Le soutien à l'observance nécessite la mise en place des consultations d'observance et d'éducation thérapeutique pour soutenir les patients. Elles pourront être animées par différentes catégories de prestataires formés (Médecins, infirmiers, sages-femmes, gestionnaires des médicaments, psychologues cliniciens, les Pairs éducateurs, les relais communautaires).

Ce soutien se fera par la combinaison de plusieurs interventions :

- **L'éducation thérapeutique du patient** : est un processus important avant et pendant le traitement des ARV. Il consistera à fournir des informations sur l'infection à VIH, l'importance et la nécessité de la prise

correcte des ARV, le respect de dosage et les possibles effets indésirables.

- **L'évaluation de l'observance** : l'évaluation de l'observance sera assurée à chaque consultation par le prestataire chargé du suivi du patient et par le gestionnaire de la pharmacie lors de la dispensation des médicaments.

Les moyens suivants peuvent être mis en contribution pour ce faire :

- Le comptage des comprimés restant à chaque dispensation auprès du patient ;
 - L'interrogatoire du patient (nombre de prises manquées sur la dernière semaine, horaire de prise...) ;
 - L'auto-évaluation du patient ;
 - La mesure de la charge virale.
- **L'identification des facteurs favorisant l'observance : pour améliorer l'observance, on devra faire intervenir les éléments suivants :**
 - Le soutien d'une personne relais choisie par le patient ;
 - Le soutien psychologique : la lassitude ou la dépression pouvant être un facteur de mauvaise observance ;
 - Le soutien social pour mettre en place les conditions favorables à une bonne observance.

b. L'efficacité thérapeutique

L'efficacité du traitement peut être évalué indirectement par l'amélioration clinique du patient (prise progressive de poids, moins d'épisodes de maladies, reprise de l'activité physique, etc.).

Le suivi biologique est le seul moyen de confirmer l'efficacité du traitement à travers la suppression de la charge virale et la restauration immunitaire.

La charge virale doit être supprimée après 6 mois de TAR. Si elle n'est pas supprimée (>1000 copies/ml), il faudra procéder à une évaluation du traitement [adhérence, régime thérapeutique et existence d'une IO ou d'une Affection Opportuniste (AO), association d'une pathologie pouvant entraîner une malabsorption].

c. La tolérance clinique au traitement

La tolérance est appréciée par l'absence ou le degré des effets indésirables. Il faut également évaluer la fonction hépatique et rénale (toxicité liée aux ARV). Les autres examens seront réalisés en fonction de la clinique présentée par le patient.

Ci-dessous les différents tableaux de suivi biologique et clinique.

Tableau XVI. Liste des investigations généralement utilisées pour le suivi aux cours du TAR

Bilan essentiel	A la demande (selon ARV et contexte clinique)	Supplémentaire (selon le contexte clinique)
<ul style="list-style-type: none"> - NFS - Charge virale - Transaminases - Urée/créatinine - Bandelettes urinaires (protéines, sucre, sang) 	<ul style="list-style-type: none"> - Glycémie - Amylase, lipase - Lipides totaux (triglycérides, cholestérol « total, HDL et LDL ») - CD4 - RPR/TPHA, Détermine syphilis - Test de grossesse - Rx du thorax - Ziehl - Encre de chine 	<ul style="list-style-type: none"> - Frottis du col cervical - Echographie abdominale - Biopsie : peau, ganglion - Génotype viral - Ag HBs, Ac HBc et Ac VHC - Plaquettes

NFS = Numération formule Sanguine ; HDL-C = High Density Lipoprotein Cholesterol (Lipoprotéine de haute densité) ; LDL-C = Low Density Lipoprotein Cholesterol (Lipoprotéine de faible densité) ; CD4 = Cluster of Differentiation four ; RPR = Rapid Plasma Reagin ; TPHA = Treponema Pallidum Hemagglutinations Assay ; Ag HBs = Antigène de surface du virus de l'hépatite B ; Ac HBc = Anticorps anti Core du virus de l'hépatite B ; Ac VHC = Anticorps du Virus de l'hépatite C.

Note :

Au cours de la première année, la charge virale (CV) sera réalisée au 6^{ème} et au 12^{ème} mois puis une fois tous les 12 mois.

Tableau XVII. Bilans biologiques par famille d'ARV pour le suivi d'effets indésirables

Test de	Classe de molécules ARV											
	INTI			INNTI			IP			INI		
	J0	M6	AN	J0	M6	AN	J0	M6	AN	J0	M6	AN
Examens essentiels pour le suivi												
Hémogramme complet	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X
Urines (sucre, protéines,	X		X	X			X	X		X	X	X
Examens en fonction des médicaments utilisés												
Transaminases	X		X	X			X	X		X	X	X
Amylase /Lipase (A la	X			X				X			X	X
Créatinine	X		X	X			X	X		X	X	
Urée (A la demande)	X			X				X			X	
Lipides / triglycérides (A la	X			X				X			X	
Glycémie	X			X				X			X	

Note :

La condition clinique du patient détermine la périodicité de réalisation des bilans susmentionnés que les prestataires pourront réaliser sans délais.

Tableau XVIII. Chronogramme du suivi clinique et biologique des patients sous TAR

Paramètres	J0	J14	M1	M2	M3	M6	M9	M12	> M12
Clinique*	X	X	X	X	X	X	X	X	Tous les 6 mois
CD4 (maladies avancées du VIH)	X					X		X	Tous les 6 mois si CV non disponible
CV						X		X	Tous les 12 mois
NFS	X					X		X	Tous les 6 mois
Transaminases						X		X	Tous les 12 mois
Créatinine					X			X	Tous les 12 mois
Glycémie					X			X	Tous les 6 mois
TG/cholestérol					X			X	Tous les 6 mois

La fréquence des examens de laboratoire et le type d'examens dépendront de l'évaluation clinique pendant la visite, la disponibilité des examens et le besoin de surveillance d'effets indésirables des ARV.

III.2. INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

Les interactions médicamenteuses sont des modifications qualitatives ou quantitatives in vivo des effets d'un médicament par un autre médicament (couramment prescrit ou traditionnel), un aliment, une boisson ou des agents chimiques.

Ces interactions peuvent avoir des conséquences défavorables (perte d'efficacité, risque accru d'effets indésirables,) ou être parfois recherchées (augmenter l'effet thérapeutique, antagoniser un effet toxique). Elles peuvent être pharmacocinétiques ou pharmacodynamiques.

CHAPITRE IV. TOXICITE ET PHARMACOVIGILANCE

On parle de toxicité lorsque le patient ne tolère pas les effets indésirables et/ou quand survient un dysfonctionnement significatif d'un organe.

La toxicité due aux ARV peut être détectée cliniquement ou par des examens de laboratoire.

Les symptômes et signes cliniques peuvent être :

- Bénins et passagers, à la base de la prescription d'un traitement symptomatique (antiémétique) ou d'une surveillance clinique plus fréquente ;
- Graves et nécessiter une interruption de TARV ou une substitution de l'ARV incriminé et dans certains cas changer l'ensemble du traitement.

IV.1. CONDUITE A TENIR EN CAS DE TOXICITE

- Evaluer la sévérité de la toxicité ;
- Demander tous les médicaments utilisés par le patient pour savoir si la toxicité est bien en rapport avec les ARV ;
- Rechercher une autre cause de l'atteinte que la toxicité (par exemple : une élévation des transaminases peut être due à une hépatite intercurrente) ;
- Agir sur la toxicité en fonction de sa gravité ;
- Adopter l'attitude thérapeutique en fonction du grade.

Tableau XIX. Attitude thérapeutique en fonction de grade de l'effet indésirable

Grade 4 (très sévère avec menace vitale)	Arrêter immédiatement tous les ARV, donner le traitement médical approprié et ne réintroduire les ARV qu'après récupération complète en utilisant une autre association.
Grade 3 (réaction sévère)	Substituer l'ARV en cause sans arrêter le TARV.
Grade 2 (réaction modérée)	Maintenir l'ARV en cause selon l'évolution sous traitement symptomatique ; si le patient ne s'améliore pas sous traitement symptomatique substituer l'ARV en cause.
Grade 1 (très minime)	Ne rien changer : <ul style="list-style-type: none">- Renforcer la surveillance clinique et biologique dans tous les cas ;- Soutenir le patient pour qu'il maintienne une bonne adhérence au traitement (la survenue de la toxicité peut le rendre septique vis-à-vis de son traitement qu'il aura tendance à vouloir abandonner).

IV.2. SYNDROME DE RESTAURATION IMMUNITAIRE

Le syndrome de restauration immunitaire (SRI) est un ensemble de signes cliniques qui résultent de la capacité d'un organisme à développer une réaction inflammatoire à un pathogène préexistant ; le plus souvent méconnu et non soigné du fait de la restauration immunitaire liée au TAR.

Ce syndrome survient chez 10 % des patients sous traitement et le plus souvent entre 2 à 12 semaines après l'instauration du TAR. **Il peut se présenter cliniquement soit :**

- Sous l'aspect d'une IO jusque-là infra clinique et non reconnue ;
- Comme une aggravation soudaine et paradoxale après plusieurs semaines de traitement ;
- Comme une maladie auto immune (ex. hyperthyroïdie : maladie de Graves) dans le contexte d'une amélioration immunitaire sous traitement ARV.

Facteurs favorisants :

- Début d'un TARV à proximité du diagnostic d'une IO ;
- CD4 en dessous de 50 cellules/ mm³ au moment du début d'un TARV.

Pathogènes responsables :

Les infections à mycobactéries [*Mycobacterium tuberculosis* et *Mycobacterium avium complex* (MAC) et à *Cryptococcus neoformans*] représentent 60 % des causes de SRI ; d'autres pathogènes peuvent être en cause comme le Cytomégalo virus (CMV), *Toxoplasma gondii* etc.

Traitement :

- Si possible, le TARV sera maintenu et l'IO ou le syndrome inflammatoire sera traité ;
- Si impossible, le TARV sera transitoirement interrompu et le même traitement sera repris dès que possible.
- Le traitement du SRI comprend :
 - Le traitement du pathogène responsable de sa survenue ;
 - L'emploi des corticoïdes pour lutter contre la réaction inflammatoire (prednisolone à 0.5 mg / kg / j pendant 5 à 10 jours est conseillé).

IV.3. QUAND CHANGER LE TRAITEMENT ARV

Le TARV sera modifié en cas de toxicité ou en cas d'échec thérapeutique. Les indicateurs biologiques pour le changement d'ARV pour cause de toxicité sont repris dans le tableau ci-dessous :

Tableau XX. Indicateurs biologiques pour le changement d'ARV pour cause de toxicité

PARAMETRES	TOXICITE DE GRADE 3
HEMATOLOGIE	
- Hémoglobine	< 7,0 g/dl
- Nombre Absolu des Neutrophiles (NAN)	500 – 749/mm ³
BIOCHIMIE	
- Bilirubine	2.6 – 5.0 x > à la normale
- Créatinine	1.9 – 3.4 x > à la normale
- SGPT	5.1 – 10.0 x > à la normale ou augmentation rapide
- Amylase, lipase	2.1 – 5.0 x > à la normale

Les Indications cliniques pour modifier le régime d'un traitement de 1^{ère} ligne en cas de toxicité sont reprises dans le tableau ci-dessous :

Tableau XXI. Indications cliniques et recommandations

Symptômes	Causes	Conduite à tenir	Recommandations
-Anémie grave Hb < 7 g/dl - Acidose lactique -Diarrhée	AZT	Proscrire AZT	Alternative : -TDF ou ABC (si Acidose lactique) -TDF si enfant > 12 ans
Insuffisance rénale grave (Créatinine : > 3 x la normale)	TDF	TDF contre-indiqué Adapter la dose de 3TC	-Evaluer l'admissibilité si amélioration de la fonction rénale - consultation d'un expert
- Hépto-toxicité - Eruption cutanée associée à l'EFV	EFV	Proscrire EFV	DTG
Neuropsychiatriques	EFV	Proscrire EFV	DTG
Hypersensibilité	ABC	Proscrire ABC	AZT

CHAPITRE V. PHARMACORESISTANCE

La pharmacorésistance du VIH est sa capacité à poursuivre sa réplication en présence des ARV après mutation. Il s'en suit un échec thérapeutique.

La résistance aux ARV est due aux mutations sur les enzymes virales (transcriptase inverse, intégrase, protéase) ou les protéines sur lesquelles agissent les ARV.

Il y a deux types de résistance :

1. **La résistance primaire** : concerne l'identification par génotypage d'une souche virale mutante et résistante à certain nombre d'ARV chez un sujet naïf ;
2. **La résistance secondaire** : concerne l'identification d'une souche mutante et résistante aux ARV administrés chez un sujet non naïf.

V.1. FACTEURS DONT DEPENDENT LES MUTATIONS

Les mutations dépendent des facteurs tels que les doses insuffisantes ou irrégulières des ARV, les interactions médicamenteuses qui entraînent la baisse des concentrations efficaces des ARV dans le sang. La puissance des médicaments joue également un rôle, les résistances surviennent plus tardivement avec les IP.

La barrière génétique du virus aux ARV c'est-à-dire le nombre de mutations nécessaires pour qu'un virus développe la résistance entre en ligne de compte. Certains ARV ont une barrière génétique faible tels que la NVP, l'EFV ou le 3TC et d'autres ont une barrière génétique élevée (LPV/r, ATV/r, DRV/r et DTG). D'autres facteurs vont intervenir tels que la vitesse d'acquisition des mutations et l'existence préalable de résistance. Les mécanismes conduisant aux résistances sont fonction de types d'ARV.

V.2. VARIABILITE DU VIH

Le VIH possède une très grande variabilité. Les facteurs déterminant cette variabilité sont :

- Erreur commise par la transcriptase inverse lors de la transcription de l'ARN génomique en ADN viral (taux d'erreur estimé à un nucléotide par génome et par cycle de réplication virale sur les 9.600 nucléotides) ;
- Les recombinaisons entre les génomes viraux ;
- La dynamique de la réplication virale : chaque jour, plusieurs porteurs de mutations sont formés.

V.3. TESTS DE RESISTANCE

a. Tests génotypiques

Ils se font par séquençage de l'ARN et mettent en évidence les mutations associées aux ARV. Les tests analysent les mutations des gènes qui codent les protéines cibles des ARV.

b. Tests phénotypiques

Ils mesurent la sensibilité virale aux ARV par culture. Ils n'ont pas de réel bénéfice clinique.

c. Utilisation des tests de résistance

Dans la primo-infection, en cas d'échecs thérapeutique, chez l'enfant et la femme enceinte, il est recommandé de faire le test de résistance.

V.4. SURVEILLANCE DE LA RESISTANCE

En raison du taux de mutation élevé du virus et du fait que la prise en charge du VIH nécessite un traitement à vie, il est important d'assurer la surveillance de la résistance aux ARV chez les personnes sous traitement.

Pour prévenir l'apparition des résistances évitables aux ARV, le prestataire doit surveiller les indicateurs d'alerte précoce suivants :

1. Pourcentage du retrait de médicament ARV dans les délais (max 2 jours de retard) ;
2. Pourcentage de la rétention à 12 mois des patients sous TAR (> à 85%) ;
3. Pourcentage de la constance de la délivrance des médicaments ARV (0% de rupture) ;
4. Pourcentage de la suppression de la charge virale (<1000 copies/ml) 12 mois après l'initiation de TAR, (cible >90%)
5. Pourcentage des patients disposant d'un résultat d'analyse de la charge virale après 12 mois (cible = 100%) ;
6. Pourcentage des patients avec un échec virologique confirmé après changement au TAR de deuxième ligne dans les 3 mois ;
7. Pourcentage de patients ayant débuté le TAR qui sont perdus de vue 12 mois après la mise sous TAR.

CHAPITRE VI. GESTION DE L'ECHEC DU TRAITEMENT

L'échec thérapeutique traduit la non-efficacité du traitement ARV conduisant à la poursuite de la réplication virale.

VI.1. TYPES

Il y a trois types d'échec de traitement :

a. Clinique

Pour les adultes et les adolescents : survenue des événements cliniques, nouveaux ou récurrents, indiquant une immunodépression sévère (stade 4 de l'OMS ; tuberculose pulmonaire et infections bactériennes sévères) après 6 mois de TARV effectif (exclure le syndrome de restauration immunitaire) ;

Pour les enfants : survenue événements cliniques, nouveaux ou récurrents, indiquant une immunodépression sévère (stades 3 et 4).

b. Immunologique

Pour les adultes et les adolescents : $CD4 \leq 250/mm^3$ faisant suite à un échec thérapeutique ou taux de $CD4 < 100/mm^3$;

Pour les enfants :

- ✓ Si < 5 ans : niveaux persistants de $CD4 < 200/mm^3$
- ✓ Si ≥ 5 ans : niveaux persistants de $CD4 < 100/mm^3$.

c. Virologique

On parle d'échec virologique quand la charge virale reste > 1000 copies/ml, deux fois consécutives, à intervalle de 3 mois, avec appui à l'adhérence, après la charge virale réalisée 6 mois après le début du TARV.

Ci-dessous l'algorithme permettant de faire le suivi de la réponse au traitement à travers le dosage de la charge virale. Des séances de boostage de l'adhérence au traitement seront offertes au PVVIH avant de prendre la décision de changer de ligne thérapeutique.

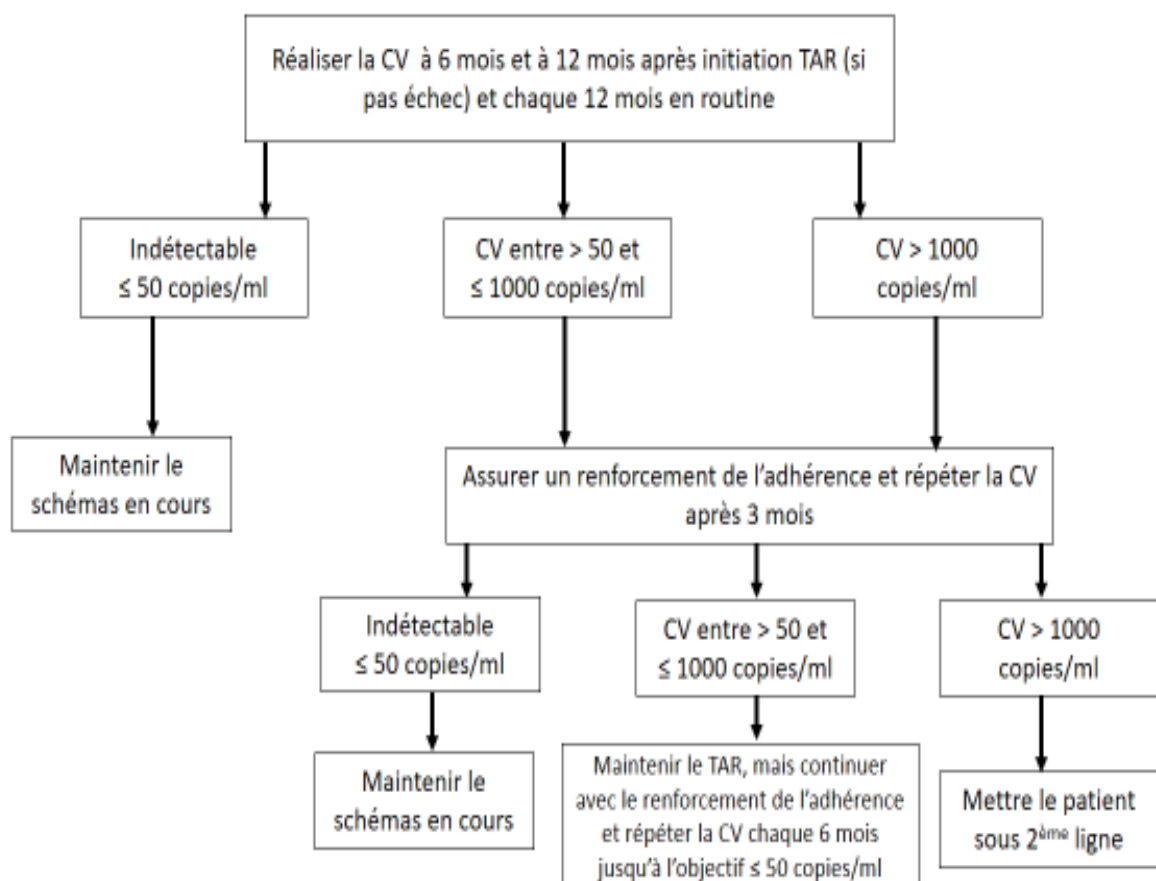


Figure 7 : Algorithme de suivi du traitement à travers le dosage de la charge virale

VI.2. FACTEURS JOUANT UN ROLE DANS L'ECHEC THERAPEUTIQUE

Les causes d'échec thérapeutique sont :

- La non-adhérence et la non-observance au traitement (cause la plus commune) ;
- Prescription ne respectant pas la nature des ARV et les posologies ;
- Les interactions médicamenteuses ;
- Des souches virales sont d'emblée résistantes ou transmises lors la primo-infection.

Le prestataire des soins est chargé de l'évaluation clinique et biologique du patient afin de déterminer l'échec d'un régime thérapeutique.

VI.3. CONDUITE A TENIR EN CAS D'ECHEC DE TRAITEMENT

- Identifier les causes de l'échec thérapeutique après entretien avec le patient ou son entourage en recherchant les interactions médicamenteuses et en retraçant l'histoire thérapeutique. Cela permet de :
 - Obtenir une meilleure adhérence,
 - Modifier les molécules et adapter les posologies,
- Eviter de procéder à des substitutions des ARV d'une même classe pour éviter une résistance croisée ;
- Suivre les directives du programme ;
- Changer tout le traitement ARV en cours.

VI.4. MODALITES D'INTERRUPTION DU TRAITEMENT ARV

Lorsqu'on envisage d'interrompre un traitement ARV, il faut suivre les modalités ci-après :

- Si 2 INTI + 1 IP : Arrêter la prise de tous les médicaments au même moment ;
- Si 2 INTI +1 INNTI : Arrêter l'INNTI 15 jours avant les INTI.

Quelques situations où l'on peut envisager d'interrompre le traitement pendant une courte période :

- En cas d'effets secondaires graves ;
- En cas de mauvaise observance malgré des conseils réitérés afin d'éviter le développement d'une toxicité et d'une pharmino résistance ;
- À la demande du patient ou de sa famille, lorsqu'ils décident d'arrêter le traitement après avoir reçu les conseils pertinents. Cependant, le patient devrait continuer à recevoir des soins et à être soutenu.

SECTION V : PRISE EN CHARGE DU VIH PEDIATRIQUE

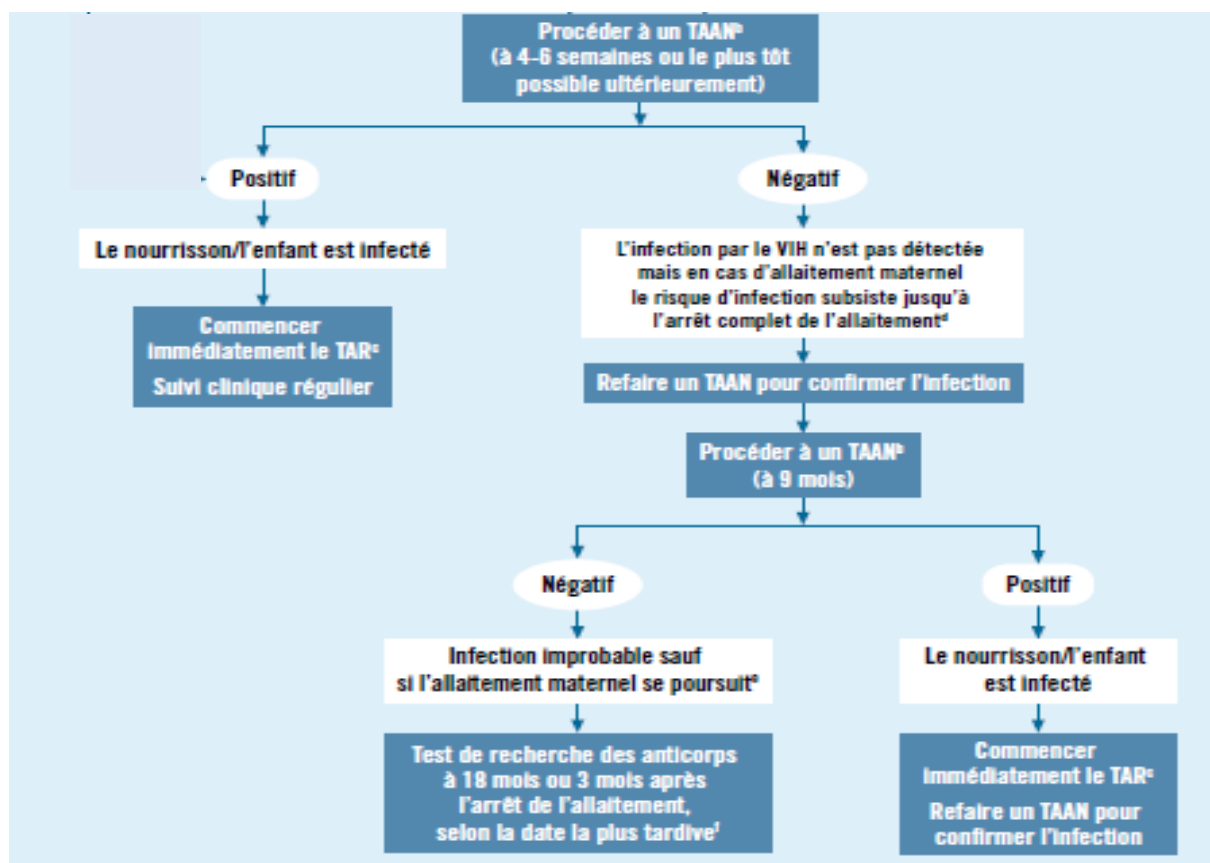
Le VIH pédiatrique reste un défi de santé en RDC et nécessite une attention particulière. En plus de faible niveau d'identification des enfants et des adolescents infectés au VIH, s'ajoutent également les problèmes d'adhérence au traitement, d'annonce du statut sérologique, d'acceptation de la maladie, de nutrition et de santé mentale.

CHAPITRE I. DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DU VIH CHEZ L'ENFANT

I.1. DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'infection à VIH chez l'enfant dépend de l'âge. Il est virologique (nourrisson de moins de 18 mois) ou immunologique (enfant/nourrisson de 18 mois et plus).

Pour les nourrissons exposés âgés de moins de 18 mois, le diagnostic virologique (recherche de virus ou des particules virales par PCR/DNA) est donné selon l'algorithme ci-dessous :



TAAN = PCR-DNA

Figure 8 : Algorithme de diagnostic du VIH chez les enfants de <18 mois

Pour les nourrissons et enfants à partir de 18 mois et plus, le diagnostic immunologique se fait par la recherche des anticorps anti VIH comme chez les adultes.

CHAPITRE II : THERAPIE ANTIRETROVIRALE CHEZ L'ENFANT

Le TAR chez les enfants est fait des combinaisons ci-dessous :

- Deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse et un inhibiteur de la protéase ;
- Deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse et un inhibiteur de l'intégrase.

La prescription des ARV pédiatrique tiendra compte du poids mesuré ou celui correspondant à l'âge de l'enfant.

Les régimes thérapeutiques changent selon leur croissance et la réponse au traitement.

II.1. TRAITEMENT ARV POUR LES ENFANTS

Tableau XXII. Traitement ARV pour les enfants

Enfants		TAR		
Tranche de poids	Tranche d'âge		Schémas première ligne	Deuxième ligne
< 20 Kg	1à < 6 ans	Première intention	ABC/3TC+DTG	AZT/3TC+ATV/r
		Alternatif	ABC/3TC+LPV/r	AZT/3TC+DTG
De 20 à 30kg	De 6 à 10 ans	Première intention	ABC/3TC+DTG	AZT/3TC+ATV/r
		Alternatif	ABC/3TC + LPV/r	AZT/3TC+DTG
> 30kg	> 10 ans	Première intention	TDF/3TC/DTG	AZT/3TC+ATV/r
		Alternatif	TDF/3TC/EFV	AZT/3TC+DTG

Tableau XXIII. Dosage optimal des ARV pédiatriques pour le schéma de 1^{ère} ligne

Age	Poids (Kg)	ABC/3TC 120/60 mg	DTG 10 mg	DTG 50 mg	TDF/3TC/DTG 300/300/50 mg
		Dose Journal	Dose Journal	Dose Journal	Dose Journal
< 3 ans	3-5.9 kg	1	0,5		
≥ 3 < 10 ans	6 - 9.9kg	1,5	1,5		
	10- 13.9kg	2	2		
	14 - 19.9kg	2,5	2,5		
Adolescent	20 - 24.9kg	3	3	1	

	25 - 29.9kg	1Cè adlt (600/300mg)		1					
Ado et adlt	≥30 Kg				1				
Schéma alternatif									
Age	Poids (Kg)	AZT/3TC 60/30 mg		LPV/r 40/10 mg		AZT/3TC 300/150 mg		LPV/r 100/25 mg	
		Matin	Soir	Matin	Soir	Matin	Soir	Matin	Soir
< 3 ans	3-5.9 kg	1	1	2	2				
≥ 3 < 10 ans	6 - 9.9kg	2	1	3	3				
	10- 13.9kg	2	2	4	4			2	1
	14 - 19.9kg	3	2					2	2
Adolescent	20 - 24.9kg	3	3					3	2
	25 - 29.9kg					1	1	3	3
Ado et adulte	30 Kg et plus								

Note :

Il est recommandé d'administrer une deuxième dose de DTG 12 heures après la première en cas de co-infection VIH/TB étant donné que la Rifampicine diminue la demi-vie du DTG.

II.2. SUIVI CLINIQUE

Le suivi de l'enfant est spécifique et tient compte de plusieurs éléments :

- Sa dépendance vis-à-vis des parents ou du tuteur pour le soutien à sa prise en charge ;
- Son stade de développement évalué régulièrement ;
- Sa croissance et son état nutritionnel évalués à chaque visite.

Le processus d'annonce de statut sérologique est nécessaire pour la connaissance de son statut et pour le renforcement de l'adhérence.

II.3. LE SUIVI CLINIQUE DE BASE

Au cours de deux premières années le suivi clinique se fait selon le calendrier ci-après :

Tableau XXIV. Chronogramme des Rendez-vous

Age	J0	J14	1M	2M	3M	6M	9M	12M	15M	18M	21M	24M
< 5ans	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
≥ 5ans	X	X	X	X	X	X		X		X		X

J = jour ; M = Mois

II.4. PROPHYLAXIE AU COTRIMOXAZOLE

Pour minimiser l'incidence des infections opportunistes, les enfants infectés ou exposés au VIH doivent être mis sous Cotrimoxazole (CTX) dès la 6^e semaine. Ci-dessous le tableau décrivant la posologie en fonction des tranches d'âges, de poids et des formes galéniques.

Tableau XXV. Posologie de Cotrimoxazole par tranche d'âge

Age	Poids	CTX (quantité/jour en une prise)		
		Suspension à 200/40 mg par 5 ml	Comprimé de 200mg/40 mg	Comprimé de 400 mg/80 mg
0 – 6 mois	< 5kg	2,5 ml	-	-
6 mois – 5 ans	5 – 15 kg	5 ml	1	-
6 ans – 14 ans	15 - < 30 kg	-	2	1
>14 ans	> 30 kg	-	4	2

La prophylaxie au CTX chez les enfants exposés doit s'arrêter dès l'exclusion de l'infection à VIH.

II.4. ECHEC THERAPEUTIQUE CHEZ L'ENFANT

a. Identification de l'échec thérapeutique chez les enfants sous TARV

L'échec thérapeutique dans le parcours de prise des ARV commence par l'échec virologique, suivi de l'échec immunologique et enfin l'échec clinique. En RDC, il est particulièrement identifié par la surveillance virologique et clinique. Dans une certaine mesure, il est possible de recourir aux méthodes immunologiques (réaliser 12 mois après).

- Critères d'un échec thérapeutique Virologique : tout patient devra réaliser une charge virale après 6 mois d'initiation au TARV. Si celle-ci est >1000 copies/ml, il devra bénéficier du soutien à l'observance et d'un renforcement de l'adhérence au TARV pendant 3 mois. L'échec virologique sera diagnostiqué si la charge virale reste supérieure à 1000 copies/ml sur deux mesures consécutives séparées de 3 mois de soutien à l'observance et à l'adhérence ;
- Critères d'un échec thérapeutique clinique : survenue d'un évènement clinique de stade OMS 4 (sauf IRIS et exceptions)

NB : Exclure une IO concomitante pouvant entraîner une baisse transitoire de CD4 et l'augmentation de la CV.

b. La gestion de l'échec thérapeutique

Le changement de ligne thérapeutique après échec thérapeutique ne doit pas être fait dans la précipitation, mais devra tenir compte des observations ci-après :

- Charge virale élevée due à la mauvaise observance ;
- Charge virale élevée liée à la pharmaco-résistance ;
- Charge virale élevée à la suite des IO/AO.

L'algorithme ci-après décrit la gestion optimale d'une situation de l'échec thérapeutique.

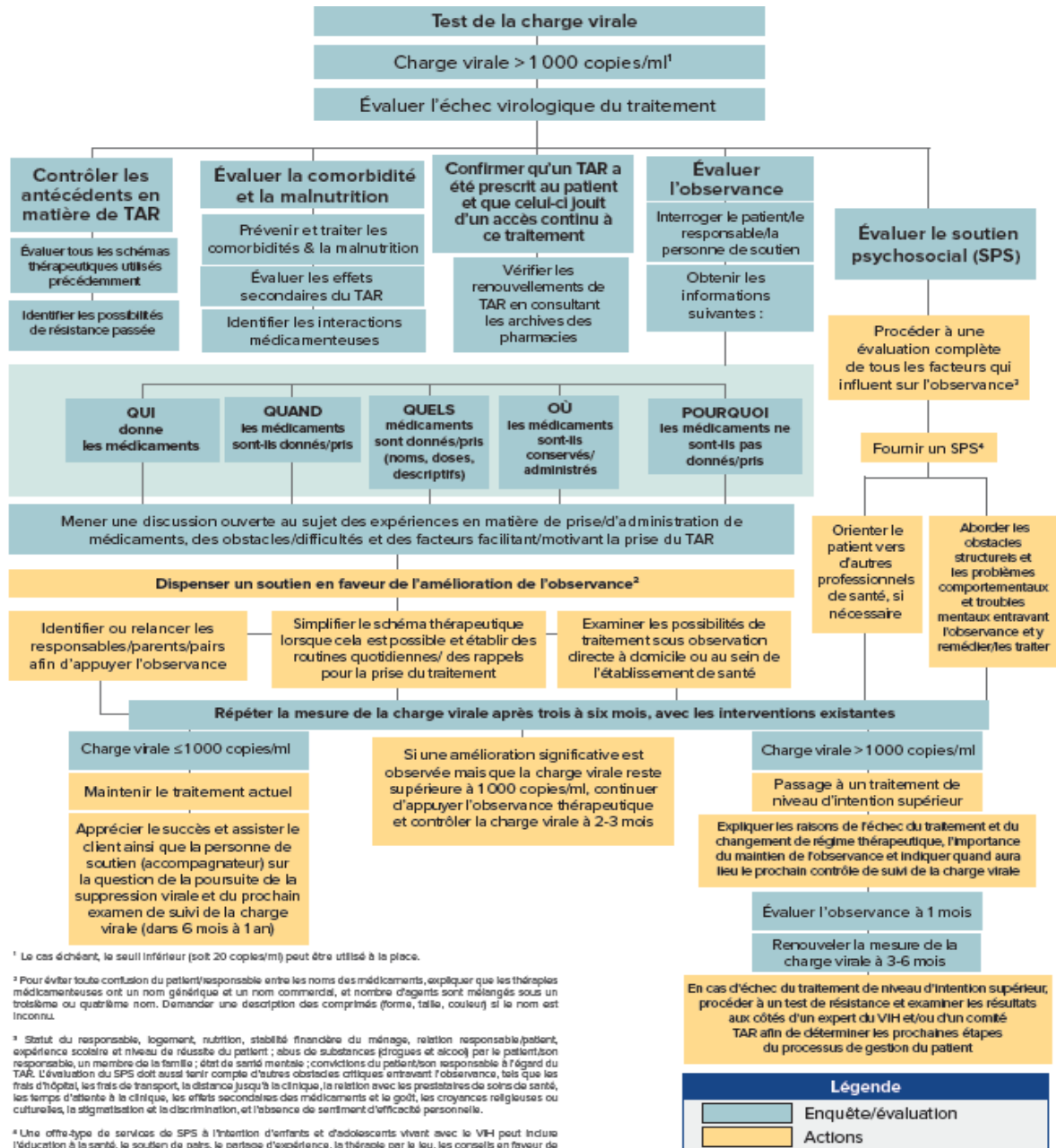


Figure 9 : Algorithme de gestion de l'échec thérapeutique

II.5. L'ANNONCE DU STATUT SEROLOGIQUE VIH A L'ENFANT/L'ADOLESCENT

L'annonce du statut sérologique VIH à l'enfant/adolescent est un processus graduel qui passe par plusieurs étapes complémentaires, allant de la simple information à une information complexe, des généralités aux spécificités et d'une révélation partielle à une révélation complète du statut sérologique VIH à l'enfant/adolescent.

Ce processus complexe et à long terme dont la durée exacte dépendra d'un enfant/adolescent à un autre sera fonction de son degré d'assimilation et de son développement cognitif.

La qualité et le résultat du processus d'annonce dépendront des questions ci-après : pourquoi ? qui ? quand et comment faire l'annonce du statut sérologique à l'enfant/adolescent ?

a. POURQUOI ANNONCER LE STATUT VIH A L'ENFANT/L'ADOLESCENT

1) *Pour l'enfant/adolescent, la connaissance de son statut VIH permet à ce qu'il :*

- Dissipe les doutes sur la suspicion d'un secret autour de lui ;
- S'exprime librement en traduisant ses émotions, craintes, etc. ;
- Arrive à déconstruire les représentations négatives de la société ;
- Participe et s'implique à son traitement (adhère librement) ;
- Devienne autonome et responsable ;
- Manifeste moins les symptômes dépressifs ;
- Se sente capable de partager la confidentialité sur son statut ;
- Prenne des dispositions pour assurer la prévention positive.

2) *Pour les parent/tuteur, l'annonce à l'enfant/adolescent permet à ce qu'il :*

- Se libère de ce lourd fardeau de garder le secret et d'aborder le sujet en toute quiétude avec l'enfant/adolescent ;
- Assure ouvertement le suivi à domicile ;
- Renforce le processus d'annonce ;
- Donne des conseils et des informations appropriées à l'enfant/adolescent.
- Etc....

3) *Pour le prestataire des soins, l'annonce à l'enfant/adolescent permet à ce qu'il :*

- Aborde avec l'enfant/adolescent le sujet du VIH en toute quiétude ;
- Discute avec l'enfant/adolescent sur le comportement à risque et la prévention positive ;
- Aborde les problèmes spécifiques liés à l'adolescence ou à la jeunesse sans tabous ;
- Discute sur les ambitions futures et le devenir de l'enfant/adolescent ;
- Prépare la transition de l'adolescence vers l'âge adulte ;
- Etc.

En somme, le but de l'annonce du statut VIH à l'enfant/ados (entre autres) est de créer une atmosphère de confiance entre l'enfant, son parent/tuteur et l'équipe des soins et soutien. Ceci permet à l'enfant/adolescent de participer/s'impliquer à son traitement et faire face à sa situation.

b. QUI DOIT FAIRE L'ANNONCE DU STATUT VIH A L'ENFANT/ADOLESCENT ?

- **Parent/tuteur (préalablement briefé)**, car c'est la personne à qui l'enfant a entièrement confiance. Ceci n'est pas toujours le cas *sans une bonne relation parent-enfant* ;
- **Le Prestataire des soins** serait la personne indiquée, car il suit une procédure préétablie et sait adapter l'approche en fonction du degré de développement de l'enfant ;
- **Pair éducateur**, vient en appui au prestataire ou aux parents tuteurs. Les évidences ont montré qu'une annonce faite par les pairs offrait un meilleur résultat du point de vue émotionnel.

PRESTATAIRE : Coordonne le processus d'annonce dans la FOSA

PAIR ÉDUCATEUR : avec l'appui du prestataire peut annoncer ou aider le parent dans l'annonce

PARENTS/TUTEURS : connaissent bien leurs enfants, avec l'aide du prestataire ou du pair peuvent annoncer

L'ENFANTS/ADOLESCENTS VIH+ sont au centre du processus d'annonce

Figure 10 : Personnes ayant la responsabilité dans le circuit d'annonce du statut sérologique chez l'enfant

De manière générale, l'annonce est individualisée et doit être faite par quelqu'un en qui l'enfant/adolescent a du respect et a entièrement confiance.

c. Quand doit-on faire l'annonce du statut VIH à l'enfant/adolescent ?

- Lorsque l'enfant sera dépisté et confirmé VIH positif ;
- Avant qu'il ne commence à se poser des questions sur sa santé, ses visites à l'hôpital ou se comparer aux autres enfants de son âge ;
- Avant qu'il ne commence à afficher une attitude agressive (cela signifie qu'il soupçonne qu'on lui cache certaines vérités) ;
- Avant qu'il n'y ait baisse du degré d'adhérence aux médicaments et/ou refuse de venir à l'hôpital ;
- Avant qu'il ne découvre son statut de lui-même.

Systématiquement, le processus peut démarrer vers l'âge de 6 ans pour terminer (**annonce complète**) autour de 12 ans et plus. Tout dépend du niveau de développement psychologique de l'enfant/adolescent. L'annonce du statut VIH à l'enfant/adolescent faite tardivement (âge avancé) est à déconseiller à cause des risques éventuels, à moins que l'adolescent soit dépisté tardivement.

d. COMMENT DOIT-ON FAIRE L'ANNONCE DU STATUT VIH A L'ENFANT/ADOLESCENT ?

L'annonce du statut VIH à l'enfant/adolescent se fait graduellement, selon un processus bien établi (*cf. Guide d'annonce du statut sérologique à l'enfant et l'adolescent en RDC, PNLIS 2017*). Les évaluations à travers des entretiens avec l'enfant (individuel ou en groupe) et/ou ses parents/tuteurs précéderont les phases et étapes du processus d'annonce du statut VIH et aideront à fixer le moment de l'annonce. *Les séances d'entretiens avec l'enfant/adolescent, organisées à cet effet, permettront d'évaluer sa connaissance, sa compréhension actuelle du VIH/Sida et sa capacité à rejeter les fausses informations.*

Donc, pour faire l'annonce du statut VIH à l'enfant/adolescent on tiendra compte de(s) ou du :

- Niveau de développement cognitif de l'enfant ;
- L'engagement ou la volonté des parents ;
- Préoccupations de l'enfant, de la famille et des règles éthiques ;
- Outils adaptés à l'enfant (au cas par cas) ;
- L'âge et du niveau de compréhension de l'enfant ;
- L'avantage qui découlera de cette divulgation (succès de l'accès aux soins) ;
- Du niveau de maturité de l'enfant.

Des supports éducationnels adaptés à l'âge et au niveau de compréhension de l'enfant sont disponible pour ce faire.

SECTION VI. GESTION DE CO-INFECTIONS ET CO-MORBIDITES

L'infection à VIH peut être associée à une ou plusieurs autres affections qui peuvent être d'origine infectieuse (co-infection) ou non (comorbidité).

Ces affections influencent négativement l'évolution de la maladie à VIH mais sont pour la plupart curables. Ainsi, leur prise en charge précoce permet de prolonger et d'améliorer la qualité de vie des PVVIH.

CHAPITRE I. PREVENTION DES INFECTIONS OPPORTUNISTES ET AUTRES AFFECTIONS

Le plus souvent l'infection à VIH conduit à l'affaiblissement du système immunitaire de l'hôte responsable du développement des IO.

A. PROPHYLAXIE AU COTRIMOXAZOLE

La prise quotidienne du CTX chez les PVVIH réduit le risque de développer certaines infections et conséquemment les fréquences d'hospitalisation. Parmi ces Infections, on peut citer :

- Les pneumonies bactériennes, parasitaires et mycosiques (pneumocystose) ;
- Les diarrhées dues à *Isospora belli* ;
- La toxoplasmose cérébrale et les sepsis fréquemment associées au VIH ;
- Le Paludisme.

1. Indication de la prophylaxie au Cotrimoxazole

- Toute personne testée VIH+ sauf contre-indication ;
- Tout nourrisson exposé au VIH jusqu'à l'exclusion de l'infection à VIH.

Note :

- Une femme enceinte VIH+ sous cotrimoxazole ne doit pas recevoir la Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP) comme traitement préventif et intermittent contre le paludisme ;
- La RDC étant un pays endémique au paludisme, le cotrimoxazole est donné à vie chez les PVVIH sauf contre-indication.

2. Posologie du Cotrimoxazole

- **Chez les adultes et adolescents de plus de 14 ans** : 2 cés de 400/80 mg ou 1 cé de 800/160mg/jr en une prise le matin (en vue d'accéder à un service de soins en cas d'effets indésirables) ;
- **Chez les enfants et adolescents de moins de 14 ans**, les posologies sont reprises dans la section PEC pédiatrique.

3. Effets indésirables au Cotrimoxazole

La prise du CTX peut s'accompagner de quelques effets indésirables qui peuvent être mineurs (prurit, rash cutané) ou majeurs (**Syndrome de Lyell et de Stevens Johnson**).

Le tableau ci-dessous reprend les orientations pour la conduite à tenir en cas d'effets indésirables du Cotrimoxazole en fonction de grades.

Tableau XXVI. Conduite à tenir en cas d'effets indésirables du Cotrimoxazole en fonction de grades

Grade	Manifestations cliniques	Conduite à tenir
Grade I (léger)	Erythème ou prurit localisé	<ul style="list-style-type: none"> – Continuer le cotrimoxazole – Traitement symptomatique : antihistaminique et/ou antiémétique – Surveiller le patient régulièrement. <p>NB : Si aggravation ou anxiété : arrêter le CTX et envisager la désensibilisation dans une structure ayant un plateau technique approprié</p>
Grade II (modéré)	Eruptions diffuses maculopapuleuses ou desquamation sèche	Idem grade I
Grade III (sévère)	Eruptions diffuses maculo-papuleuses avec vésiculation ou nombre limité de bulles : 1 site d'ulcération muqueuse	<ul style="list-style-type: none"> – Arrêter le cotrimoxazole jusqu'à disparition des effets indésirables – Antihistaminique – Puis envisager la désensibilisation dans une structure ayant un plateau technique approprié
Grade IV (grave)	Lésions extensives ou généralisées type « bulleuses » syndrome de Stevens Johnson, ulcérations des muqueuses de 2 ou plus de sites, nécrose toxique épidermique	Arrêter immédiatement et définitivement le cotrimoxazole.

4. Modalité de la désensibilisation au Cotrimoxazole

La désensibilisation est le passage d'un état d'hypersensibilité à un état de tolérance par l'introduction prudente de quantités croissantes d'antigène/médicament à intervalles de temps réguliers. Le tableau ci-dessous montre le schéma de désensibilisation au CTX.

Tableau XXVII. Schéma de la désensibilisation au Cotrimoxazole

Etape	Temps	Dose	Forme à utiliser
Etape 1	1 ^{er} jour	80 mg sulfamethoxazole + 16 mg trimethoprime	2 ml suspension orale
Etape 2	2 ^e jour	160 mg sulfamethoxazole + 32 mg trimethoprime	4 ml suspension orale
Etape 3	3 ^e jour	240 mg sulfamethoxazole + 48 mg trimethoprime	6 ml suspension orale
Etape 4	4 ^e jour	320 mg sulfamethoxazole + 64 mg trimethoprime	8 ml suspension orale
Etape 5	5 ^e jour	400 mg sulfamethoxazole + 80 mg trimethoprime	1 comprimé de 480 mg
Etape 6 et suivantes	6 ^e jour	800 mg sulfamethoxazole + 160 mg trimethoprime	1 comprimé de 960 mg ou 2 comprimés de 480 mg

B. VACCINATION

De manière générale toutes les PVVIH, y compris les enfants exposés et infectés, doivent être vaccinés en accord avec le calendrier vaccinal du Programme élargi de vaccination (PEV). Eviter les vaccins vivants atténués (VPO, BCG...) chez les enfants symptomatiques du Sida. Pour la fièvre jaune, il est déconseillé de vacciner les patients en immunodépression profonde ($CD4 < 200$ cellules/mm³ pour les adultes et $< 25\%$ pour les enfants de < 5 ans et les IO)

CHAPITRE II. GESTION DE LA CO-INFECTION VIH/TUBERCULOSE

La tuberculose et l'infection à VIH sont deux pathologies qui s'influencent mutuellement.

Plus de 11 % de patients tuberculeux sont infectés de VIH et plus de 9 % des personnes vivant avec le VIH font la tuberculose en RDC (Rapport annuel PNLT-PNLS 2019).

Le patient co-infecté VIH/TB doit être pris en charge selon ses besoins quel que soit la porte d'entrée par laquelle il a été diagnostiqué.

Cette prise en charge se fait selon deux modèles d'organisation de ces services : (i) le **modèle intégrateur** où les soins VIH et TB sont offerts dans un même point de

prestation des soins (une même équipe), (ii) Le modèle collaboratif où le patient est soigné par deux services d'une même structure sanitaire qui partagent les mêmes informations. Cette stratégie s'appelle **One Stop Shop** ou le **GUICHET UNIQUE**.

1. Diagnostic de la Tuberculose active ou maladie évolutive

Les symptômes de la tuberculose pouvant être typique ou atypique, le prestataire doit rechercher activement la tuberculose à chaque contact avec une PVVIH, cette recherche sera fondée sur la clinique et la paraclinique.

➤ Diagnostic clinique

Les signes cliniques évocateurs d'une TB active sont :

- Toux, fièvre (température), transpirations nocturnes ;
- Amaigrissement, anorexie, asthénie ;
- Dyspnée, douleurs thoraciques, hémoptysies.

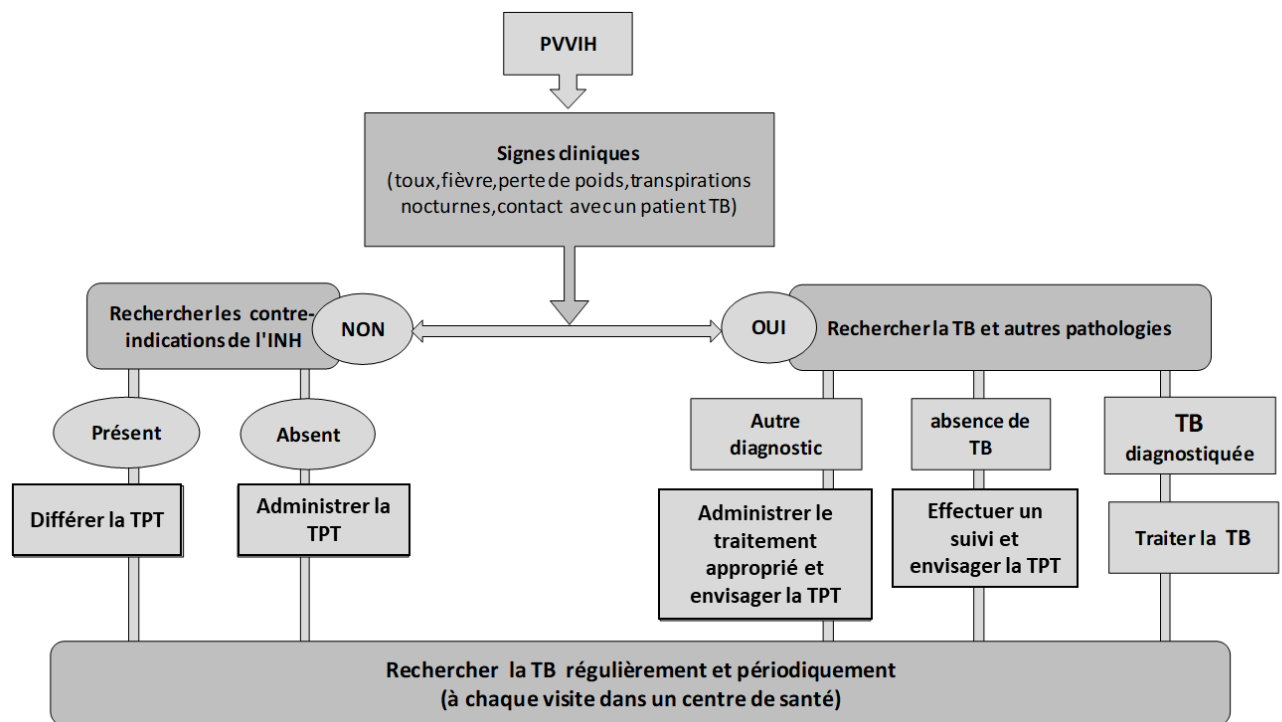


Figure 11 : Algorithme de dépistage de la tuberculose chez les enfants, adultes et les adolescents vivant avec le VIH

➤ Diagnostic paraclinique

Le diagnostic paraclinique est fondé sur le GeneXpert en première intention. Cependant, si celui-ci n'est pas disponible, d'autres examens paracliniques peuvent être utilisés, parmi lesquels :

- Microscopie ;
- TB-Lam chez les PVVIH qui ont un CD4 <200 cellules/mm³ ou en cas de l'infection à VIH au stade avancé ;
- Imagerie (Radiologie).

La positivité de l'un des examens paracliniques susmentionné, le patient doit commencer immédiatement son traitement antituberculeux.

Le traitement ARV doit être instauré dans les 2 semaines de l'initiation des antituberculeux chez les patients dont le diagnostic VIH et TB s'est fait au même moment. Ce décalage doit être raccourci à moins de 10 jours chez les patients instables ayant à la fois la tuberculose et l'infection à VIH avancée. Chez les patients déjà sous TAR, initier le traitement aux antituberculeux en assurant le continuum des soins (ARV).

2. Traitement préventif de la tuberculose

Le traitement préventif de la tuberculose (TPT) est une intervention qui prévient l'évolution d'une tuberculose latente vers une tuberculose active chez les PVVIH. Ce traitement s'inscrit dans l'ensemble des soins prévus pour les PVVIH.

En l'absence de la TB active, le traitement préventif de la TB (TPT) actuellement recommandé est **une bithérapie qui se donne pendant 3 mois** :

- ✓ **En 1^{ère} intention Rifanpetine et Isoniazide (3HP) : 12 doses par cure** (une dose par semaine)
- ✓ **En 2^{ème} intention Rifampicine et Isoniazide (3RH) : 90 doses par cure** (une dose par jour)
- ✓ **Cibles :**
 - Tous les enfants contacts de moins de 5 ans ;
 - Tous les enfants et adolescents VIH connu et dont le schéma TAR ne contient pas le LPV/r ou la Névirapine (NVP).

Tableau XXVIII. Posologie du traitement préventif contre la TB

Molécule	10 à 14 Kg	14,1 Kg à 25 Kg	25,1 à 32 Kg	32,1 à 49,9 Kg	≥ 50 Kg
P	300 mg	450 mg	600 mg	750 mg	900 mg
R	10mg/kg				
INH	5mg/kg sans dépasser 900mg				

P = Rifapentine ; R = Rifampicine ; INH = Isoniazide.

Note :

- Cette chimio prophylaxie se prend à jeun et doit être couplée à la Pyridoxine (Vit. B6) ;
- En cas d'utilisation de DTG, toujours **ajouter une dose de DTG le soir** (selon l'âge et le poids du patient) du fait que la rifampicine diminue sa demi-vie

- **Les PVVIH sous LPV/r et NVP** doivent bénéficier de INH en monothérapie pour le TPT.

Ainsi, si le PVVIH est sous un schéma TAR qui contient le Lopinavir boosté au Ritonavir (LPV/r) ou la Névirapine (NVP), celui-ci doit bénéficier de **la Monothérapie à base d'INH**:

Posologie :

- **10 mg/Kg/jour** pendant 6 mois à l'enfant < 25 kg
- **300mg/jour** pendant 9 mois à l'adolescent et l'adulte.

Il est recommandé d'assurer le suivi chez les PVVIH ayant bénéficié d'une prophylaxie contre la TB en leurs donnant un RDV mensuel pour :

- Chercher les signes de la TB maladie ;
- Rechercher les effets indésirables ;
- Evaluer l'adhérence au traitement.

Avant la mise de toute PVVIH sous le traitement préventif de la TB, on procédera par la recherche active de la Tuberculose à travers l'algorithme ci-dessous :

Particularités du TPT chez l'enfant

- Tout enfant PVVIH sans signes suggestifs d'une TB active et sans contact avec un tuberculeux a peu de risque de développer une tuberculose évolutive et doit donc recevoir un TPT ;
- Tout enfant PVVIH avec signes suggestifs d'une TB active ou ayant été en contact avec un tuberculeux doit au préalable faire l'objet d'un dépistage et débuté le TPT si TB négatif.

Contre-Indications du TPT

Le TPT est contre-indiqué dans les cas suivants :

- Tout enfant, adolescent ou adulte présentant les signes suggestifs de la TB active ;
- Tout cas de TB-MR ;
- Tout patient souffrant d'affections chroniques (l'hépatite active ou risque accru d'une hépatite).

Note :

Le BCG ne doit pas être administré pendant que le nouveau-né/nourrisson est sous TPT, car l'INH inhibe la multiplication des organismes contenus dans le vaccin. Une surveillance étroite du nouveau-né exposé est recommandée, surtout pendant la première année.

3. Infection tuberculeuse latente

L'infection tuberculeuse latente (ITL) est un état caractérisé par une réponse immunitaire persistante aux antigènes de *Mycobacterium tuberculosis* acquis antérieurement, sans signes cliniques manifestes d'une tuberculose active.

Modalité d'administration de TAR chez le co-infecté VIH/TB

Tout patient co-infecté VIH/TB doit commencer le TARV dans au moins 2 semaines après le début du traitement antituberculeux. Un comprimé complémentaire de DTG 50 mg doit être donné 12 heures après chaque prise du TLD du fait que la rifampicine diminue sa demi-vie. Ce comprimé complémentaire doit être arrêté dès que le traitement antituberculeux se termine.

Note :

Pour le traitement de la tuberculose, les prestataires doivent se référer aux recommandations du PNLT PATI V.

4. Prévention et contrôle de l'infection

Les structures de santé doivent être sécurisantes aussi bien pour les patients que pour les prestataires de soins. Elles devront appliquer scrupuleusement les directives relatives à la prévention et contrôle de l'infection tuberculeuse (guide contrôle de l'infection, PNLT). Cela sous-entend :

- Prévenir la contamination du personnel et des autres patients de la tuberculose ;
- Réduire la transmission de la tuberculose par un diagnostic précoce et appliquer un traitement adéquat aux patients et aux personnels de santé exposés ;
- Appliquer les mesures de contrôle de l'infection tuberculeuse à chaque instant dans tous les services de soins pour les personnes vivant avec le VIH car les PVVIH ont un risque accru d'être contaminé de la tuberculose dans le milieu des soins ne respectant pas le principe de ventilation et de changement d'air (minimum 12 volumes/heure) ;
- Offrir le dépistage de la TB et le counseling du VIH aux prestataires ayant des symptômes de la TB.

Mesures gestionnaires

Les activités gestionnaires au niveau de l'établissement comportent :

- La désignation par le gestionnaire de l'établissement d'un point focal et d'un Comité de contrôle de l'infection pour la structure des soins dont la composition variera en fonction de la structure sanitaire concernée ;
- La coordination des activités liées au contrôle de l'infection tuberculeuse par le gestionnaire de l'établissement ;

L'élaboration par le Comité d'un plan de mise en œuvre de la lutte contre l'infection tuberculeuse avec un budget ; les autres activités gestionnaires portent sur :

- L'évaluation de l'application des mesures de contrôle de l'infection tuberculeuse dans l'établissement ;
- Le Plaidoyer Communication Mobilisation Sociale (PCMS) pour les patients, le personnel et les visiteurs ;
- La surveillance de la tuberculose-maladie auprès du personnel de santé dans l'établissement.

Mesures administratives

Les mesures administratives du contrôle de l'infection sont :

- Séparer les heures de réception des tuberculeux et des PVVIH ;
- Séparer les présumés TB des cas TB confirmés. Et séparer les patients tuberculeux des autres patients infectieux dans la salle d'hospitalisation ;
- Mettre en place un système pour identifier les présumés TB et minimiser le délai de diagnostic en utilisant les techniques de diagnostic rapide comme le Gene Expert MTB/RIF ;
- Réduire le temps que le patient doit passer dans les structures de soin (promotion des approches communautaires) ;
- Surveiller la survenue de la tuberculose chez le personnel soignant ;
- Éduquer le patient et la communauté pour améliorer leur connaissance sur la tuberculose.

Mesures environnementales

Ces mesures constituent le deuxième moyen de prévention. Elles ne peuvent être efficaces que si les mesures administratives sont efficaces car les mesures environnementales ne peuvent éliminer le risque. Il s'agit de la ventilation, la filtration de l'air et l'usage des rayons ultraviolets.

Dans les structures de santé, la ventilation est essentielle pour la prévention de la transmission par voie aérienne des infections nosocomiales. Les ventilations artificielles par le ventilateur sont aussi conseillées. Les plafonniers seront utilisés si l'air peut être évacué à travers les fenêtres.

Mesures de protection individuelle

- On les utilise dans le service à haut risque. Le port de masque N95 est l'une des meilleures protections pour le prestataire ;
- Lors de l'éducation sanitaire le prestataire des soins préconisera l'hygiène de la toux auprès de tous ces patients en se couvrant la bouche et le nez lors des efforts de toux et d'éternuement avec un mouchoir ou l'avant-bras ;
- La mère porteuse d'une tuberculose confirmée bactériologiquement devra porter un masque lors de l'allaitement de son enfant.

CHAPITRE III. CO-INFECTION VIH/CRYPTOCOCCOSE

La Cryptococcose est une infection fongique grave qui survient chez les patients immunodéprimés ayant un taux de CD4 < à 200 cellules/mm³, en particulier chez ceux qui ne sont pas sous TARV ou qui sont en échec thérapeutique. Elle est causée par le *Cryptococcus neoformans*, principalement transmis par voie aérienne.

L'atteinte pulmonaire passe habituellement inaperçue. Le tableau clinique habituel est celui d'une méningite (céphalées, manque de concentration, vertiges, lourdeur de la tête, troubles neuropsychiatriques : démarche titubante, crises démentielles, irritabilité, confusion, dépression et vision floue, coma). Les paralysies sont peu fréquentes. On peut rencontrer d'autres localisations (cutanée, hépatique, osseuse, prostatique etc).

1. Diagnostic

Le diagnostic de certitude repose sur l'isolement de l'agent causal dans le liquide céphalorachidien après ponction lombaire (pression souvent normale, éléments peu nombreux (20 à 600/mm³), glycorachie basse, protéinorachie élevée, mise en évidence de cryptocoque par la coloration à l'encre de chine, la culture de Sabouraud). L'Ag soluble peut être mis en évidence dans le LCR et le sang.

Lorsque le diagnostic est positif, un traitement à base d'antifongique (Amphotéricine B associé au flucytosine ou Fluconazole) sera initié. Le traitement est subdivisé en traitement d'attaque (induction et consolidation) et le traitement d'entretien. La durée du traitement d'induction est de 14 jours :

Pour le traitement de consolidation, la durée est de 8 semaines. Le traitement d'entretien doit être arrêté après la restauration immunitaire sous ARV (CD4 > à 200/mm³) après deux contrôles à 6 mois d'intervalle.

2. Traitement de la cryptococcose

Tableau XXIXI. Traitement de la cryptococcose méningée

A. TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE Prophylaxie primaire Si le CD4 < 200/mm ³ ou IO du stade III ou IV, et CrAg négatif ou non disponible : Fluconazole 200 mg/j PO pendant 1 an et arrêter si CD4 > 200/mm ³
B. TRAITEMENT CURATIF 1) Traitement empirique de la cryptococcose non méningée CrAg sérique positif, pas d'atteinte neuroméningée (asymptomatique, LCR : Négatif) Fluconazole 800 mg/J PO 2 semaines puis 400 mg/J PO Fluconazole 8 semaines et passer 200 mg/J au moins 1 année ou si CD4 > 200/mm ³ . Démarrer le TARV après deux semaines de traitement au Fluconazole
2) Traitement de la cryptococcose neuroméningée

Phase d'induction	1ère option : Amphotéricine B : 1 mg/kg/j + flucytosine 100 mg/kg/j en 4 prises IV 7 jours suivi de fluconazole 1200 mg/J ou 12 mg/kg PO 7 jours
	2ème option : Flucytosine 100 mg/kg/j en 4 prises IV + fluconazole 1200 mg/J ou 12 mg/kg PO 14 jours
	3ème option : Amphotéricine B : 1 mg/kg/j IV + Fluconazole 1200 mg/J ou 12 mg/kg PO 14 jours
Phase de consolidation	Fluconazole 800 mg/j ou 6- 12 mg/kg PO 8 semaines
Phase d'entretien	Fluconazole : 200 mg/j ou 6 mg/kg PO ≥ 12 mois + charge virale indétectable + CD4 > 200/mm ³ au moins 2 fois à 6 mois d'intervalles

Note :

- Au vu des effets indésirables de l'Amphotéricine B : risque de toxicité rénale, hématologie, hydro-électrolytique (hypokaliémie) :
 - Respecter les préalables et les modalités d'administration de l'amphotéricine B conventionnel (Diluer l'amphotéricine B dans 10 ml de glucosé 5 % ; les doses à administrer seront progressives, la dose journalière est diluée dans 500 cc de glucosé 5 % et à faire en 4 – 5 heures ; les flacons entamés ne peuvent être conservés au-delà de 48 heures, la surveillance doit se faire par un personnel formé) ;
 - Le patient doit être pris en charge dans une formation sanitaire ayant un paquet complémentaire d'activité ;
- La TAR devrait être instauré 2 semaines après le début du traitement de la Crypto sérique ; En cas de CNM, la TARV sera instaurée 4 à 6 semaines plus tard ;
- En cas d'insuffisance rénale : voir le tableau ci-dessous pour réajustement de la dose de la flucytosine :

Tableau XXX. Dose de Flucytosine en cas d'insuffisance rénale

Clairance de la créatinine en ml/mn			
>40	20-40	10-20	<10
25mg/kg par voie orale toute les 6 heures	25mg/kg toute les 12 heures	25mg/kg par 24 heures	12,5 mg/kg au-delà de 24 heures

CHAPITRE IV. TOXOPLASMOSE CEREBRALE

La toxoplasmose cérébrale est une IO fréquente (5-20%) chez les PVVIH et s'associe d'une mortalité élevée (10-15 %). Le germe causal est un parasite «*Toxoplasma gondii* ». La clinique est dominée par des signes neurologiques focalisés : hémiparésie, paralysie faciale, convulsions – auxquels s'associent des céphalées et une fièvre, souvent modérée, voire absente. Le scanner cérébral montre une ou des images d'abcès en cocarde. L'accès au scanner étant limité, le diagnostic est souvent probabiliste devant l'association des signes neurologiques focaux (déficit musculaire, fièvre et évolution favorable sous un traitement curatif).

Le traitement de première intention : Sulfadiazine (100 mg/kg/j en 4 prises) + Pyriméthamine : 100 mg au J1, puis 75 mg/J (≥ 60 kg) ou 50 mg/J (< 60 kg) + acide Folinique 15 - 30 mg/j PO durant 6 à 8 semaines.

Son alternatif : Cotrimoxazole (480 mg) : 1 comprimé/ 8 kg/j en 2 prises. En cas de vomissements ou de troubles de la conscience, cotrimoxazole par voie intraveineuse, 8 à 12 ampoules/j en fonction du poids, en 2 injections quotidiennes ;

La durée du traitement est de 4 semaines, le diagnostic pouvant être retenu si le patient s'améliore au bout de 14 jours.

En cas d'allergie au Cotrimoxazole, administrez : clindamycine 4 x 600 mg/j PO/IV associé à la Pyriméthamine : 100 mg au J1, puis 75 mg/J (≥ 60 kg) ou 50 mg/J (< 60 kg) + acide Folinique 15 - 30 mg/j PO durant 6 à 8 semaines.

CHAPITRE V. PNEUMOCYSTOSE

La pneumocystose (PJP) est une infection opportuniste des poumons causée par le germe *Pneumocystis jiroveci*. Elle est très fréquente chez les enfants séropositifs âgés de moins d'un an et est plus observé chez les enfants âgés sévèrement immunodéprimés qui ne sont pas sous CTX.

Sa clinique est dominée par : une tachypnée, une dyspnée, une cyanose et parfois une fièvre soudaine. L'auscultation des poumons est moins spécifique. Le patient peut présenter les signes de détresse respiratoire importants. La radiologie des poumons peut montrer une infiltration interstitielle diffuse.

Le traitement est fait de :

- L'oxygénothérapie à l'admission ;
- Cotrimoxazole (100 mg/kg/j de sulfaméthoxazole ou 20 mg/kg/j de triméthoprime) donné 3 à 4 fois par jour pendant 21 jours ;
- Si l'enfant est allergique au Cotrimoxazole, la Dapsone 2 mg/kg/j peut être donnée comme prophylaxie alternative ;
- Pour les cas sévères, ajouter de la Prednisolone en dose de 1 mg/kg/dose, 2 fois/j, pendant 5 jours puis 1 mg/kg/dose, une fois/j pendant 5 jours, puis 0.5 mg/kg/dose une fois/j pendant 5 jours.

CHAPITRE VI. CO-INFECTION VIH/PALUDISME

Les PVVIH ont un risque élevé de faire le paludisme grave. La prise en charge du paludisme doit tenir compte des stratégies et directives recommandées par le PNLIP.

CHAPITRE VII. CO-INFECTION VIH/HÉPATITES

En RDC, la prévalence de la co-infection VIH-Hépatite chez les PVVIH en général est de 22% pour l'Hépatite B, et de 1,7% pour l'Hépatite C. Le taux d'évolution vers

l'infection chronique à VHB est d'environ 25 % chez les PVVIH contre 5 % chez les personnes séronégatives.

L'hépatite virale est une infection du foie causée par 5 virus « A, B, C, D, E ». Les plus fréquents en RDC sont les virus de l'hépatite B et C.

Prévention des hépatites B et C chez les PVVIH

Pour lutter contre les hépatites virales, **cinq interventions principales** doivent être menées :

1. La vaccination contre l'hépatite B (voir calendrier vaccinal de routine du PEV) ;
2. La prévention de l'infection périnatale ;
3. La sécurité du sang et la sécurité des injections en milieu de soin et en dehors ;
4. Les mesures de réduction des risques en faveur des UDI ;
5. Le dépistage et le traitement.

Note :

La prévention fait généralement recours à l'usage des agents antiviraux contre le VHB et le VHC pour réduire la transmission de ces virus.

Prévention de l'hépatite B chez les PVVIH

Pour arriver à la réduction de la transmission du virus de l'hépatite B, une action concertée entre les communautaires et les prestataires des soins est la clé de la réussite.

– Au niveau de la communauté

La sensibilisation des PVVIH sur les différentes voies de transmission de cette maladie et leurs modes de prévention, ainsi que la promotion d'un comportement à moindre risque.

– Au niveau des Formations Sanitaires

Prévention primaire :

- Évaluation du statut immunologique des PVVIH au regard du VHB ;
- Vaccination des PVVIH non immunes et non infectées par le VHB ;
- Vaccination des contacts de patients porteurs du VHB.

Prévention secondaire et tertiaire :

Toutes les personnes séropositives pour le VIH devraient être dépistées pour le VHB à l'aide des tests AgHBs, Ac Anti-HBs et Ac Anti-HBc.

Prévention de l'hépatite C chez les PVVIH

Il n'existe pas encore de vaccin contre l'Hépatite C. La prévention repose sur la sensibilisation pour le changement social et comportemental des PVVIH en insistant

sur les mesures de réduction du risque de transmission de l'Hépatite par les injections, notamment :

- La sécurisation des seringues et autres matériels d'injection ;
- L'utilisation de seringues autobloquantes et la supervision des injections par des paires UDI qualifiés ;
- La sécurité transfusionnelle.

1. Diagnostic des hépatites virales B et C

➤ Diagnostic de l'Hépatite B

Le diagnostic de l'hépatite B repose sur les tests sérologiques et la biologie moléculaire (détection de l'ADN VHB par PCR).

➤ Diagnostic de l'Hépatite C

Le diagnostic de l'hépatite C est basé sur la recherche sérologique d'Ac anti-VHC et la confirmation se fait par un test Elisa (détection de l'Ag Core) ou par une PCR-rt (détection de l'ARN viral).

2. Traitement des hépatites virales B et C

a. La co-infection VIH/VHB

Traiter prioritairement :

- Les malades avec hépatite B chronique et preuves cliniques d'une cirrhose compensée ou décompensée (ou score d'APRI > 2 chez les adultes), sans tenir compte du taux d'ALAT, du statut Ag HBe et du taux d'ADN VHB ;
- Et ceux connus à risque de complications hépatiques sévères les patients avec Ag HBs positif et ALAT double de la normale qui devront être mis sous traitement contre le VHB.

Le schéma thérapeutique est :

TDF/3TC/DTG

Note :

- Les molécules actives sur l'hépatite B sont : TDF, 3TC, FTC et DTG ;
- En cas d'échec thérapeutique au VIH, garder le TDF/3TC en plus des molécules de seconde ligne ;
- ***Si la femme enceinte est connue AgHBs+, on administrera au Nouveau-né l'immunoglobuline et le vaccin au jour 0, M1 et M6.***

b. La coïnfection VIH/VHC

Le traitement de l'hépatite C dure entre 12 et 24 semaines. Il est guidé par le type de génotype virale et l'âge des patients (voir manuel opérationnel de PEC des hépatites) et utilise les Antiviraux à Action Directe (AAD) :

Tableau XXXI . Traitement des hépatites C

Forme d'hépatites C	1^{ère} intention	2^{ème} intention
Hépatites cirrhotiques	Ledipasvir/Sofosbuvir	Daclatasvir/Sofosbuvir/ Ribavirine
Hépatites non cirrhotiques	Ledipasvir/Sofosbuvir	Daclatasvir/Sofosbuvir

A la fin du traitement, il faut rechercher l'ARN du VHC à 12 semaines et 48 semaines afin de détecter une rechute tardive.

1. Les infections cutanées et orales

L'infection à VIH augmente la prévalence et la sévérité des affections cutanées et orales, spécialement lorsque le taux de CD4 baisse en dessous de 200 cellules/mm³. Il s'agit notamment du prurigo (éruption papulo-prurigineuse), candidoses bucco-œsophagiennes de la folliculite éosinophile, *Molluscom contagiosum*, angiome bacillaire. Un traitement étiologie est nécessaire.

CHAPITRE VIII. PREVENTION ET PRISE EN CHARGE D'AUTRES CO-MORBIDITES ET SOINS CHRONIQUES CHEZ LES PVVIH

Comparées à la population générale, dans le continuum des soins, les PVVIH développent certaines maladies non transmissibles (MNT) : les maladies cardiovasculaires, les maladies métaboliques, les maladies pulmonaires chroniques obstructives, les maladies rénales, la dépression, toxicomanie et les cancers. Certaines sont causées par VIH et d'autre part des effets indésirables des ARV. Il est nécessaire d'évaluer et de prendre en charge ces différentes maladies.

A. LES CANCERS LIES AU VIH

La déplétion du taux de CD4 liée à la destruction du système immunitaire s'accompagne de l'apparition de certains types de cancers dont la prise en charge par les ARV améliore souvent le pronostic. Parmi eux, on note :

1. Maladie de Kaposi

Dans les formes bénignes (lésions isolées) de la maladie de Kaposi, le traitement par ARV seul suffit. Cependant, dans les formes agressives, la chimiothérapie anticancéreuse peut être nécessaire. Le patient doit alors être transféré dans un centre hospitalier du niveau tertiaire.

2. Lymphomes

Il s'agit des lymphomes non Hodgkiniens qui sont souvent observés. Ils doivent aussi être référés vers des centres où cette pathologie peut être prise en charge par une chimiothérapie.

B. DEPRESSION ET TROUBLES DE COMPORTEMENT CHEZ LES PVVIH

La dépression et les troubles dépressifs sont fréquents chez les patients porteurs du VIH et peuvent apparaître à tous les stades de l'infection. D'où la nécessité de diagnostic et traitement précoce. Plusieurs facteurs compliquent le diagnostic et l'évaluation de la dépression chez les patients séropositifs :

- Considérer la dépression comme une réponse normale à la séropositivité et au sida ;
- Certains symptômes comme l'insomnie, perte de l'appétit, perte de poids, fatigue, manque d'entrain et des troubles cognitifs peuvent être liés à des facteurs organiques ;
- Certains médicaments peuvent induire la dépression comme le Cotrimoxazole.

Ainsi, il faut évaluer les dimensions psychologiques de la dépression (tristesse, perte de l'estime de soi, diminution du plaisir dans les activités habituelles, sentiment de désespoir, tendance suicidaire, etc.)

La dépression peut s'accompagner des manifestations neurologiques telles que :

- Tenir compte de l'apparition des crises convulsives (épilepsie) qui devra être gérée par les anti-comitiaux (Valporate de sodium, Carbamazépine ou phénobarbital) ;
- Tenir compte des neuropathies périphériques (polyneuropathies) qui sont aussi à gérer par les médicaments appropriés : Amitryptine, Gabapentine et pregabaline ;
- Ne pas oublier le syndrome cognitif et moteur associé aux VIH caractérisés par des troubles des fonctions cognitives, troubles de comportement et troubles moteurs.

Traitement

Les prestataires administrent les premiers soins : basés sur les antidépresseurs et les anxiolytiques pendant au moins un mois :

- Le Fluoxetine comprimé de 20 mg à prendre le matin ; Clorazepan 5 ou 10 mg à prendre le soir ;
- L'amitryptiline comprimés de 25 mg ;
- Halopéridol 5 mg 2x/jour, Artane comprimé de 5 mg /jour. La Psychothérapie de soutien et sociothérapie de groupe (insertion communautaire et lutte contre la stigmatisation et la discrimination).

C. UTILISATION DES DROGUES ET LEURS COMPLICATIONS

Les PVVIH qui utilisent les drogues peuvent connaître une série des complications liées à l'utilisation abusive entraînant notamment : la dépendance, l'intoxication, l'abandon du traitement et le surdosage.

L'injection des drogues est associée à une série des maladies et infections incluant l'hépatite virale, le sepsis, et les endocardites infectieuses.

Le prestataire doit donc :

- Mener un entretien sur les antécédents et l'utilisation actuelle de drogue ;
- Vérifier le type de drogue utilisée et la voie d'administration ;
- Assurer la distribution des seringues et l'accès au paquet de service destiné aux UDI ;
- Référer en cas de besoin.

D. SOINS ET SOUTIEN NUTRITIONNEL

Les personnes infectées par le VIH sont exposées à la malnutrition et celle-ci peut aggraver l'altération du système immunitaire provoquée par le virus. Les principales causes de malnutrition sont, en dehors des difficultés financières, le manque d'appétit, la répétition des épisodes de fièvre, les infections (tuberculose par exemple), les troubles digestifs, les pathologies qui gênent la prise alimentaire (candidoses orales et/ou œsophagiennes par exemple), les difficultés psychologiques.

Il existe des corrélations entre la nutrition, l'évolution du VIH et les infections opportunistes. La malnutrition entraîne une vulnérabilité accrue aux infections en affaiblissant le système immunitaire. De même, le VIH compromet l'état nutritionnel et de ce fait accroît la susceptibilité aux infections opportunistes et comorbidités.

Les PVVIH ont des besoins accrus en nutriments à cause de :

- L'augmentation des dépenses énergétiques au repos (besoins énergétiques pour le métabolisme basal) ;
- Diverses activités de défense contre les infections opportunistes ;
- La perte des nutriments à cause de la malabsorption (diarrhées et candidoses).

Besoins énergétiques des PVVIH

Les besoins énergétiques chez les PVVIH varient selon l'âge :

- Adulte séropositif asymptomatique : 10% d'énergie en plus ;
- Adulte séropositif symptomatique : 20% d'énergie en plus ;
- Enfant séropositif :
 - Asymptomatique : 10% d'énergie en plus ;
 - Symptomatique : 20-30% d'énergie en plus.
- Malnutrition aigüe : 50-100% d'énergie en plus.

Les PVVIH doivent donc manger davantage pour répondre à cette demande supplémentaire en énergie et en micronutriments. Leurs besoins augmentent au fur et à mesure que l'infection évolue.

Indications pour l'appui alimentaire

- **Assurer la PEC nutritionnelle chez l'adulte en cas de ;**
 - IMC <18,5 kg/m²,
 - PVVIH au stade avancé (3 et 4 de l'OMS).
- **Assurer la PEC nutritionnelle chez l'enfant en cas de ;**

- Indice Poids/taille : inférieur à -2 ET ;
- Périmètre brachial : - 125 mm ;
- Kwashiorkor : recherche des œdèmes nutritionnels : +, ++, +++ ;
- Enfants au stade sida avancé.

En cas de malnutrition chez l'enfant (retard de croissance : Taille/Âge <-2 ET, malnutrition aigüe P/T<-2 ET, PB<125 mm et présence d'œdèmes nutritionnels +, ++, +++), ou enfant au stade 3 ou 4 dont les Co-infectés, déterminer la cause, traiter la malnutrition aigüe selon le protocole national, assurer l'éducation nutritionnelle, discuter et recommander de petites actions nutritionnelles faisables.

En cas de malnutrition chez un nourrisson/enfant infecté par le VIH :

- Procéder à la réhabilitation nutritionnelle au préalable ;
- Rechercher les IO (TB ou autres) et les soigner en même temps ;
- Initier le TARV.

En cas de malnutrition chez une femme avec un PB inférieur à 230 mm ou une femme aux stades 3 ou 4, avec la co-infection, assurer la prise en charge nutritionnelle comme indiqué ci haut.

La PEC de ces malades malnutris est bien détaillée dans le protocole y relatif élaboré avec PRONAUT. Elle doit être fondée sur les habitudes alimentaires locales et privilégier au maximum les aliments locaux en général financièrement abordables.

Le prestataire devra :

- Conseiller une alimentation variée, équilibrée, saine limitant les viandes grasses (bœuf principalement) et privilégiant viandes blanches et surtout poisson quand c'est possible, en quantité suffisante ;
- Répéter régulièrement la règle simple « manger peu sucré, peu gras et peu salé » ;
- S'informer sur la composition des repas afin de vérifier l'équilibre alimentaire et, si nécessaire, adapter l'alimentation en fonction des ressources locales ;
- Conseiller la pratique d'une activité physique régulière ; il a en effet été prouvé que cela améliorerait la santé et diminuait le risque cardiovasculaire ;
- Conseiller la consommation d'au moins 1,5 litre d'eau chaque jour ;
- Assurer la référence et contre référence vers des services appropriés de suivi et d'appui en communauté pour renforcer les actions de prévention (programme de sécurité alimentaire, programme appuyant les activités génératrices de revenus, etc.).

A. Soins généraux chez les PVVIH

En addition au TARV, il est indispensable d'offrir un paquet général d'interventions aux PVVIH afin de réduire la transmission du VIH (prévention positive), de prévenir les

maladies et d'améliorer leur qualité de vie. Ce paquet inclue la prévention de base du VIH, la promotion de la santé des PVVIH, et l'évaluation, la prophylaxie et la prise en charge des co-infections et comorbidités liées au VIH.

B. Soins palliatifs

Les soins palliatifs constituent des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire (les médicaux, les paramédicaux et les agents communautaires) en milieu des soins ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage. Leur objectif principal est de chercher à préserver la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie grave et potentiellement mortelle.

SECTION VII. OFFRE DES SERVICES

CHAPITRE I. PAQUETS D'INTERVENTIONS DES SERVICES VIH

Les interventions de lutte contre le sida et les IST sont regroupées en paquet complet des services (prévention, soins, traitement et soutien). Ce paquet est intégré et offert à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (communautaire, CS, HGR, niveau tertiaire et centre d'excellence) tel que décrit dans le guide de décentralisation et délégation des tâches dans une approche d'équité et de respect de genre et droits humains.

Cependant, l'offre des services se fait selon les besoins réels de chaque malade (**prestation différenciée des services**)

Ci-dessous les paquets d'interventions par niveau de la pyramide sanitaire :

a. Prévention

La prévention combinée :

- Les interventions biomédicales : la prophylaxie préexposition, la prophylaxie post-exposition (AES et VS), la circoncision médicale et la sécurité transfusionnelle, la prévention et le traitement des IST, la prévention de la transmission mère et enfant du VIH et de la syphilis, les précautions universelles, etc. ;
- Les interventions comportementales : l'adoption des comportements à moindre risque, la promotion et l'utilisation correcte du préservatif ;
- Les Interventions structurelles : la lutte contre la stigmatisation et la discrimination, la prévention et la gestion des violences basées sur le genre.

b. Dépistage

La RDC met en place 2 stratégies pour offrir le dépistage en fonction des risques de ses clients. Il s'agit de la stratégie de dépistage systématique (chez les populations clés, les femmes enceintes, les tuberculeux, les victimes de viol, les cas contact des index vivants ou décédés) et de la stratégie de dépistage ciblé (les patients en consultation générales/ambulatoires, hospitalisés et en salle d'urgence). Trois approches sont utilisées lors de l'offre des tests qui sont : DCIP, CDV et de l'autotest.

Autres particularités dans le dépistage :

- Retesting à la PTME et avant le début du traitement ;
- Dépistage précoce chez l'enfant exposé ;
- Notification des partenaires ou dépistage autour de l'Index (Index testing) ;
- Dépistage dans les réseaux sociaux et sexuels ;
- Dépistage familial.

c. Prévention et traitement des IO et comorbidités

- Traitement préventif de la TB ;
- Prophylaxie au CTX ;
- Prophylaxie au Fluconazole ;
- Diagnostic et Traitement.

d. Thérapie antirétrovirale

- Éducation thérapeutique ;
- Initiation au traitement ;
- Dispensation des ARV (FOSA et Communautaire) ;
- Suivi clinique ;
- Suivi biologique (hématologique, immunologique et virologique) ;
- Gestion et surveillance (notification) des effets indésirables.

e. Prise en charge nutritionnelle

- Suivi de l'état nutritionnel (mesure anthropométrique) ; poids, taille, périmètre Brachial ;
- Promotion d'une alimentation saine ;
- Thérapie et supplémentation nutritionnelle.

f. Prise en charge psychosociale

- La contribution dans le continuum des soins au profit des PVVIH (VAD, PODI, Soins à Domicile, soins palliatif, etc.) ;
- L'amélioration de l'observance au traitement des patients ;
- La prise en charge psychosociale et la promotion des droits des PVVIH ainsi que la lutte contre la discrimination et la stigmatisation

g. Soutien à la lutte

- La planification et coordination des activités de lutte ;

- Le suivi et évaluation ;
- La gestion des approvisionnement et stockage des médicaments et autres intrants ;
- La gestion des données et l'évaluation régulière des données cliniques, biologiques et thérapeutiques ;
- La recherche opérationnelle ;
- La Supervision ;
- La documentation des bonnes pratiques et des leçons apprises ;
- Surveillance de la pharmaco résistance et pharmacovigilance ;
- Surveillance biologique et comportementale du VIH.

h. Pyramide de l'offre des services

1. Au niveau communautaire

- La sensibilisation et mobilisation des communautés ;
- Le dépistage communautaire ;
- La distribution des ARV, préservatifs, seringues autobloquantes ;
- La recherche des perdus de vue, VAD et accompagnement psychosocial.

2. Au niveau des CS

- Diagnostic du VIH ;
- Initiation de la thérapie antirétrovirale de 1ère ligne ;
- Dispensation des médicaments ;
- Suivi clinique et biologique ;
- Prévention, diagnostic et traitement syndromique des IST ;
- Prévention, diagnostic et traitement des IO mineures ;
- Prévention de la transmission verticale du VIH de la mère à l'enfant.

3. Au niveau des HGR

En plus du paquet des CS, les activités ci-dessous y sont menées :

- Thérapie antirétrovirale de 2è ligne ;
- Diagnostic et traitement étiologique des IST ;
- Diagnostic et traitement des IO majeures.

4. Au niveau tertiaire (Hôpitaux provinciaux et Cliniques Universitaires)

En plus du paquet des HGR

- Thérapie antirétrovirale de 3è ligne
- Génotypage du VIH ;
- Diagnostic et traitement des IO complexes (cancer) ;

- Formation continue des prestataires ;
- Recherche, documentation et publication.

Note :

Centre d'excellence :

Il revient au PNLS la validation et la labellisation d'une ou plusieurs structures d'excellence sur la base des critères objectifs avec la participation des spécialistes dans différentes disciplines : médecins, pharmaciens, biologistes et des partenaires techniques (OMS, ONUSIDA, UNICEF, PAM, etc.).

L'accréditation d'une structure d'excellence est consécutive à l'évaluation régulière du plateau technique qui porte sur l'offre de soins, compétences du personnel en matière de prise en charge du VIH et du sida, capacités diagnostiques du laboratoire, approvisionnement en médicaments et gestion de la pharmacie, implication de la communauté, capacité en gestion de programme spécifique

Une structure d'excellence n'est pas à confondre avec un niveau de référence, ces structures seront fréquemment utilisées dans l'optique d'accompagnement d'autres formations sanitaires pour l'amélioration de la qualité des soins. Cet accompagnement se fera généralement sous forme de tutorat. Elles seront ainsi sollicitées pour :

- La formation continue des prestataires des soins venus des diverses ZS ;
- La recherche, documentation et publications ;
- L'évaluation périodique du programme de mise en œuvre de la politique et des protocoles de prise en charge antirétrovirale.

CHAPITRE II. DECENTRALISATION DES SERVICES ET DELEGATION DE TACHES

La délégation des tâches est une redistribution rationnelle de tâches entre les membres de l'équipe de soins ; des tâches spécifiques initialement dévolues à un cadre supérieur, sont confiées à un cadre intermédiaire ou inférieur afin d'assurer une utilisation efficiente des ressources humaines disponibles pour un meilleur accès aux soins.

Il en est de même des tâches spécifiques des agents de santé qui sont confiés aux communautaires. La délégation impose donc, une décentralisation des services et un renforcement des liens entre l'équipe clinique avec la communauté à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

La décentralisation des services : est une stratégie d'amélioration de l'accès aux soins et de la rétention des patients en rapprochant les services près des utilisateurs.

Tableau XXXII. Tâches à déléguer par les prestataires et par niveau de prestation

Tâches reléguables	Délégataire	Délégué
--------------------	-------------	---------

Initiation du traitement	Médecin	Infirmier
Suivi clinique et biologique	Médecin	Infirmier
Dispensations des ARV	Pharmacien	Infirmier, Assistant social, Agents communautaires formés
Diagnostic et suivi des infections opportunistes simples	Médecin	Infirmier
Réalisation des tests rapides	Technicien de labo	Infirmier, Agents communautaires formés
Prélèvement de DBS pour EID et CV	Technicien de labo	Infirmier, Agents communautaires formés
Collecte de don de sang	Technicien de labo	Infirmier
Indication de la transfusion	Médecin	Infirmier
Pose de la transfusion	Médecin	Infirmier

CHAPITRE III. SERVICES AUX POPULATIONS-CLES ET AUX POPULATIONS VULNERABLES

III.1. AUX POPULATIONS CLES

Les Populations clés (Key Pop) sont des personnes avec des comportements à risques, qui sont disproportionnellement affectées par le VIH et ayant un accès limité aux services de soins. Cette catégorie des personnes est souvent victime de stigmatisation, de discrimination, de violences, d'un taux élevé d'incarcération et de détention. En RDC ce groupe comprend : les PS, HSH, les UDI, les transgenres (TG) et les personnes privées de liberté ou en détention.

La réduction de l'incidence du VIH et des IST chez ces populations permet de réduire l'épidémie du VIH dans la population générale. Pour ce faire les interventions en leur faveur seront organisées au niveau de la communauté et aux niveaux des structures sanitaires.

Paquet d'activités chez les populations clés

- L'éducation à base communautaire ;
- La distribution de préservatifs et de lubrifiants aqueux ;
- Le conseil et dépistage du VIH (CDV/DCIP) ;
- La référence vers la prise en charge médicale et l'offre de traitement antirétroviral ;
- L'Information, éducation et communication pour le changement de comportement ;
- La Prévention, dépistage et traitement des IST ;
- La vaccination contre les papillomavirus humains (PVH), contre l'hépatite B ;
- La prophylaxie Post-Exposition (PPE), prophylaxie préexposition (PrEp) ;
- La thérapie antirétrovirale (TAR) ;

- La réduction de la contagiosité du Virus de l'Herpès Simplex de type-2(VHS-2) ;
- La réduction de la stigmatisation et de la discrimination (sensibilisation et enrôlement des médias, mise en place de Comités de veille) ;
- Le renforcement du leadership des populations clés ;
- L'offre de services d'assistance juridique ;
- Les interventions de réduction des préjudices liées à la dépendance aux drogues, en particulier le programme de distribution des aiguilles et seringues et une thérapie de substitution aux opiacés ;
- Les interventions de santé sexuelle et génésique ;

Les principales stratégies pour la création d'un environnement favorable :

- La législation favorable, l'engagement politique et financier ;
- La décriminalisation de comportements des populations clés ;
- La lutte contre la stigmatisation et la discrimination ;
- L'autonomisation des communautés ;
- La lutte contre la violence à l'égard des membres des populations clés.

III.2. POPULATIONS VULNERABLES

Elles constituent des groupes des populations très exposées à la maladie dans certaines situations ou certains contextes. En RDC, cette catégorie comprend les adolescents, les orphelins, les enfants des rues, les personnes vivant avec handicap, les travailleurs migrants et mobiles, les pêcheurs, les miniers, les camionneurs, les réfugiés et les déplacés internes. Leur paquet est similaire à celui des populations clés.

CHAPITRE IV. SERVICES COMMUNAUTAIRES

La communauté joue un rôle essentiel et complémentaire pour soutenir les actions du système de santé.

L'engagement communautaire est défini dans un sens large afin d'inclure la participation, la mobilisation et la responsabilisation, et ne se limite pas aux seules activités qui impliquent les communautés uniquement en tant que destinataires d'informations et des services

Les services communautaires visent les résultats suivants :

- Augmenter les effectifs grâce aux travailleurs communautaires (agents de santé communautaires, mères mentors, conseillers non professionnels, accoucheuses traditionnelles, etc.) ;
- Renforcer les liens entre les organisations communautaires et confessionnelles afin de promouvoir et fournir des services de PEC ;

- Contrôler les programmes de PEC grâce à une participation civique découlant d'une approche fondée sur des droits :
 - Permettre aux communautés de mener des campagnes sociales et de modification des comportements axées sur la prévention, soins, soutien et le traitement ;
 - Fournir un soutien par les pairs grâce à des conseils personnels et des groupes de soutien ;
 - Encourager les communautés à maximiser leurs actifs et à aborder les obstacles financiers à la prise en charge.

CHAPITRE V. SYSTEME DE REFERENCE ET CONTRE REFERENCE

Le système de référence a été conçu pour servir de complément au principe des soins de santé primaires, qui consiste à traiter les gens à un premier niveau de soins aussi près que possible de leur habitation, avec toute la compétence nécessaire. C'est dans ce contexte que l'offre de soins dans tous les systèmes de santé, s'organise en réseau et de manière pyramidale avec au plus bas de l'échelle, les établissements des soins de santé de base qui fournissent des prestations de premier contact et graduellement, les établissements de recours qui fournissent, quant à eux, des soins complémentaires adéquats.

➤ **La référence :**

C'est l'orientation ou le transfert du patient à un niveau supérieur de la pyramide, accompagné de l'information sur l'examen du patient ou sur l'intervention faite, pour une prise en charge plus adéquate. La référence garantit la continuité des soins à chaque niveau de pyramide de soins.

➤ **La contre référence :**

C'est la réorientation ou le retour du patient au niveau inférieur de la pyramide sanitaire, accompagné de l'information sur l'examen du patient, l'intervention faite et les avis pour le suivi correct.

CHAPITRE VI : L'OFFRE DES SERVICES DES PRESTATIONS DIFFERENCIEES

La prestation de service différenciée est une approche réactive et axée sur le client qui vise à simplifier et à adapter les services liés au VIH dans l'ensemble de la cascade des soins en vue de bien satisfaire les besoins des individus tout en réduisant les charges inutiles qui pèsent sur le système de santé.

Elle vise les renouvellements des TAR, les consultations cliniques et le soutien psychosocial. En ce qui concerne les consultations cliniques la réduction des visites pour les clients qui se portent bien et les services destinés aux patients qui ont besoin

des soins doivent être codifiés par la structure de soins.

Il convient de différencier les modèles de soins répondant aux besoins de chaque patient selon son état (bon, avancé, stable ou instable). Pour les patients stables, il est recommandé des prescriptions des ARV couvrant plusieurs mois (3-6 mois). Ceci réduirait le nombre des visites pour des besoins d'approvisionnements qui ipso facto, dégagerait des ressources (humaines, financières et matérielles) pour un plus grand nombre de patients.

L'approvisionnement en ARV pour les patients stables pourrait se faire au niveau d'une formation sanitaire ou à un point de distribution des ARV au niveau communautaire, tel le cas d'un "PODI".

Tableau XXXIII. Cibles et prestation différenciée de services VIH

Offre de soins différenciés chez l'enfant de 5 -9 ans vivant avec le VIH et sous TARV						
Type Patient	Condition Clinique	Renouvellement ARV	Visite de suivi clinique	Conseil à l'observance/ETP	Bilan biologique nécessaire	Charge virale après 12 mois de TARV
Enfant à l'initiation	Bon état	A l'établissement de soin : mensuel les 3 premiers mois, puis trimestriel	Mensuelle, le trois premiers mois, puis trimestriel	Trois séances au premier mois de TARV, puis à chaque contact du parent/tuteur avec le prestataire	Avant TARV : CD4 et bilan rénal* A 6 et 12 mois de TARV : CV***	Chaque année
	Stade avancé	A l'établissement de soin : mensuel	Hospitalisation à l'épisode maladie Mensuel les 3 mois suivant la stabilisation, puis trimestriel	Chaque jour durant l'hospitalisation, puis à chaque contact du parent/tuteur avec le prestataire	CD4 du départ (+++) et bilan rénal CrAG* TB-Lam* A 6 et 12 mois de TARV : CV**	Chaque année
Enfant sous	Stable	A l'établissement de soin : tous les 3-6 mois	Tous les 3-6 mois	A chaque contact du parent/tuteur avec le prestataire	-	Chaque année
TARV	Non-stable	A l'établissement de soin : mensuel	Hospitalisation dans la phase maladie Mensuel les 3 mois suivant la stabilisation, puis trimestriel	A chaque contact du parent/tuteur avec le prestataire	Examens adaptés en fonction de la clinique du patient	Chaque année
Offre de soins différenciés chez les enfants (10-14 ans), les adolescents (15-19 ans)/jeunes (20-24 ans) et les adultes (25 ans et plus) vivant avec le VIH et sous TARV						
Type Patient	Condition Clinique	Renouvellement ARV	Visite de suivi clinique	Conseil à l'observance/ETP	Bilan biologique	Charge virale

					nécessaire	après 12 mois de TARV
Enfant à l'initiation	Bon état	A l'établissement de soin, au club d'observance, GCT et/ou au club des adolescents : mensuel les 3 premiers mois, puis trimestriel	Mensuelle, le trois premiers mois, puis trimestriel	Trois séances au premier mois de TARV, puis à chaque contact du parent/tuteur avec le prestataire	Avant TARV : CD4 et bilan rénal* A 6 et 12 mois de TARV : CV***	Chaque année
	Stade avancé	Mensuelle 3 mois après stabilisation, puis trimestriel	Hospitalisation à l'épisode maladie Mensuel les 3 mois suivant la stabilisation, puis trimestriel	Chaque jour durant l'hospitalisation, puis à chaque contact avec le prestataire	CD4 du départ (+++) et bilan renal CrAG* TB-Lam* A 6 et 12 mois de TARV : CV**	Chaque année
Enfant sous TARV	Stable	Tous les 3 mois	4 (tous les 3 mois)	A chaque contact avec le prestataire	-	Chaque année
	Non-stable	Mensuelle	12 (tous les mois)	A chaque contact avec le prestataire	Examens adaptés en fonction de la clinique du patient	Chaque année

CHAPITRE VII. AMELIORATION DE LA QUALITE DES SERVICES

L'amélioration de la qualité des services fait partie d'un processus d'assurance qualité qui débute par les directives claires sur les services VIH, la formation des prestataires, la supervision, la mise à disposition des ressources matérielles et de l'environnement propice au travail, le programme d'amélioration continue de la qualité et le contrôle de qualité des services.

Le PNLIS dispose des directives nationales en matière de prévention, soins, traitement et soutien nécessaire à l'offre standard des services de qualité. Il assure la formation des prestataires et des acteurs et organise la supervision et le tutorat pour s'assurer du respect des normes et de la qualité des soins.

Le programme fournit les standards qualités pour les médicaments et autres intrants VIH ainsi que les équipements spécifiques VIH (ARV, tests, équipements de laboratoire pour CV et EID, algorithmes, messages, boîtes à image, etc.)

Le programme d'amélioration continue de la qualité repose sur la mise en place des équipes d'amélioration de la qualité (EAQ) dans les structures sanitaires afin de contribuer à l'amélioration des soins de santé des personnes vivant avec le VIH. Pour améliorer leur performance, ces équipes sont suivies régulièrement par des coaches externes issus du niveau opérationnel, intermédiaire et/ou central formés au préalable dans l'approche collaborative d'amélioration de la qualité. Le respect de l'offre des soins en fonction des normes nationales et internationales constitue la base de ce suivi.

Ces équipes identifient les écarts (gaps de qualité), analysent les goulots d'étranglement dans leurs processus des soins, formulent des idées de changement qu'elles testent pendant une période pour retenir celles qui conduisent aux résultats probants (à une amélioration), répliquables, efficaces appelés « meilleures pratiques » Ces EAQS se regroupent périodiquement dans des « sessions d'apprentissage » pour un partage d'expériences.

Les détails concernant l'amélioration de la qualité peuvent être exploités dans le guide spécifique sur la qualité des soins.

Le contrôle de qualité des services est un processus par lequel on s'assure de la conformité des services aux standards de qualité du pays. Il se fait par l'évaluation ; au moyen d'une grille d'évaluation ; par une équipe externe à la formation sanitaire à une périodicité de 6 à 12 mois.

CHAPITRE VIII. SOINS EN SITUATIONS D'URGENCE

La situation d'urgence est toute **situation** soudaine qui met en danger la survie, le développement et le bien-être des populations et qui nécessite une assistance immédiate et exceptionnelle.

Du point de vue sanitaire, elle peut entraîner une destruction de l'infrastructure sanitaire, le déplacement du personnel de santé, la perte des médicaments et de l'équipement, la surcharge des services de santé dans la zone d'accueil, une promiscuité, une pauvreté et une insécurité qui sont des facteurs de vulnérabilité vis à vis du VIH.

Les situations d'urgence, que leurs causes soient naturelles ou non, ont des répercussions importantes sur la santé des populations qui en sont victimes. Dans ces situations, les enfants et les femmes sont particulièrement vulnérables à la malnutrition, aux maladies particulièrement le VIH/SIDA et à la violence. Des taux exceptionnels de morbidité et mortalité sont ainsi le résultat de causes indirectes générées par les conflits et les catastrophes naturelles, comme la malnutrition et maladies transmissibles.

Dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA, ces situations nécessitent des mesures à prendre pour empêcher la propagation du VIH.

Tableau XXXIV. Directives concernant les interventions relatives au VIH/SIDA dans les situations d'urgences

Intervention sectorielle	Etat de préparation aux situations d'urgence	Intervention minimale (à réaliser même en cas de situation d'urgence)	Intervention complète (Phase stabilisée)
1. Coordination	<ul style="list-style-type: none">- Déterminer les structures de coordinations- Inclure le VIH/SIDA dans les plans d'action et le développement humanitaire et former les agents de secours	<ul style="list-style-type: none">- Etablir un mécanisme de coordination	<ul style="list-style-type: none">- Renforcer les capacités humaines- Lier les activités des urgences relatives au VIH aux activités de développement
2. Suivi et évaluation	<ul style="list-style-type: none">- Réaliser une analyse de la situation et des capacités	<ul style="list-style-type: none">- Evaluer les données préliminaires	<ul style="list-style-type: none">- Evaluer les données sur la prévalence, les attitudes et les pratiques ainsi que l'impact du VIH/SIDA

Intervention sectorielle	Etat de préparation aux situations d'urgence	Intervention minimale (à réaliser même en cas de situation d'urgence)	Intervention complète (Phase stabilisée)
	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborer des indicateurs et des instruments - Impliquer les institutions locales et les bénéficiaires 	<ul style="list-style-type: none"> - Créer et gérer une base de données partagée - Surveiller les activités 	
Protection	<ul style="list-style-type: none"> - S'assurer que les activités humanitaires minimisent le risque de violence et d'exploitation sexuelle - Former le personnel en matière du VIH/SIDA, SGBV et les droits humains 	<ul style="list-style-type: none"> - Action et prévention contre l'exploitation et la violence sexuelle - Protéger les orphelins et les enfants séparés - Garantir l'accès aux préservatifs et lubrifiants pour les personnes à risque (les hommes en uniformes, le personnel humanitaire, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> - Impliquer les autorités pour réduire la discrimination liée au SIDA - Etendre la prévention et l'intervention face à la violence et l'exploitation sexuelles - Renforcer la protection des orphelins, des enfants séparés et les jeunes - Institutionnaliser les formations des hommes en uniformes en matière du VIH/SIDA, de SGBV et de non-discrimination - Mettre en place des services liés au VIH pour les personnes vulnérables

Intervention sectorielle	Etat de préparation aux situations d'urgence	Intervention minimale (à réaliser même en cas de situation d'urgence)	Intervention complète (Phase stabilisée)
Sécurité alimentaire et nutrition	<ul style="list-style-type: none"> - Former le personnel quant aux besoins spéciaux des populations touchées par le VIH/SIDA dans les programmes communautaires d'éducation à la nutrition - Soutenir la sécurité alimentaire des ménages touchés par le VIH/SIDA 	<ul style="list-style-type: none"> - Planifier les besoins alimentaires et nutritionnels pour les populations avec une forte prévalence de VIH - Promouvoir les soins appropriés et les pratiques alimentaires pour les PVVIH - Soutenir et protéger la sécurité alimentaire des ménages et des communautés touchées par le VIH/SIDA 	<ul style="list-style-type: none"> - Collaborer avec les programmes de soins pour fournir un soutien nutritionnel - Aider le gouvernement à mener à bien son obligation de respecter le droit humain à l'alimentation
Education	<ul style="list-style-type: none"> - Former les professeurs en matière du VIH/SIDA, et de violence et d'exploitation sexuelle 	<ul style="list-style-type: none"> - 	<ul style="list-style-type: none"> - Donner une éducation en matière de VIH/SIDA et SGBV
IEC/CCSC	<ul style="list-style-type: none"> - Préparer les messages culturellement appropriés dans les langues locales - Impliquer les principaux bénéficiaires - Réaliser les campagnes de sensibilisation 	<ul style="list-style-type: none"> - Fournir les informations pour la prévention et les soins en matière du VIH/SIDA 	<ul style="list-style-type: none"> - Mise à l'échelle du CCSC - Surveiller et Evaluer les activités

Intervention sectorielle	Etat de préparation aux situations d'urgence	Intervention minimale (à réaliser même en cas de situation d'urgence)	Intervention complète (Phase stabilisée)
Le VIH/SIDA sur le lieu de travail	<ul style="list-style-type: none"> - Examiner les politiques du personnel concernant la gestion des personnes touchées par le VIH/SIDA qui travaillent dans les opérations humanitaires - Entreposer les fournitures PrEP et PEP 	<ul style="list-style-type: none"> - Prévenir la stigmatisation et discrimination auprès du personnel - Fournir les PrEP et PEP au personnel 	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer les capacités de groupe de soutien pour les PVVIH et PA - PrEP et PEP régulièrement disponible

Note :

- Pour les patients dans les sites de déplacés au camp des déplacés internes ou des réfugiés
 - Confirmation du statut VIH (en l'absence d'un document, refaire le test)
 - Evaluation clinique (recherche des IO) et biologique
 - Durée de l'interruption des médicaments (mesure de la CV si disponible)
 - Décision de poursuivre ou de modifier le régime thérapeutique
 - Pour les patients dans les sites de transit
 - Evaluation clinique ;
 - Approvisionnement de 3 à 6 mois des médicaments.

CHAPITRE IX. ORGANISATION DE SERVICES EN MILIEU CARCERAL ET FERME

Les détenus ou prisonniers viennent de la communauté et la plupart sont censés y retourner après leur incarcération. Les maladies contractées dans les prisons n'y restent pas tout comme celles apportées de la communauté franchissent la porte de la prison. Souvent le prisonnier malade sort de la prison sans que le prestataire ne soit au courant (perdu de vue)

Par rapport au VIH, l'ensemble complet de mesures comporte 15 éléments qui sont essentiels à l'efficacité de la prévention et du traitement de l'infection à VIH dans les structures fermées. Prises séparément, ces mesures contribuent certes chacune à la

lutte contre le problème du VIH en milieu carcéral, mais c'est en étant mis en œuvre ensemble qu'elles sont le plus efficaces.

Ci-dessous les 15 interventions :

1. Information, éducation et communication ;
2. Programmes de distribution de préservatifs ;
3. Prévention de la violence sexuelle ;
4. Traitement de la dépendance aux drogues, y compris traitement de substitution aux opioïdes ;
5. Programmes de distribution d'aiguilles et de seringues ;
6. Prévention de la transmission lors de soins médicaux ou dentaires ;
7. Prévention de la transmission par tatouage, piercing et autres formes de pénétration cutanée ;
8. Traitement post-exposition ;
9. Dépistage du VIH et services de conseil ;
10. Traitement, soins et accompagnement en matière de VIH ;
11. Prévention, diagnostic et traitement de la tuberculose ;
12. Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ;
13. Prévention et traitement des infections sexuellement transmissibles ;
14. Vaccination, diagnostic et traitement des hépatites virales ;
15. Protection du personnel face aux risques professionnels

SECTION VIII. SUIVI ET EVALUATION

L'information stratégique est importante pour améliorer la gestion du programme de lutte contre le VIH/Sida et les IST. Pour produire cette information, le PNLIS a mis en place un système d'information qui s'intègre dans le système national d'information sanitaire (SNIS) décrit en détail dans les documents appropriés (Guide de collecte des données, etc.)

Ces documents décrivent les mécanismes de production de l'information, des outils de collecte et de responsabilité des prestataires et autres acteurs.

La production de cette information stratégique passe par plusieurs étapes : la collecte, le traitement des données, l'analyse des données, l'interprétation, l'élaboration du rapport, la transmission du rapport, l'utilisation, le stockage et l'archivage.

a. Collecte de données

Les données sont collectées sur des supports standardisés et harmonisés par domaine d'intervention.

En fonction de chaque thématique et du niveau de prestation, les outils utilisés sont regroupés dans le guide des outils de gestion du PNLIS.

Ces documents devront être remplis directement par le prestataire qui offre un service VIH ou par son assistant, selon l'organisation du service. Ce remplissage ne doit pas être post posé.

Note :

Les formations sanitaires dont la file active de patients sous ARV est de plus 50 devra tenir un registre électronique après formation et mise à disposition d'un kit informatique. Ce registre permet l'encodage des patients VIH mis sous ARV et des patients tuberculeux VIH+ ou non.

b. Traitement des données

Le traitement consiste en la présentation des données sous une forme compréhensible et analysable. Ces données sont présentées sous forme des tableaux dans le canevas unique. Elles peuvent aussi être présentées sous forme des courbes, graphiques au niveau des FOSA.

c. Analyse des données

L'analyse consiste à regrouper les informations recueillies, dégager les constats et « faire parler » les données. Avant de procéder à l'analyse des données, il faut nettoyer les données et les certifier. Le nettoyage des données est un processus utilisé pour identifier les données inexactes, incomplètes ou incohérentes et améliorer leur qualité en corrigeant les erreurs et omissions identifiées. En d'autres termes, il s'agit d'ordonner les données, d'enlever les impuretés, de bien les classer après les avoir organisées.

d. Interprétation des données

Une fois les données toilettées et certifiées au niveau de chaque FOSA, il sera question de procéder à l'interprétation de celles-ci ; c'est-à-dire donner un sens ou une signification aux données sur base des constats de l'analyse. Le but de l'interprétation des données est de comprendre les résultats obtenus en les comparant à ceux des périodes précédentes afin de dégager les tendances. Les informations issues de l'interprétation orienteront la prise des décisions en vue d'améliorer le programme.

L'interprétation des résultats qui consiste à :

- En livrer le sens dans le contexte de la mise en œuvre ;
- En livrer le sens en rapport avec la problématique
- Faire ressortir les pistes de recherche sur lesquelles les résultats nous amènent.

Cette dernière ne doit pas être confondue avec leur analyse qui elle, consiste à rendre compte des données sur la mise en œuvre de l'intervention.

e. Elaboration du rapport

A la fin du mois, le prestataire compile les données dans un formulaire approprié, canevas PNLs ou SNIS (si DHIS.2 fonctionnel) fourni par le bureau central de la zone de santé. Le dépouillement de ces données peut se faire manuellement ou de manière informatisée selon que le système de collecte est papier ou informatisé.

f. Transmission de rapport

Le formulaire rempli est transmis au bureau central par la direction de la formation sanitaire endéans 5 jours après la fin du mois. Une copie de chaque rapport mensuel transmise au bureau central de zone de santé et une seconde devra être conservée dans un classeur dans la formation sanitaire. Les données des cohortes saisies dans Tier.net sont transmises sous format électronique selon un canal approprié.

g. Utilisation des données

Les informations relatives au VIH et au sida sont de grande valeur non seulement pour les décideurs dans le domaine de la santé, mais aussi les parties prenantes, notamment les responsables des orientations politiques, les professionnels de la santé publique, les administrateurs de programmes, les organisations non gouvernementales et les clients, etc.

La finalité de la production des données est la prise des décisions pour la gestion du système de santé. Lorsque la décision est prise sur base d'une évidence, elle a la chance d'améliorer la qualité des services offerts à la population bénéficiaire.

Afin de permettre la production de cette information, les données produites doivent être de bonne qualité et devront être traitées, analysées et interprétées.

Avant la transmission du rapport au BCZ, un nombre limité d'indicateurs pertinents devront être calculés et le tableau de bord mis à jour. Ils peuvent être présentés sous forme des tableaux ou des graphiques. Ces tableaux ou graphiques devraient être renouvelés chaque année.

Les indicateurs ci-dessous devront faire partie de suivi dans le tableau de bord :

- Nombre de personnes conseillées, testées et informées de leur résultat par porte d'entrée (désagréger cette donnée par sexe, par tranche d'âge et les femmes enceintes) ;
- Nombre des personnes séropositives ayant retiré leurs résultats par porte d'entrée ;
- Taux d'acceptation du test (calculer séparément pour les femmes enceintes) ;
- Proportion de femmes enceintes VIH+ mises sous ARV pour prévenir la TME ;
- Proportion de nouveaux nés exposés au VIH testés à la 6^{ème} semaine ;
- Nombre de patients mis sous ARV au cours du mois ;
- Nombre total de patients sous ARV ;
- Proportion de patients sous ARV dont l'examen de la charge virale a été réalisé à 6 mois ;
- Proportion de patients sous ARV dont l'examen de la charge virale a été réalisé à 12 mois ;
- Pourcentage des patients ayant commencé le TAR dont la charge virale est supprimée à 12 mois (< 1000 copies/ml).

Une analyse de ces indicateurs par rapport aux objectifs fixés par le BCZS devra permettre de relever les domaines de faible performance et d'y remédier pour redresser la courbe.

h. Stockage et archivage

1. Stockage

Le stockage est toute action permettant d'entreposer les données dans un support. Il se fait différemment selon que la gestion est sur papier ou en électronique. Il doit être fait-en suivant un certain ordre voulu pour permettre une récupération aisée des données ou documents.

Pour les données saisies sur papier, le stockage se fait dans des classeurs, sur des étagères, dans des armoires. Par contre, les données électroniques sont stockées sur un support d'information électronique ou matériel. Il peut s'agir de serveur, ordinateur, CD-Rom, flash disque, disque dur externe.

2. Archivage des patients et registres

L'archivage consiste à enregistrer des données de manière à garantir sur le long terme leur conformité à un état donné (en général leur état au moment où elles ont été validées par leurs auteurs) dans un ordre qui permet de les retrouver facilement au moment où on en a besoin.

Les dossiers des patients VIH devront être conservés selon un ordre qui permette de les retrouver facilement, notamment selon le numéro du dossier ou la date d'enregistrement. Ceux des patients décédés seront conservés au niveau des archives

médicales. Les soins et traitement VIH étant des soins chroniques à vie, le dossier de patient ne pourra être transmis aux archives qu'après le décès du patient. Les registres seront transmis aux archives si on n'y recourt plus pour prendre en charge les patients.

Le classement des registres doit être fait de manière à bien les retrouver et à ce qu'ils ne soient pas altérés par les intempéries. La conservation et l'archivage des documents électroniques, pour les formations sanitaires disposant d'un registre ou d'un dossier électronique seront soumis aux règles édictées et intégrées par ces systèmes.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Unaid. Fiche d'information-Dernières statistiques sur l'état de l'épidémie de sida [Consulté le 13 Février 2019]. Disponible à partir de : URL : <http://www.unaids.org/fr/resources/fact-sheet>
2. PNLS. Rapport annuel 2017 [consulté le 13/02/2019]. Disponible à partir de : URL : <http://www.pnmls.cd/doc/Rapport%20annuel%20du%20PNLS%202017.pdf>
3. RDC. Enquête démographique et de santé (EDS-RDC) 2013-2014) [Consulté le 20/02/2019]. Disponible à partir de : URL : https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/FR300_0.pdf
4. WHO. Transition to new antiretroviral drugs in HIV programmes: clinical and programmatic considerations [Consulté le 20/02/2019]. Disponible à partir de : URL : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255887/WHO-HIV-2017.23-eng.pdf;jsessionid=DAFD38EB951A23AECDD777A7626044F?sequence=1>
5. Clotet B, Feinberg J, Lunzen JV *et al.* Once-daily dolutegravir versus darunavir plus ritonavir in antiretroviral-naïve adults with HIV-1 infection (FLAMINGO): 48 weeks results from the randomised open-label phase 3b study. *Lancet* 2014; 383: 2222–31. Published Online April 1, 2014 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60084-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60084-2)
6. Orrell C, Hagins DP, Belonosova E, Porteiro N *et al.* Fixed-dose combination dolutegravir, abacavir, and lamivudine versus ritonavir-boosted atazanavir plus tenofovir disoproxil fumarate and emtricitabine in previously untreated women with HIV-1 infection (ARIA) : week 48 results from a randomised, open-label, non-inferiority, phase 3b study. *Lancet HIV* 2017 ; 4 : e536–46. Published Online. July 17, 2017 [http://dx.doi.org/10.1016/S2352-3018\(17\)30095-4](http://dx.doi.org/10.1016/S2352-3018(17)30095-4).
7. Fokam J, Takou D, Semengue ENJ *et al.* First case of Dolutegravir and Darunavir/r multi drug-resistant HIV-1 in Cameroon following exposure to Raltegravir : lessons and implications in the era of transition to Dolutegravir-based regimens. *Antimicrobial Resistance and Infection control* (2020) 9 : 143 <https://doi.org/10.1186/s13756-020-00799-2>.
8. CDC. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015. *MMWR* 2015 ; 64 (3) : 1-137 [Consulté le 4 Septembre 2020]. Disponible à partir de : URL : <https://www.cdc.gov/std/tg2015/tg-2015-print.pdf>

LISTE DES EXPERTS AYANT CONTRIBUES A L'ELABORATION DU GUIDE

N°	NOMS ET PRENOMS	INSTITUTION
1	Aimé MBOYO NKOSO	PNLS
2	KAMANGA Luc Ferdinand	Expert VIH
3	KILUNDU Apollinaire	PNLS
4	KOKOLOMAMI Jack	Expert en Santé Publique
5	NGANTSUI Roger	PNLS
6	NYEMBO Patricia	PNLS
7	ILUNGA Hilo	PNLS
8	MPANGA François	PNLS
9	TWITE Elie	PNLS
10	MINGINA Constantin	PNLS
11	MUWONGA Jérémie	PNLS
12	INGWE Richard	PNLS
13	MOTEMANKELE Heritier	PNLS
14	LIOMBA Joseph	PNLS
15	MASEKE Dieu Merci	PNLS
16	EKILI Florent	PNLS
17	EDIDI Samuel	PNLS
18	NGUNGU Pauline	PNLS
19	SANGA Roger	PNLS
20	BAMBULE Mireille	PNLS
21	MAKENGO Charlotte	PNLS
22	Bijou BAFI	PNLS
23	Felly EKOFO	PNLS
24	NIOKA Jean Louis	PNLS
25	MUPUALA Aimée	Cliniques Universitaires de KINSHASA
26	MBULA Marcel	Cliniques Universitaires de KINSHASA
27	WELO Placide	PNECHOL
28	OKENDE John	Consultant
29	MASEKWE Antoine	Chemonics
30	MUKOKA Adolph	Cabinet Ministère de la santé
31	BANDAL Simon	Hôpital Saint Joseph
32	ILUNGA Béatrice	EGPAF
33	Bina MBOMA	EGPAF
34	MATUMONA Yori	EGPAF
35	MAVULA Ange	UCOP+
36	MUSHIMBELE Nadine	ICAP
37	TCHISSAMBOU Tania	ICAP

38	KITETELE Faustin	Hôpital Kalembelembe
39	MABIALA Isidore	PNMLS Kongo Central
40	DIVENGI Jean Paul	Université de KINSHASA
41	NGANJI Patrick	CHAI
42	BETUMI Gisèle	IPS Kongo Central
43	MABIALA Vicky	BPC Kongo Central
44	MASOLO MABIBOLO	IGS
45	BALANDA Freddy	CORDAID
46	MOZA DIAKESE	PNCPS
47	KINFUTA MKONKO	DPS Kongo Central