

REPUBLIQUE DU BURUNDI



MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE  
ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA



PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE  
CONTRE LE SIDA, LES IST ET LES HV

**DIRECTIVES NATIONALES POUR LA PREVENTION  
ET LE TRAITEMENT DU VIH AU BURUNDI**

**Bujumbura, Avril 2024**

## **PREFACE**

Le Burundi s'est engagé à mettre en œuvre les stratégies fast-track et super-fast track par l'atteinte des objectifs mondiaux 95-95-95 visant à éliminer la pandémie du VIH/SIDA d'ici 2030. Pour atteindre ces objectifs, il s'agit de mettre en place des stratégies d'interventions efficaces et innovantes en matière de prévention, de traitement et de suivi des personnes vivant avec le VIH.

Le VIH cause encore des décès évitables, mais en fournissant des services de santé de qualité et en temps opportun, nous pouvons éviter les pires conséquences liées à l'infection. Alors que nous entrons dans la troisième décennie de prestation généralisée de services liés au VIH dans le monde, la riposte au VIH/sida continue de progresser régulièrement pour sauver des vies et réduire le nombre des nouvelles infections par le VIH. Les outils et approches proposés correspondent mieux aux normes de soins disponibles qui sont offerts avec respect de toute équité et visent à promouvoir la bonne santé des Personnes vivant avec le VIH/Sida.

Dans le cadre d'améliorer la qualité des services de prévention du VIH et des services offerts aux personnes vivant avec le VIH, en plus des orientations contenues dans les directives nationales de 2020 pour la prévention et le traitement du VIH, le Burundi a adopté et mis en œuvre les nouveautés sur la prévention, le traitement du VIH chez l'enfant et l'adulte ainsi que l'offre des services différenciés selon les recommandations de l'OMS de Mars 2021. Dans le cadre de l'amélioration continue des interventions de prévention et traitement du VIH, l'OMS a publié en 2023 les recommandations complémentaires mettant à jour les recommandations de 2020 et celles de 2021. C'est dans l'optique d'avoir des directives nouvelles de l'OMS adaptées au contexte national que le présent document a été élaboré en collaboration avec les différents intervenants dans la lutte contre le SIDA.

Les recommandations contenues dans ces directives visent à atteindre les objectifs de l'ONUSIDA à l'horizon 2030 de : Zéro décès liés au VIH, Zéro discrimination, Zéro nouvelles infections du VIH. Le soutien de ces actions et de tous les efforts consentis pourront aider notre pays à progresser vers l'élimination du VIH /Sida d'ici 2030.

En résumé, les directives nationales de prévention et de traitement du VIH deviennent le document de référence et sert de base des modules de formation de tous les intervenants dans la prise en charge du VIH au Burundi.

Nous ne saurions terminer sans remercier le personnel du PNLIS/IST/HV, les structures associatives, les organisations des PVVIH et les partenaires au développement plus particulièrement les agences des nations unies (OMS, PNUD, UNICEF, FNUAP, etc.) ainsi que le PEPFAR/USAID pour avoir soutenu tout le processus sur le plan scientifique, méthodologique et logistique.

Fait à Bujumbura, le 12/05/2024

LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE  
ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

Dr Lydwine BARADAHANA



## **COMITE TECHNIQUE DE REDACTION**

Dr Aimé NDAYIZEYE (PNLS/IST/HV)  
Dr Hamidou NZOMWITA (PNLS/IST/HV)  
Dr Evariste KWIZERA (SEP-CNLS)  
Dr Marie Noëlla RURIHOSE (PNLS/IST/HV)  
Dr Richard HAVYARIMANA (PNLS/IST/HV)  
Dr Denise NKEZIMANA (OMS)  
Dr Jean Bosco NSENGIYUMVA(ICAP/RISE)  
Dr Evelyne BARAMPERANYE (USAID/PEPFAR)  
Dr Christelle KAZE (USAID/PEPFAR)  
M Raphael NSHIMIRIMANA (PNLS/IST/HV)  
Dr Achille SHINGIRO (PNILT)  
Dr Dismas NDUWIMANA (UNICEF)  
Dr Saidi KAREMANGINGO (ICAP/ CQUIN)  
Dr Gervais NIMBONA (RNJ+)  
Dr Alphonse NKUNZIMANA (Data.Fi)  
Dr Emile NDAYIRAGIJE (NOUVELLE ESPERANCE)  
Dr Thierry NAHIMANA (CPAMP CHUK)  
Dr Ella-Ange KAZIGAMWA (CPAMP-HPRC)  
Dr Pélagie NIMBONA (ANSS)  
Dr Eddy BACINONI (SWAA)  
M. Benjamin NICAYENZI(CCDP+)  
Mme Seconde NSABIMANA(CBF+)  
M. Elvis NDAYIZAMBA(PNLS/IST/HV)

## TABLE DES MATIERES

PREFACE .....	i
COMITE TECHNIQUE DE REDACTION .....	iii
LISTE DES TABLEAUX .....	vii
LISTE DES FIGURES.....	viii
SIGLES ET ACRONYMES.....	ix
Chapitre I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION .....	1
Chapitre II. PREVENTION DE L'INFECTION A VIH.....	3
<b>II.1. LES GRANDES STRATEGIES DE LA PREVENTION COMBINEE .....</b>	<b>3</b>
II.1.1. IEC/CCC .....	3
II.1.2. Dépistage .....	3
II.1.3. Approche « dépistage comme porte d'entrée aux services de prévention et de traitement du VIH » .....	3
II.1.4. Utilisation du préservatif .....	4
<b>II.2. UTILISATION DES ARV COMME MOYENS DE PREVENTION.....</b>	<b>5</b>
II.2.1. Prophylaxie pré exposition (PrEP).....	5
II.2.2. Prophylaxie post exposition (PPE).....	8
II.2.3. Traitement ARV d'une personne séropositive comme moyen de prévention .	9
<b>II.3. PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MERE A L'ENFANT (PTME) ..</b>	<b>10</b>
II.3.1. Prévention primaire de l'infection à VIH chez les femmes en âge de procréer	10
II.3.2. Prévention des grossesses non désirées chez les femmes VIH+.....	10
II.3.3. PTME proprement dite .....	11
II.3.4. Soins et soutien du couple mère-enfant et de la cellule familiale.....	15
Chapitre III. UTILISATION DES ANTIRETROVIRAUX POUR LE TRAITEMENT DU VIH .....	17
<b>III.1. PREPARATION DE LA PERSONNE NOUVELLEMENT DEPISTEE VIH POSITIVE AVANT DE DEBUTER LE TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL .....</b>	<b>17</b>
<b>III.2. CONSULTATION MEDICALE POUR DEBUTER LE TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL CHEZ LA PERSONNE NOUVELLEMENT TESTEE ET CONFIRMEE VIH POSITIF .....</b>	<b>17</b>
<b>III.3. THERAPIE ANTIRETROVIRALE .....</b>	<b>18</b>
III.3.1. Objectifs du traitement antirétroviral .....	18
III.3.2. Quand et comment initier le traitement ARV ? .....	19
<b>III.4. PROTOCOLES DE TRAITEMENT ARV.....</b>	<b>20</b>
III.4.1. Schémas de traitement chez l'adulte et l'adolescent.....	20
III.4.2. Schémas de traitement ARV chez les nourrissons et l'enfant .....	21

III.4.3.	Les schémas de traitement ARV dans les situations particulières.....	23
III.4.4.	Contraception chez les femmes VIH+ sous TAR .....	33
III.5.	<b>SURVEILLANCE DES ECHECS AU TRAITEMENT ARV .....</b>	<b>33</b>
III.6.	<b>GESTION DES EFFETS INDESIRABLES AUX MEDICAMENTS ARV .....</b>	<b>34</b>
III.6.1.	Conduite pratique face à des effets secondaires biologiques ou cutanés ...	35
Chapitre IV.	<b>PREVENTION DES INFECTIONS OPPORTUNISTES .....</b>	<b>37</b>
IV.1.	<b>PROPHYLAXIE PRIMAIRE AU COTRIMOXAZOLE.....</b>	<b>37</b>
IV.1.1.	Critères d'initiation de la prophylaxie au Cotrimoxazole.....	37
IV.2.	<b>PROPHYLAXIE PRIMAIRE DE LA TUBERCULOSE .....</b>	<b>38</b>
IV.2.1.	Avantages du traitement associant RPT à INH .....	39
IV.2.2.	Schémas de traitement de TPT en fonction de l'âge.....	39
IV.3.	<b>LES AUTRES PROPHYLAXIES .....</b>	<b>42</b>
Chapitre V.	<b>SUIVI DES PVVIH SOUS TRAITEMENT ARV .....</b>	<b>43</b>
V.1.	<b>BILAN BIOLOGIQUE INITIAL.....</b>	<b>43</b>
V.2.	<b>SUIVI CLINIQUE.....</b>	<b>43</b>
V.2.1.	Les PVVIH qui débutent un traitement ARV .....	43
V.2.2.	Suivi clinique des patients sous ARV.....	44
V.3.	<b>SUIVI BIOLOGIQUE DES PVVIH SOUS TARV .....</b>	<b>45</b>
V.4.	<b>CONTINUITÉ DU TRAITEMENT ARV ET REENGAGEMENT AUX SOINS.....</b>	<b>48</b>
V.4.1.	Continuité du traitement ARV.....	48
V.4.2.	Offre des services différenciés .....	48
V.4.3.	Recherche active des PVVIH perdues de vue.....	50
V.4.4.	Renforcement de l'observance .....	50
V.4.5.	Suivi de la mise en œuvre des stratégies visant la rétention aux soins .....	52
V.4.6.	Réengagement des PVVIH ayant interrompu le traitement antirétroviral.....	53
V.5.	<b>PRISE EN CHARGE DES PVVIH AU STADE AVANCE DE L'INFECTION A VIH .....</b>	<b>54</b>
Chapitre VI.	<b>ECHEC AU TRAITEMENT ARV ET CHANGEMENT POUR UNE AUTRE LIGNE DE TRAITEMENT .....</b>	<b>55</b>
VI.1.	<b>SURVEILLANCE DE L'INFECTION A VIH .....</b>	<b>57</b>
VI.1.1.	Surveillance des résistances au traitement ARV.....	57
VI.1.2.	Les indicateurs d'alerte précoce.....	58
VI.2.	<b>SURVEILLANCE ET DATATION DE L'INFECTION A VIH .....</b>	<b>60</b>
Chapitre VII.	<b>STRATEGIES D'ASSURANCE DE LA QUALITE ET D'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE DES SERVICES DE PREVENTION ET DE TRAITEMENT DU VIH .....</b>	<b>62</b>
VII.1.	<b>DEFINITION.....</b>	<b>62</b>

<b>VII.2. COMPOSITION DU COMITE NATIONAL D'AQ/ACQ .....</b>	<b>63</b>
Chapitre VIII. ORGANISATION DE L'OFFRE DES SOINS ET DES SERVICES DE PRISE EN CHARGE DES PVVIH .....	64
<b>VIII.1. INTRODUCTION.....</b>	<b>64</b>
<b>VIII.2. NIVEAUX D'OFFRES DE SERVICES .....</b>	<b>65</b>
<b>VIII.2.1. Niveau Communautaire .....</b>	<b>65</b>
<b>VIII.2.2. Niveau des sites de prise en charge et FOSA.....</b>	<b>65</b>
<b>VIII.2.3. Niveau District sanitaire et BPS .....</b>	<b>66</b>
<b>VIII.2.4. Niveau central.....</b>	<b>67</b>
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	68
ANNEXES.....	70

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1:	Prophylaxie ARV recommandée au nouveau-né d'une mère VIH+ .....	12
Tableau 2:	Dose de NVP et d'AZT chez le nouveau-né.....	13
Tableau 3:	Schéma de première ligne recommandée chez l'adulte et l'adolescent.....	20
Tableau 4:	Schéma de deuxième ligne recommandée chez les adultes et les adolescents.....	21
Tableau 5:	Schémas de première ligne recommandée chez le nourrisson et l'enfant .....	22
Tableau 6:	Schémas de deuxième ligne recommandée chez le nourrisson et l'enfant.....	22
Tableau 7:	Schémas de traitement ARV recommandés chez l'adulte et l'adolescent en cas de coïnfection TB/VIH .....	24
Tableau 8:	Enfant sous antituberculeux qui débute les ARV.....	25
Tableau 9:	Enfant sous ARV qui débute les antituberculeux.....	26
Tableau 10:	Interactions médicamenteuses des antihypertenseurs avec ARV .....	31
Tableau 11:	Toxicités les plus fréquentes des ARV de première, deuxième et troisième ligne .....	34
Tableau 12:	Critères de mise en route et d'arrêt de la prophylaxie au Cotrimoxazole .....	38
Tableau 13:	Répartition de la dose de INH selon la catégorie de poids.....	39
Tableau 14:	Répartition de la dose de INH/ RPT chez l'enfant de 2 à 14 ans. ....	40
Tableau 15:	Posologie de l'Isoniazide plus Rifapentine chez les sujets de plus de 14 ans.....	41
Tableau 16:	Bilan initial et de suivi des patients VIH+ .....	45

## LISTE DES FIGURES

<i>Figure 1. Modèle de prestation des soins fondé sur le dépistage : porte d'entrée aux services de préventions et traitement.....</i>	<i>4</i>
<i>Figure 2 : PrEP orale continue .....</i>	<i>6</i>
<i>Figure 3 : PrEP discontinuée.....</i>	<i>7</i>
<i>Figure 4 : Algorithme pour la gestion des PVVIH avec suspicion de la tuberculose.....</i>	<i>41</i>
<i>Figure 5 : Algorithme de suivi de la charge virale chez une PVVIH sous ARV .....</i>	<i>47</i>
<i>Figure 6 : Différents modèles de Prestations de services différenciés (PSD).....</i>	<i>49</i>
<i>Figure 7 : CAT devant une charge virale augmentée .....</i>	<i>56</i>

## SIGLES ET ACRONYMES

<b>3TC</b>	: Lamivudine
<b>ABC</b>	: Abacavir
<b>ACQ</b>	: Amélioration Continue de la Qualité
<b>ADN</b>	: Acide désoxyribonucléique
<b>AELB</b>	: Accident d'exposition au liquide biologique
<b>ALAT</b>	: Alanine amino transférase
<b>AQ</b>	: Assurance Qualité
<b>ARV</b>	: Antirétroviral
<b>ASC</b>	: Agent de Santé communautaire
<b>ATV</b>	: Atazanavir
<b>AZT</b>	: Zidovudine
<b>BDS</b>	: Bureau de District Sanitaire
<b>BPS</b>	: Bureau provincial de la Santé
<b>CAB-LA</b>	: Cabotégavir injectable à Longue durée d'action
<b>CD4</b>	: Lymphocyte présentant un récepteur CD4
<b>CHUK</b>	: Centre hospitalo universitaire de Kamenge
<b>CMV</b>	: Cytomégalovirus
<b>CNLS</b>	: Conseil National de Lutte contre le SIDA
<b>CO</b>	: Clubs d'observance
<b>CPAMP</b>	: Centre de prise en charge multidisciplinaire
<b>CPN</b>	: Consultation pré natale
<b>CPON</b>	: Consultation post natale
<b>CTX</b>	: Cotrimoxazole
<b>CV</b>	: Charge Virale
<b>DIU</b>	: Dispositif Intra-Utérin
<b>DRV</b>	: Darunavir
<b>DTG</b>	: Dolutégravir
<b>EDS</b>	: Enquête Démographique de Santé
<b>EFV</b>	: Efavirenz
<b>ETV</b>	: Etravirine

<b>FOSA</b>	: Formation Sanitaire
<b>FPEV</b>	: Femmes plus exposées au VIH
<b>FTC</b>	: Emtricitabine
<b>Hb</b>	: Hémoglobine
<b>HPEV</b>	: Hommes plus exposés au VIH
<b>HPRC</b>	: Hôpital Prince Régent Charles
<b>HTA</b>	: Hypertension artérielle
<b>IAP</b>	: Indicateurs d'Alerte Précoce
<b>IEC/CCC</b>	: Information Education Communication/ Communication pour le changement de comportement
<b>INH</b>	: Isoniazide
<b>INIs</b>	: Inhibiteur de l'Intégrase
<b>INNRT</b>	: Inhibiteur non nucléosidique de la réverse transcriptase
<b>INRT</b>	: Inhibiteur nucléosidique de la réverse transcriptase
<b>IP</b>	: Inhibiteur de la protéase
<b>IP-r</b>	: Inhibiteur de protéase potentialisé par le ritonavir
<b>IRIS</b>	: Immune reconstitution inflammatory syndrome
<b>IST</b>	: Infection sexuellement transmissible
<b>IVA</b>	: Inspection visuelle à l'acide acétique
<b>IVL</b>	: Inspection visuelle au Lugol
<b>LDH</b>	: Lactate déshydrogénase
<b>LPV</b>	: Lopinavir
<b>MAS</b>	: Malnutrition Aigüe Sévère
<b>MCV</b>	: Maladies cardiovasculaires
<b>MP</b>	: Modèle de dispensation de proximité
<b>MSPLS</b>	: Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida
<b>NFS</b>	: Numération formule sanguine
<b>NVP</b>	: Névirapine
<b>OMS</b>	: Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	: Organisation non-gouvernementale
<b>ONUSIDA</b>	: Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

<b>PCR</b>	: Polymerase Chain Reaction
<b>PE</b>	: Pair Educateur
<b>PEPFAR</b>	: President's Emergency Plan for AIDS Relief
<b>PF</b>	: Planning familial
<b>PNILT</b>	: Programme National Intégré de Lutte contre la Lèpre et la Tuberculose
<b>PNLS/IST/HV</b>	: Programme National de Lutte contre le Sida, les Infections sexuellement transmissibles et les hépatites virales
<b>PPE</b>	: Prophylaxie post exposition
<b>PrEP</b>	: Prophylaxie pré exposition
<b>PSD</b>	: Prestation des services différenciés
<b>PTME</b>	: Prévention de la transmission mère-enfant
<b>PVVIH</b>	: Personnes vivant avec le VIH
<b>RAD</b>	: Résection à l'anse diathermique
<b>RC</b>	: Relais Communautaire
<b>RPT</b>	: Rifapentine
<b>RT</b>	: Reverse Transcriptase
<b>RTV</b>	: Ritonavir
<b>SIDA</b>	: Syndrome d'immunodéficience acquise
<b>SSR</b>	: Santé sexuelle et reproductive
<b>TAR/ TARV</b>	: Traitement antirétroviral
<b>TB</b>	: Tuberculose
<b>TDF</b>	: Ténofovir disoproxil fumarate
<b>TLD</b>	: Ténofovir/Lamivudine/Dolutégravir
<b>TME</b>	: Transmission mère-enfant du VIH
<b>TPIg</b>	: Traitement préventif intermittent du paludisme chez la femme enceinte
<b>TPS</b>	: Technicien de Promotion de la Santé
<b>TPT</b>	: Traitement préventif de la tuberculose
<b>VHB</b>	: Virus de l'hépatite B
<b>VHC</b>	: Virus de l'hépatite C
<b>VIH</b>	: Virus de l'immunodéficience humaine
<b>VSBG</b>	: Violences sexuelles basées sur le genre

## Chapitre I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Au Burundi, le VIH est reconnu comme un problème de Santé Publique, placé au centre des préoccupations du Gouvernement. Selon les données de l'EDSIII 2016-2017, l'infection à VIH se présente sous forme d'épidémie généralisée avec un taux de prévalence de 0,9% au sein de la population générale âgée de 15 à 49 ans avec une séroprévalence de 1,2% chez la femme et de 0,6% chez l'homme dans la même tranche d'âge.

Malgré la faible séroprévalence au sein de la population générale, on observe de taux de séroprévalence encore élevés au sein des populations les plus exposées. En effet, selon l'IBBS 2021, la prévalence du VIH chez les femmes les plus exposées est estimée à 31.0%, celle des hommes les plus exposés est estimée à 5.9% et celle des usagers des drogues injectables est estimée à 14.1%.

Par ailleurs la transmission du VIH de la mère à l'enfant reste problématique dans la mesure où le taux de transmission final incluant la période d'allaitement est estimé à 12.37% ; loin de la cible attendue de moins de 5%.

Devant cette situation, le Burundi a souscrit à la stratégie super fast track visant à éliminer les nouvelles infections pédiatriques et à la stratégie fast track pour atteindre les trois 95 en 2030 qui prévoit d'amener au moins 95% de personnes vivant avec le VIH à connaître leur statut sérologique, de mettre au moins 95% de personnes connaissant leur statut sérologique sous traitement antirétroviral (ARV) et qu'au moins 95% des PVVIH recevant un traitement ARV aient une charge virale indétectable. Pour cela, il a adopté un certain nombre de stratégies innovantes telles que les stratégies de prévention combinée (IEC/CCC, préservatif, PrEP, PPE, circoncision masculine, ...); la stratégie test and treat, les stratégies d'offre des services différenciés (autotest, indexation, DMM,...); introduction des nouveaux schémas thérapeutiques optimisés intégrant le Dolutégravir en première ligne et pour toutes les catégories de population et l'adoption de la charge virale comme approche de suivi de l'efficacité du traitement ARV.

La mise en œuvre de toutes ces interventions a permis d'atteindre un certain nombre de résultats et de réduire les nouvelles infections. Ainsi, selon le rapport annuel 2022 du PNLS/IST/HV, les PVVIH qui connaissent leur statut représentent 92% et parmi celles-ci, 99.9% sont sous ARV. Signalons que 75% des PVVIH sous ARV ont eu accès à la charge virale. Parmi les PVVIH ayant bénéficié de la mesure de la charge virale, 93% ont une charge virale indétectable

Concernant la stratégie super fast track, le même rapport montre que seulement 74 % des femmes enceintes connaissent leur statut sérologique, que 82% femmes enceintes séropositives au VIH ont reçu un TARV durant leur grossesse et/ou le travail d'accouchement et que seulement 41% d'enfants de moins de 15 ans connaissent leur statut sérologique du VIH. Par ailleurs, dans son engagement à poursuivre la vision mondiale de mettre fin au VIH à l'orée 2030 et à atteindre des cibles ambitieuses d'ici 2030, le Burundi à travers le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA, actualise continuellement ses directives pour s'aligner aux orientations de l'OMS.

Les présentes directives, qui actualisent celles de 2020 et l'addendum aux directives de 2021, et qui s'intègrent dans la vision du Plan stratégique national intégré VIH/IST/HV 2023-2027, visent l'adoption des nouvelles approches de prévention, de traitement et d'offre de soins du VIH publiées durant la période de 2020-2023.

## **Chapitre II. PREVENTION DE L'INFECTION A VIH**

Avec ces nouvelles directives, le Burundi adopte l'approche de prévention combinée pour accélérer la réduction des nouvelles infections. En effet, L'approche de prévention combinée est basée sur une combinaison de mesures biomédicales, comportementales et structurelles pour répondre aux besoins actuels de prévention du VIH des individus et des communautés. Elle intègre les grandes stratégies d'IEC/CCC, le recours au dépistage, l'utilisation du préservatif, et l'utilisation des ARV pour la prévention (PrEP et PPE). Les FOSA sont encouragées à collaborer avec la communauté pour faciliter la mise à l'échelle de ces stratégies.

### **II.1. LES GRANDES STRATEGIES DE LA PREVENTION COMBINEE**

#### **II.1.1. IEC/CCC**

En vue de pallier au faible niveau de connaissance de la population en matière de la prévention du VIH, les prestataires de soins sont encouragés à organiser des séances d'éducation pour la santé (IEC/CCC) pour faire passer des messages clés sur les modes de transmission ainsi que les moyens de prévention du VIH actuellement disponible. Il sera une occasion de revenir sur les aspects de lutte contre la stigmatisation/discrimination envers les PVVIH et faire un focus sur la prévention du VIH chez les personnes les plus exposées aux VIH.

#### **II.1.2. Dépistage**

Le dépistage du VIH est la porte d'entrée aux services de prévention, de traitement et de soins de l'infection ainsi que d'autres services de soutien. Les présentes directives s'appuient sur les approches de dépistage décrites dans **les directives de dépistage** du VIH en vigueur : **Autotest, dépistage indexé, dépistage ciblé, dépistage du réseau social de certaines catégories de personnes (ex. Cercle d'amis,) et dépistage au niveau communautaire**. La nouveauté de ces nouvelles directives repose sur l'adoption de l'approche « dépistage comme porte d'entrée aux services de prévention et de traitement du VIH ».

#### **II.1.3. Approche « dépistage comme porte d'entrée aux services de prévention et de traitement du VIH »**

Il s'agit d'une approche consistant à offrir des soins et services de santé à toutes les personnes **quel que soit le résultat du test de dépistage du VIH**.

L'objectif de cette approche est de maximiser les avantages pour la santé individuelle et publique en offrant des références à des services de prévention et de traitement appropriés axés sur :

- Les besoins et centrés sur la personne, de prévention et de traitement appropriés ;
- Les besoins et centrés sur la personne, d'une manière affirmative pour tous ceux qui recherchent des services liés au VIH, quel que soit leur statut sérologique.

Le résultat, qu'il soit positif ou négatif, donne lieu à une implication plus profonde dans le système de santé qui mène à l'atteinte d'un objectif final commun : le VIH n'est plus contracté et transmis.

Cette approche pour être mise en œuvre nécessite un lien étroit et partage de responsabilité claire entre les prestataires qui offrent le dépistage du VIH et ceux en charge des services de prévention et/ou des services de traitement.

Modèle de prestation des soins fondé sur le dépistage : porte d'entrée aux services de prévention et traitement

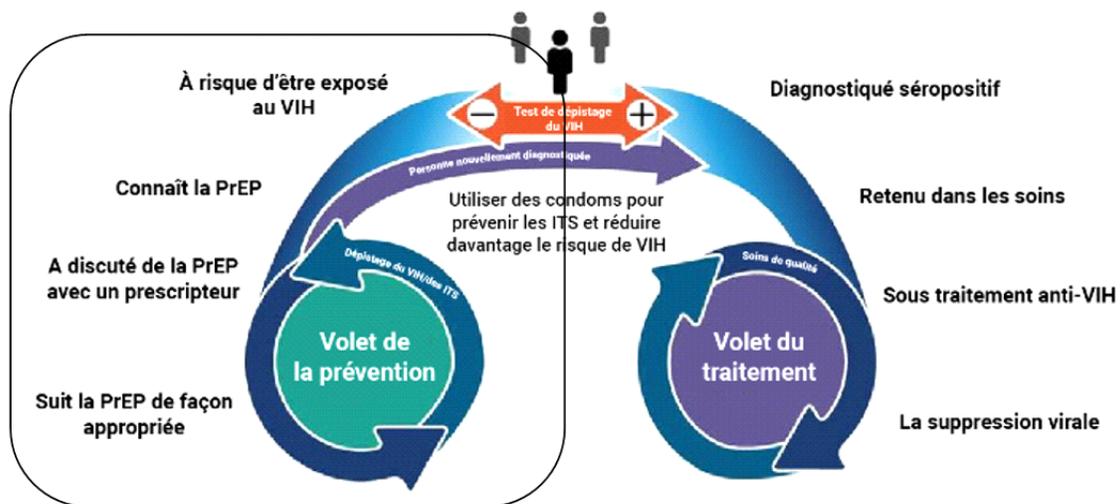


Figure 1. Modèle de prestation des soins fondé sur le dépistage : porte d'entrée aux services de préventions et traitement

#### II.1.4. Utilisation du préservatif

Le préservatif masculin ou féminin reste la méthode de prévention du VIH la plus utilisée et constitue une option peu coûteuse pour le grand nombre de personnes qui courent un risque modérément élevé de contracter le VIH.

Le préservatif, si utilisé correctement, est un moyen de prévention à double protection ; il prévient les grossesses non désirées et les infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH.

Il est recommandé aux prestataires de soins de s'assurer de la disponibilité et de l'accessibilité des préservatifs féminins et masculins pour les utilisateurs au niveau des FOSA et dans la communauté par l'intermédiaire des acteurs communautaires (TPS, ASC, PE, RC, etc.). De plus, ils doivent se rassurer de la disponibilité des gels lubrifiants pour les populations les plus exposées.

## **II.2. UTILISATION DES ARV COMME MOYENS DE PREVENTION**

Les ARV permettent de prévenir la contamination avant et après exposition au VIH. Ils permettent également de réduire sensiblement les risques de transmission du VIH dans ce sens qu'ils rendent indétectable la charge virale.

### **II.2.1. Prophylaxie pré exposition (PrEP)**

La PrEP offre une autre méthode complémentaire de prévention pour les personnes les plus exposées au VIH (les HPEV, les FPEV, les UDI), les femmes enceintes et/ou allaitantes à haut risque de contracter le VIH, les couples sérodiscordants, surtout en cas de charge virale détectable ainsi que d'autres personnes ayant des comportements à haut risque.

Les personnes éligibles doivent remplir les critères suivants :

- ❖ Etre exposé à un risque élevé de contracter le VIH :
  - Personnes qui ont des rapports sexuels sans préservatif avec des partenaires sexuels multiples dont le statut VIH est inconnu ;
  - Personnes qui ont des rapports sexuels rémunérés ;
  - Personnes dont le comportement des partenaires les met en danger ;
  - Personnes qui ont des épisodes d'IST à répétition au cours des 12 derniers mois ;
  - Les partenaires séronégatifs dans un couple sérodiscordant si le partenaire/conjoint séropositif ne prend pas d'ARV ou si sa charge virale est toujours détectable ;
  - Femmes enceintes et/ou allaitantes à haut risque de contracter le VIH ;
  - Utilisateurs récurrents de la PPE.

- ❖ Etre séronégatif
- ❖ Avoir la volonté de prendre la PrEP quotidiennement et comme prescrit
- ❖ N'avoir pas de contre-indications médicales telles que décrites dans le guide sur l'utilisation de la PrEP au Burundi.

**NB :**

- ❖ La PrEP est utilisée en combinaison avec d'autres moyens de prévention comme le préservatif pour maximiser la réduction des risques.
- ❖ La PrEP ne protège pas contre les IST, les Hépatites virales et les grossesses non désirées.

### a. Les schémas thérapeutiques de la PrEP

Les schémas thérapeutiques de la PrEP sont basés sur des combinaisons de médicaments ARV :

- Ténofovir (TDF) et Lamivudine (3TC) ;
- D'autres schémas thérapeutiques recommandés sont le Cabotégavir injectable à action prolongée (CAB-LA) et l'anneau vaginal à base de Dapivirine (DVR).

### b. Les modalités d'utilisation de la PrEP Oral

#### i) PrEP orale continue

- Une prise quotidienne du TDF 300mg /3TC300mg (ou TDF300mg /FTC200mg) de façon continue jusqu'à la cessation du risque d'exposition ;
- Le niveau de protection est atteint après **sept (7) jours** de prise ;
- Il faut la visite clinique après 1 mois, 3 mois, puis tous les 3 mois pour renforcer l'observance ;
- Faire le test VIH tous les 3 mois pour s'assurer que la personne reste séronégative.

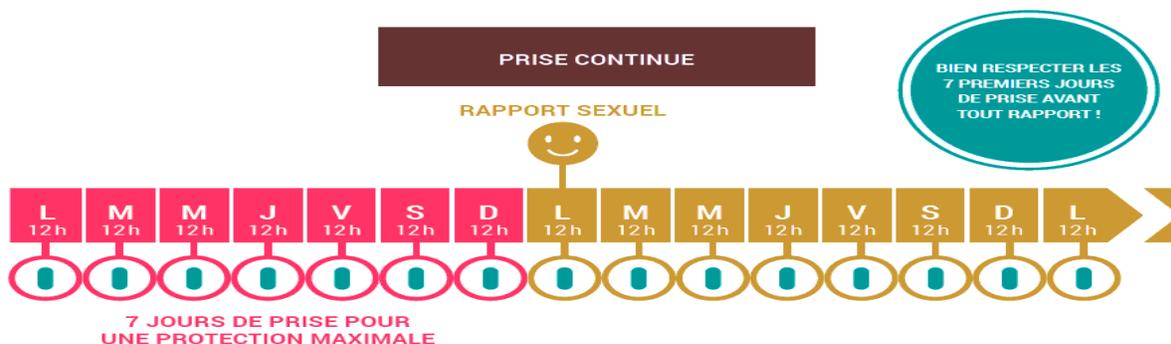


Figure 2 : PrEP orale continue



#### Précautions :

- ❖ Comme pour la PrEP orale et la Dapivirine, un test de dépistage du VIH est nécessaire avant de proposer le CAB-LA et devrait être effectué avant chaque injection pendant son utilisation et après l'arrêt ;
- ❖ Dans la mesure du possible, un bilan hépatique comprenant le dépistage des hépatites virales B et C ainsi que les tests enzymatiques devrait être proposés avant d'instaurer la PrEP à base de CAB-LA. Cependant, ce bilan ne devrait pas retarder la mise en route de la PrEP ;
- ❖ Le CAB-LA ne peut pas être utilisé chez les personnes avec une hépatite virale aiguë ou une maladie hépatique avancée et pourra être stoppé en cas d'hépatotoxique confirmée.

## II.2.2. Prophylaxie post exposition (PPE)

### *a. Cas d'accident d'exposition aux liquides biologiques*

Un accident d'exposition aux liquides biologiques (AELB) est défini comme un contact avec du sang et/ou un autre liquide biologique contaminé lors d'une effraction cutanée (piqûre ou coupure) ou par un contact suite à une projection sur une plaie, une peau lésée ou une muqueuse. Il expose à un risque de transmission du VIH et des hépatites virales B et C.

Devant un accident d'exposition aux liquides biologiques, la personne exposée doit consulter immédiatement et une prise en charge appropriée doit être entreprise.

La PPE étant une urgence, elle doit être débutée le plus tôt possible au mieux dans les premières minutes et dans tous les cas avant 48 heures. La durée de la prophylaxie est de quatre semaines.

Le schéma recommandé dans le cadre de la PPE est :

- **TDF/3TC /DTG à partir de 10 ans**
- **ABC/ 3TC+DTG pour les moins de 10 ans**

### ***b. Cas d'exposition sexuelle***

La personne exposée doit se rendre le plus tôt possible vers une structure de soins. La PPE par les ARV sera prescrite dans les mêmes conditions qu'en cas d'exposition aux liquides biologiques. Le schéma recommandé et la durée de prise sont identiques à celui de la post exposition aux liquides biologiques.

En cas de consultations à répétition pour exposition sexuelle, une évaluation des besoins pour introduire la PrEP est recommandée.

#### **En outre, en cas de VSBG, il faut :**

- Retrouver le partenaire ou l'agresseur, surtout pour le dépistage et la liaison aux services de prévention ou de traitement du VIH.
- Encourager la victime à prendre des dispositions médico-légales nécessaires.
- En plus de la sérologie VIH, un test de grossesse, le dépistage et la prise en charge des autres IST doivent être faits. En cas d'absence de grossesse, il faut initier la PF.

### **II.2.3. Traitement ARV d'une personne séropositive comme moyen de prévention**

L'initiation précoce du traitement ARV chez une personne dépistée VIH+ et une bonne observance permettent de rendre rapidement la charge virale indétectable, et ainsi de rompre la chaîne de transmission du VIH.

Les évidences scientifiques montrent qu'il n'y a pas de risque transmettre le VIH en cas de charge virale indétectable (I=I). Le statut d'indéfectabilité de la charge virale ne signifie pas que la personne n'a plus le VIH. Il faut noter que le statut d'indéfectabilité peut changer à tout moment, surtout en cas de mauvaise observance. Les prestataires sont encouragés à évaluer et à renforcer l'observance au traitement et le suivi à chaque contact avec une PVVIH sous TARV afin de maintenir ce statut.

L'optimisation du traitement renforce l'adhérence aux traitements, diminue la stigmatisation/discrimination et donne un sentiment d'être un agent de prévention.

### **II.3. PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MERE A L'ENFANT (PTME)**

La PTME reste une stratégie importante pour la prévention de la transmission du VIH, de la syphilis et de l'hépatite virale B de la mère à l'enfant. Elle est basée sur 4 piliers qui sont :

#### **II.3.1. Prévention primaire de l'infection à VIH chez les femmes en âge de procréer**

Les interventions principales se rapportant à ce pilier sont les mêmes que celles préconisées pour la population générale. Elles incluent l'IEC/CCC, le recours au dépistage, l'utilisation du préservatif, et l'utilisation des ARV pour la prévention (PrEP et PPE).

Il est recommandé de :

- Faire le dépistage du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes systématiquement et précocement en CPN1 afin de les lier le plus tôt possible aux services de prévention ou de traitement et ainsi réduire au maximum les risques d'exposition au VIH du futur bébé ;
- Si le 1<sup>er</sup> test VIH est négatif, évaluer le risque d'exposition de la femme et envisager la PrEP pendant la grossesse et la période d'allaitement pour réduire les risques de TME ;
- Si le 1<sup>er</sup> test pour le VIH a été négatif répéter le test au troisième trimestre de grossesse. Dans tous les cas, les prestataires de soins doivent évaluer le risque du VIH à chaque contact avec la femme enceinte afin de proposer le test en cas de risque ;
- Vérifier systématiquement le statut VIH en salle de travail/accouchement et faire le dépistage si le statut est inconnu ou le test VIH date de plus de 3 mois ;
- Faire /proposer le dépistage des hépatites virales B et C chez les femmes enceintes venues en CPN1

#### **II.3.2. Prévention des grossesses non désirées chez les femmes VIH+**

Pour réussir ce pilier, il est recommandé aux prestataires de renforcer l'intégration de la PF dans les services VIH et vice versa et aux relais communautaires d'encourager les femmes vivant avec le VIH d'en faire la demande.

### II.3.3. PTME proprement dite

Les principales interventions se rapportant à ce pilier sont entre autres :

#### **a. La mise sous ARV**

A la fois pour éviter la transmission du VIH de la mère à l'enfant mais également pour le bénéfice propre de la mère, le TARV doit être débuté le plus tôt possible, dès que sa séropositivité est connue et il est poursuivi à vie.

La mise sous TARV est initiée le plus tôt possible, de préférence le même jour chez la femme dépistée VIH+.

Le schéma thérapeutique de première ligne recommandé chez la femme enceinte ou allaitante est :

- **TDF/3TC/DTG : 1 comprimé par jour. (1<sup>ère</sup> intention)**
- **TDF/3TC/EFV (400) :1 Comprimé par jour (alternative)**

Il est recommandé aux prestataires de :

- Supplémenter la femme enceinte en acide folique durant toute la durée de la grossesse ;
- Initier la prophylaxie à base de cotrimoxazole chez la femme enceinte dépistée VIH+ sauf si elle est sous TPIg ;
- Faire le screening de la TB et initier la prophylaxie si screening négatif ;
- Traiter la syphilis si positive par Benzathine Pénicilline G : Extencilline 2 ,4 Million UI en IM en une prise ou Procaïne Pénicilline G : 1,2 Million UI pendant 10-14 jours. (Contre-indication absolue de la doxycycline chez la femme enceinte) ;
- Si syphilis positive, il est fortement recommandé de traiter le partenaire sexuel pour rompre la chaîne de transmission ;
- Renforcer l'observance et la continuité des soins ;
- Identifier les groupes de soutien communautaires disponibles (mamans mentor, paires, réseaux des PVVIH, etc.) et conseiller à la femme d'y adhérer ;
- Adapter l'approvisionnement en ARV aux rendez-vous des autres soins maternels et infantiles (Vaccination, CPoN, ...) ;
- Rechercher activement et relancer les cas de retard aux rendez-vous, d'abandons et de perdues de vue en collaboration avec les acteurs communautaires (Maman mentor et relais communautaires) ;
- Organiser régulièrement des groupes de paroles (trimestriellement) ;
- Organiser des visites à domiciles au cas échéant.

### **b. Le suivi de la CV chez la femme enceinte/allaitante séropositive au VIH**

L'intérêt de la mesure de la CV chez toute femme enceinte ou allaitante séropositive au VIH est de s'assurer de l'indéteçtabilité de la CV pour minimiser le risque de transmission du virus de la mère à l'enfant.

Pour la femme infectée par le VIH déjà sous TARV, il est recommandé de réaliser une charge virale dès la première consultation prénatale si la charge virale antérieure date de plus de 3 mois et refaire la charge virale tous les trois mois jusqu'au sevrage au lait maternel.

Pour la femme enceinte nouvellement dépistée séropositive au VIH, il faut réaliser une première charge virale 3 mois après initiation du TARV et refaire la charge virale tous les trois mois jusqu'au sevrage au lait maternel.

NB : la mesure de la CV chez une femme enceinte ou allaitante est une urgence et l'utilisation des machines **GeneXpert** devrait être privilégiée.

### **c. L'accouchement à moindre risque**

La voie basse est préférée mais il est nécessaire de le faire proprement :

- Désinfecter le vagin ;
- Raccourcir le délai entre la rupture des membranes et l'accouchement ;
- Limiter les gestes invasifs : éviter l'épisiotomie et les extractions instrumentales, ne pas traire le cordon, aspiration douce de l'enfant en cas de strict nécessité ;
- Nettoyer les sécrétions à l'aide d'une compresse stérile ;
- Nettoyer les yeux du nouveau-né avec du sérum physiologique avant d'instiller le collyre antibiotique.

Il est recommandé aux prestataires de renforcer l'adhérence au TARV chez la femme enceinte pour qu'elle ait la charge virale VIH (CV) indéteçtable au troisième trimestre.

### **d. Prophylaxie ARV du nouveau-né**

Pour minimiser le risque de transmission du VIH à l'enfant, en plus du traitement de la mère, une prophylaxie ARV chez le nouveau-né doit être instaurée dès la naissance en fonction du poids.

Tableau 1: Prophylaxie ARV recommandée au nouveau-né d'une mère VIH+

Personnes	Mère	Nouveau-né
Nouveau -né	Peu importe la date de début de la PTME chez la mère (ARV)	<b>Bithérapie pendant 12 semaines :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• NVP une prise /j pendant 12 semaines</li><li>• AZT deux prises/j pendant 12 semaines</li></ul>

**NB** : Le nourrisson doit rester sous prophylaxie ARV jusqu'à ce que la charge virale de la mère soit indétectable (moins de 50 copies/millilitre de sang).

Le tableau ci-dessous montre la dose de NVP et d'AZT dès la Naissance.

Tableau 2: Dose de NVP et d'AZT chez le nouveau-né

Enfant	Dose NVP	Dose AZT
<b>De la Naissance à 6 semaines de vie</b>		
PN entre 2000g-2500g	10mg/j (1ml/j)	10mgx2 /j (1mlx2/j)
PN>2500g	15 mg/j (1,5ml/j)	15mgx2/j (1,5mlx2 /j)
<b>De 6 semaines à 12 semaines</b>		
	20mg/j (2ml/j) ou 1/2cp de 50mg/j	60mgx2/j (6mlx2 /j) ou 1cp de 60mgx2 /j

#### e. Diagnostic précoce du VIH chez l'enfant exposé

En l'absence de traitement, la mortalité chez le nourrisson infecté par le VIH est très élevée (25 à 30 %) au cours de la première année de vie. Il est donc indispensable de réaliser un dépistage précoce du VIH, d'assurer un rendu rapide des résultats et de débiter rapidement un traitement chez les enfants ayant un résultat PCR positif.

Le diagnostic précoce du VIH se fera comme suit :

- ❖ **Chez le nourrisson de moins de 18 mois** dont l'exposition au VIH est connue ou incertaine, un test virologique (PCR ADN) doit être réalisé à l'âge de **4 à 6 semaines ou dès que possible si la PCR1 n'a pas été réalisé à cette période** ;
  - Si la PCR 1 est négative, faire une deuxième PCR à **9 mois** et initier un traitement ARV si le résultat est positif ;
  - Refaire la PCR 3 : 6 semaines après sevrage ;
- ❖ **Chez un enfant âgé de 18 mois ou plus, chez qui une infection à VIH ou une exposition au VIH est suspectée**, il est recommandé de réaliser un test sérologique conformément à l'algorithme national en place pour le dépistage de l'infection à VIH chez l'adulte.

**Chez un nourrisson qui présente des signes ou des symptômes évocateurs d'une infection à VIH** (Candidose buccale, Pneumonie sévère, Septicémie sévère, Décès maternel récent en rapport avec le VIH ou une infection VIH à un stade avancé chez la mère) il est recommandé de réaliser **un test virologique** si enfant a moins de 18 mois et **un test sérologique** si enfant a 18 mois et plus.

- ❖ Si la femme est dépistée VIH+ pendant l'allaitement : initier le TARV, faire PCR si l'âge inférieur à 18 mois et la sérologie si l'âge supérieur à 18 mois ;
  - Si le test est positif, mettre l'enfant sous TARV
  - Si le test est négatif, initier la prophylaxie ARV (AZT et NVP) jusqu'à ce que la charge virale de la mère soit indétectable (moins de 50 copies par millilitre) et conseiller le sevrage si le nourrisson a atteint 12 mois ;
- ❖ Pour le Nouveau-né ou nourrisson à statut sérologique inconnu ou incertain dont sa mère est introuvable, faire le test sérologique pour rechercher le statut d'exposition :
  - Si la sérologie est positive, faire un test PCR (si l'enfant a moins de 18 mois) et prendre en charge selon les résultats ;
  - Si la sérologie est négative, rassurer le tuteur et offrir les soins et services de routine.

**NB :**

- ❖ Si la PCR est positive, prélever un autre échantillon pour un test de confirmation puis initier le TARV en attendant le résultat ;
- ❖ Il est recommandé de faire la PCR au nouveau-né à la naissance (0 à 2 jours) dans les cas suivants :
  - Si la femme a commencé le TARV après 34 SA ou en salle d'accouchement
  - Si une femme enceinte est nouvellement dépistée VIH positif au moment de l'accouchement ou tard au troisième trimestre ;
  - Si la charge virale d'une femme enceinte sous TARV est détectable au troisième trimestre.
- ❖ Si le résultat de la PCR à la naissance est négatif, réaliser la PCR à l'âge de 4 à 6 semaines et continuer le suivi PCR selon l'algorithme en vigueur ;
- ❖ Étant donné que le calendrier vaccinal correspond exactement au calendrier de dépistage précoce du nourrisson, il est recommandé d'aligner le RDV de dépistage à la date de vaccination correspondant et de renforcer l'intégration du dépistage précoce de l'enfant exposé dans les services de vaccination.

#### **II.3.4. Soins et soutien du couple mère-enfant et de la cellule familiale**

Une approche globale de lutte contre l'infection à VIH pédiatrique comprend le soutien et le traitement des parents et de la fratrie (des frères et des sœurs) afin de préserver l'unité familiale, d'assurer un environnement stable favorisant la croissance et le développement des enfants ainsi que de réduire le nombre des orphelins.

##### ***a. Recommandations relatives à l'alimentation des nourrissons***

L'allaitement au sein exclusif présente un risque de transmission du VIH inférieur à l'allaitement mixte au cours des 6 premiers mois de vie.

La présence d'un TARV efficace pendant toute la durée de l'allaitement (allaitement maternel protégé) permet de réduire de façon très importante le risque de transmission du VIH au nourrisson.

L'allaitement artificiel augmente le risque de mortalité du nourrisson dans les pays en développement.

Par conséquent, les mères vivant avec le VIH peuvent allaiter au sein jusqu'à 12 mois tout en étant pleinement soutenues pour l'observance au TARV afin de maintenir la CV indétectable.

Pour toute femme qui allaite, quel que soit le moment où le traitement ARV a été initié, effectuer un test de charge virale tous les trois mois après accouchement jusqu'à l'arrêt de l'allaitement.

## **Chapitre III. UTILISATION DES ANTIRETROVIRAUX POUR LE TRAITEMENT DU VIH**

### **III.1. PREPARATION DE LA PERSONNE NOUVELLEMENT DEPISTEE VIH POSITIVE AVANT DE DEBUTER LE TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL**

Il est recommandé de:

- Refaire systématiquement le test VIH pour toute personne nouvellement dépistée VIH+ par une autre personne que celle qui a offert le 1er test et sur un autre prélèvement pour confirmer le statut VIH positif avant d'initier le traitement ARV. En effet, ceci permettra d'éviter l'enrôlement sous traitement ARV à vie chez une personne faussement séropositive (directives de l'OMS).
- Mener une discussion détaillée avec la personne nouvellement dépistée VIH positif (Counseling) afin de lui expliquer les bénéfices du traitement, la dose, les horaires de prise, les possibles effets secondaires, les interactions médicamenteuses, les avantages de rester sur la première ligne, le suivi sous ARV et une bonne observance pour éviter la survenue des résistances au traitement. Chez les enfants, le prestataire de soins doit mener une discussion détaillée avec les parents ou avec le tuteur et doit porter aussi sur la révélation de la maladie à l'enfant selon le degré de maturité (processus d'annonce de la sérologie).
- Informer la PVVIH qu'après une bonne prise du TARV prouvée par un succès immunologique, clinique et virologique elle pourra être considérée comme PVVIH stable et pourra commencer les prestations des services différenciés (PSD).

### **III.2. CONSULTATION MEDICALE POUR DEBUTER LE TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL CHEZ LA PERSONNE NOUVELLEMENT TESTEE ET CONFIRMEE VIH POSITIF**

Après avoir confirmé que le 1er résultat est réellement positif par une autre personne et sur un autre prélèvement, le prestataire de soins offrira à la personne VIH+ un paquet de service comprenant, en plus du conseil pré-thérapeutique, le traitement ARV, la Prophylaxie au Cotrimoxazole et le traitement préventif de la Tuberculose. Il devra en outre vérifier si la notification des partenaires sexuels et le dépistage des enfants biologiques ont été abordés et proposés lors des séances du conseil post test.

Il faut noter que la 1ère consultation médicale est un moment important pour poser les bases de la réussite du traitement ARV à travers le conseil pré-thérapeutique.

**N.B. :**

- ❖ *Il faudra garder à l'esprit que selon l'OMS, une personne sur trois vivant avec le VIH se présente dans les services de soins à un stade avancé.*
- ❖ *Les PVVIH à un stade avancé de la maladie à VIH sont exposées à un risque élevé de décès, même après avoir commencé le traitement ARV. (Voir le chapitre sur la maladie à VIH au stade avancé).*

### **III.3. THERAPIE ANTIRETROVIRALE**

#### **III.3.1. Objectifs du traitement antirétroviral**

**Le but du traitement ARV** est de :

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

**Les principes de traitement** sont :

- Une approche de santé publique qui privilégie la standardisation et la simplification des schémas de traitement. Ainsi, les orientations fournies sont complètes et couvrent l'utilisation des ARV pour différentes tranches d'âge et pour différentes catégories de populations.
- Un traitement ARV à base d'une trithérapie pour maximiser l'efficacité du traitement
- Maximiser la durabilité et l'efficacité des traitements ARV de première ligne et proposer des possibilités de 2ème et 3ème ligne chez les PVVIH en échec thérapeutique.

### III.3.2. Quand et comment initier le traitement ARV ?

Le traitement ARV doit être initié le plus tôt possible, de préférence le même jour ou au plus tard dans les 7 jours, à toute personne ayant été dépistée positive et confirmée VIH+.

Pour toutes les PVVIH, après la prise des paramètres vitaux et avant d'introduire les ARV, il faut d'abord s'assurer, pour chaque molécule qui va être utilisée, de l'absence de contre-indications et mesurer le poids pour connaître la dose à prescrire en particulier chez les nourrissons et les enfants.

#### ➤ **Chez l'enfant**

Lors de la première consultation médicale chez l'enfant, il est primordial d'instaurer une relation de confiance avec l'enfant et/ou son parent (tuteur).

La 1<sup>ère</sup> consultation médicale est un moment important pour poser les bases de la réussite du TAR.

Il est important que la consultation soit centrée sur l'enfant, quel que soit son âge.

La consultation se fait en deux temps et le même jour (sauf chez le nourrisson et le très jeune enfant)

❖ **Temps 1** : avec le parent/tuteur seul, permet de :

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

❖ **Temps 2** : avec l'enfant et son parent/tuteur :

- Ouverture du dossier médical (vérifier que l'adresse et le téléphone du parent/tuteur ont été renseignés) ;
- Prendre les contacts de deux personnes référentes ;
- Interrogatoire recherche :
  - Les antécédents de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) ;
  - Les principaux antécédents médicaux (tuberculose, hépatites virales, diabète, hospitalisations, etc.) ;

- Le suivi du calendrier vaccinal, l'administration de la vitamine A et du déparasitage (surtout avant 5 ans) ;
- Examen clinique complet de l'enfant, incluant le poids, la taille et l'indice de masse corporelle (IMC);
- Prescription des examens complémentaires, du traitement préventif de la tuberculose et du cotrimoxazole (CTX) ;
- Explications claires sur la synthèse de la consultation et les étapes suivantes (prochain rendez-vous...).

### III.4. PROTOCOLES DE TRAITEMENT ARV

#### III.4.1. Schémas de traitement chez l'adulte et l'adolescent

##### III.4.1.1. Schéma de traitement ARV de 1<sup>ère</sup> ligne

Le schéma de première ligne recommandé comprend 2 INRT et 1 INIs (Inhibiteur de l'intégrase). Il s'agit d'un schéma efficace, simplifié, mieux toléré, et disponible sous forme combinée en comprimé unique.

Tableau 3: Schéma de première ligne recommandée chez l'adulte et l'adolescent

Catégorie de population	Option de 1 <sup>ère</sup> ligne recommandée	Alternatives pour la 1 <sup>ère</sup> ligne
Adultes, adolescents et femmes en âge de procréer ou femme enceinte/allaitante	TDF/3TC/DTG	TDF/3TC/EFV400 (TLE) ou ABC/3TC+DTG

En cas de grossesse, prescrire DTG et supplémenter en acide folique durant toute la durée de la grossesse.

**NB.**

➡ Les patients qui sont déjà sous AZT/3TC+DTG doivent rester sur ce schéma

### III.4.1.2. Schéma de traitement ARV de 2ème ligne

Le traitement de 2ème ligne est proposé **en cas d'échec thérapeutique de la 1ère ligne de traitement** (cfr. Chap. sur l'échec thérapeutique). Il doit comprendre trois ARV dont un provient d'une nouvelle classe de traitement non encore utilisée pour le patient.

Tableau 4: Schéma de deuxième ligne recommandée chez les adultes et les adolescents

Catégorie de population	Patient en échec sous 1ère ligne	Option de 2ème ligne recommandée
Adultes et adolescents	TDF/3TC/DTG	ABC/3TC + ATV/r
	TDF/3TC/EFV400	ABC/3TC + ATV/r
	ABC/3TC+DTG	AZT/3TC + ATV/r ou TDF*/3TC+ATV/r

**\*Pour les PVVIH qui n'ont jamais été sous TDF**

### III.4.1.3. Le schéma de traitement ARV de 3ème ligne

Tout changement pour une troisième ligne **doit être décidé par un comité d'Experts (Cliniciens, Pharmaciens et le PNLS/IST/HV)** en cas d'échec confirmé de la 2ème ligne de traitement.

Le choix des médicaments composant la 3ème ligne comprendrait un anti-intégrase et un IP/r nouvelle génération. En pratique le Dolutégravir et le Darunavir/ritonavir seraient respectivement l'anti-intégrase et l'anti-protéase de choix associé à INNRT ou à l'Etravirine : DRV+ RTV (ou DRV/r) + DTG + INNRT (ETV).

## III.4.2. Schémas de traitement ARV chez les nourrissons et l'enfant

### III.4.2.1. Le schéma de traitement ARV de 1ère ligne.

Tout nourrisson et enfant diagnostiqué VIH positif (par PCR avant 18 mois ou par sérologie dès 18 mois de vie) doit être mis immédiatement sous ARV. Compte tenu de l'immaturation métabolique, de la tolérance, de la facilité de prise et de la disponibilité des formulations pédiatriques, les molécules du traitement ARV chez l'enfant sont choisies sur base de considérations d'âge, de poids et de l'existence des coïnfections et autres comorbidités.

Tableau 5: Schémas de première ligne recommandée chez le nourrisson et l'enfant

Tranche d'âge	Option de 1 <sup>ère</sup> ligne recommandée	Alternative pour la 1 <sup>ère</sup> ligne
Nouveau nés ( $\leq 4$ semaines)	AZT/3TC+NVP	AZT+3TC+RAL
1mois - 6 ans (3 - 20kg)	ABC/3TC+DTG <sub>10 mg</sub> ou ABC/3TC/DTG <sub>5mg</sub>	AZT/3TC+DTG <sub>10 mg</sub> ou ABC /3TC+LPV/r (100/25mg)
>6ans -10 ans (20 -30 Kg)	ABC/3TC+DTG <sub>50 mg</sub>	AZT/3TC+DTG <sub>50 mg</sub> ou ABC /3TC+LPV/r (100/25mg)
Plus de 10 ans et poids $\geq 30$ kg	TDF/3TC/DTG	ABC/3TC+DTG <sub>50 mg</sub>

**N.B :**

- ❖ Le schéma ARV à base de AZT/3TC+ NVP est recommandé chez le nouveau-né de 0-4 semaines d'âges si le résultat PCR est disponible.
- ❖ Il faut une transition aussi rapide que possible vers ABC/3TC+DTG après 4 semaines d'âge ( $\geq 6$ kg).

#### III.4.2.2. Le schéma de traitement ARV de 2<sup>ème</sup> ligne.

Comme chez l'adulte, le traitement de 2<sup>ème</sup> ligne est proposé à l'enfant **en cas d'échec thérapeutique de la 1<sup>ère</sup> ligne de traitement.**

Tableau 6: Schémas de deuxième ligne recommandée chez le nourrisson et l'enfant

Population	Echec sous 1 <sup>ère</sup> ligne	Option recommandée pour la 2 <sup>ème</sup> ligne
Nourrisson et enfants de moins de 10 ans	ABC/3TC+DTG	AZT/3TC+LPV/r (100/25mg)
	ABC/3TC+LPV/r (100/25mg)	AZT/3TC+DTG

**N B.**

- *Un échec thérapeutique chez l'enfant surtout de moins de 3 ans ne devrait pas se voir compte tenu des délais courts de traitement. Il s'agit le plus souvent de question de dose ou de continuité du traitement.*
- *Le schéma thérapeutique de deuxième ligne pour les enfants de plus de 10 ans est identique à celui des adultes*

### **III.4.3. Les schémas de traitement ARV dans les situations particulières**

#### **III.4.3.1. Cas de coïnfection VIH/Tuberculose**

##### **a. Adulte et adolescent**

Le traitement de la TB doit être initié en premier, suivi au plus vite par le TARV sans dépasser 2 semaines après le début du traitement de la tuberculose.

La tuberculose (TB) est une infection opportuniste fréquente dans les pays en développement. Elle est une porte d'entrée fréquente dans la prise en charge des PVVIH.

Le schéma de première intention recommandé chez les patients adultes qui n'ont pas encore démarré le traitement ARV est : **TDF/3TC/DTG**.

**N.B :**

- ❖ **Etant donné l'effet antagoniste de la Rifampicine sur le DTG, la dose journalière du DTG doit être doublée.**
- ❖ **La prise de la dose additionnelle de DTG est à espacer de 12 heures avec le schéma TDF/3TC/DTG durant toute la période de traitement de la tuberculose.**

Pour les PVVIH qui développent une TB étant déjà sous TAR, le schéma ARV doit être adapté comme le montre le tableau ci-dessous :

Tableau 7: Schémas de traitement ARV recommandés chez l'adulte et l'adolescent en cas de coinfection TB/VIH

1 <sup>ère</sup> ligne ou seconde ligne de traitement ARV	Traitement ARV au moment de la survenue de la TB	Les options
1 <sup>ère</sup> ligne	TDF/3TC/DTG	Continuer le même traitement en doublant la dose de DTG durant la période du traitement anti-TB. La prise de la dose additionnelle de DTG est à espacer de 12 heures avec le schéma TDF/3TC/DTG.
	AZT/3TC+ DTG	Continuer le même traitement en doublant la dose de DTG durant la période du traitement anti-TB. La prise de la dose additionnelle de DTG est à espacée de 12 heures avec le schéma AZT/3TC+DTG
	TDF/3TC/EFV (400)	Continuer le même traitement
2 <sup>e</sup> ligne	AZT/3TC+ ATV/r	<b>AZT/3TC+ LPV/r</b> (remplacer l'ATV/r par du LPV/r et doubler la dose de LPV/r durant la période de prise de traitement anti-TB est à espacée de 12 heures avec le schéma
	TDF/3TC/DTG	Continuer le même traitement en doublant la dose de DTG durant la période du traitement anti-B la dose additionnelle de DTG est à espacée de 12 heures avec le schéma TDF/3TC/DTG
	ABC/3TC+DTG	Continuer le même traitement en doublant la dose de DTG durant la période du traitement anti-TB. La prise de la dose additionnelle de DTG est à espacée de 12 heures avec le schéma ABC/3TC+DTG

**b. Schémas de traitement ARV recommandé chez l'enfant et le nourrisson en cas de coïnfection tuberculose/VIH**

- ❖ Si le diagnostic de la TB intervient chez un enfant non encore sous ARV, le traitement de la TB doit être initié en premier. Le TARV sera introduit le plus tôt possible de préférence dès que le traitement antituberculeux est toléré sans dépasser 2 semaines depuis le début du traitement de la tuberculose.
- ❖ Si l'enfant était sous TARV à base de DTG, débiter le traitement antituberculeux et doubler la dose de DTG (1 comprimé toutes les 12H) jusqu'à l'arrêt du traitement antituberculeux et revenir à la dose de DTG une fois par jour.
- ❖ Si l'enfant était sous TARV à base de LPV/r ou ABC, débiter le traitement antituberculeux et remplacer LPV/r par DTG en doublant la dose de DTG (1 comprimé toutes les 12H) jusqu'à l'arrêt du traitement antituberculeux et maintenir le schéma à base de DTG une fois par jour.

*Tableau 8: Enfant sous antituberculeux qui débute les ARV*

Traitement antituberculeux	Age	Recommandations de traitement ARV
Enfant déjà sous traitement antituberculeux qui débute le TARV	1 mois -6 ans (3 - 20kg)	ABC/3TC+DTG <sub>10 mg</sub> et doubler la dose de DTG durant la période du traitement anti-TB.
	>6ans -10 ans (20 -30 Kg)	ABC/3TC+DTG <sub>50 mg</sub> et doubler la dose de DTG durant la période du traitement anti-TB.
	Plus de 10 ans et (≥ 30 kg)	TDF/3TC/DTG et doubler la dose de DTG durant la période du traitement anti-TB.

**N.B. La prise de la dose additionnelle de DTG sera espacée de 12 heures avec le schéma à base de DTG.**

Tableau 9: *Enfant sous ARV qui débute les antituberculeux*

1 <sup>ère</sup> ligne ou seconde ligne de traitement ARV	Traitement ARV au moment de la survenue de la TB	Les options
1 <sup>ère</sup> ligne	<b>ABC/3TC+DTG</b>	Continuer le même traitement en doublant la dose de DTG durant la période du traitement anti-TB.
	<b>AZT/3TC+ DTG</b>	Continuer le même traitement en doublant la dose de DTG durant la période du traitement anti-TB.
	<b>ABC/3TC+LPV/r</b>	Remplacer LPV/r par DTG et doubler la dose de DTG (1cex2/jour) durant la période de prise de traitement anti-TB
	<b>TDF/3TC/DTG</b>	Continuer le même traitement en doublant la dose de DTG durant la période du traitement anti-TB.
2 <sup>e</sup> ligne	<b>AZT/3TC+ ATV/r</b>	<b>AZT/3TC+ DTG si pas de contre-indication</b> (remplacer l'ATV/r par du LPV/r et doubler la dose de LPV/r durant la période de prise de traitement anti-TB
	<b>AZT/3TC+DTG</b>	Continuer le même traitement en doublant la dose de DTG durant la période du traitement anti-B.
	<b>TDF/3TC/DTG</b>	Continuer le même traitement en doublant la dose de DTG durant la période du traitement anti-TB.

**N.B. La prise de la dose additionnelle de DTG sera espacée de 12 heures avec le schéma à base de DTG**

### III.4.3.2. Coïnfection VIH/Hépatite B

La recommandation de traitement ARV chez l'adulte et l'adolescent en cas de coïnfection VIH/VHB est une trithérapie associant **TDF/3TC/DTG**.

En cas d'échec sous première ligne, une PVVIH coïnfectée avec le VHB devra recevoir un schéma contenant toujours TDF

- **TDF+AZT/3TC+DTG**
- **TDF+AZT/3TC+ATV/r**
- **TDF+ABC/3TC+DTG**

**N.B :**

- ❖ **Si la combinaison de substitution à la première ligne ne renferme pas TDF, la PVVIH coïnfectée avec le VHB continuera à prendre le TDF en plus des molécules ARV prescrites en deuxième ou troisième ligne.**

Le nouveau-né d'une mère infectée VIH/VHB doit recevoir un vaccin contre l'hépatite B à la naissance dans les 24 premières heures de vie et compléter le calendrier vaccinal.

En cas de coïnfection VIH/Hépatites virales chez un enfant de moins de 10 ans, il faut référer chez un spécialiste.

### III.4.3.3. Coïnfection VIH/Hépatite C

La co-infection VIH et VHC est fréquente en raison des modes de transmission communs de ces deux virus. La co-infection par le virus de l'hépatite C entraîne une augmentation de la morbidité due aux maladies du foie et une mortalité globale plus élevée. Les patients coïnfectés VIH-VHC évoluent rapidement vers la cirrhose hépatique. Les interactions nocives entre ces virus sont actuellement bien connues, en particulier l'accélération par le VIH de l'histoire naturelle de l'infection à VHC. Des progrès récents ont été réalisés dans le diagnostic et la prise en charge des patients coïnfectés par le VIH-VHC (Cfr Directives nationales pour la prévention et le traitement des hépatites virales).

#### **III.4.3.4. VIH et malnutrition**

La plupart des patients vivant avec le VIH répondent au traitement de la MAS aussi bien que les patients sans VIH. Cependant ceux qui ont un taux très bas de CD4 et /ou une charge virale élevée ont une mortalité plus élevée. Afin de minimiser les effets secondaires des ARV, il faut commencer par le traitement de la MAS, au minimum 2 semaines avant l'introduction des ARV. Une fois que le patient souffrant de MAS est traité de façon satisfaisante et qu'il a reçu des doses suffisantes de nutriments essentiels qui lui permettent de résister aux effets toxiques des médicaments ARV, commencer le traitement ARV et suivre le protocole national.

En cas d'absence de réponse au traitement pour la MAS, débiter le traitement ARV après deux semaines de traitement de MAS avec du F75. « Réf : PRONIANUT. Protocole National de Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aigüe Sévère (PCIMA) ».

#### **III.4.3.5. VIH et autres comorbidités**

L'infection par le VIH est devenue une maladie chronique, et les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) survivent maintenant, vieillissent et ont besoin de soins et de traitements à vie.

Dans tous les groupes d'âge, les PVVIH sont à risque de développer des complications chroniques et des comorbidités, telles que des maladies non transmissibles et des troubles de santé mentale. Ces affections peuvent être préexistantes, associées au VIH ou dues au vieillissement.

Le risque de survenue de ces comorbidités chez les PVVIH étant supérieur à celui de la population générale, les mesures de leur prévention, de leur détection précoce et de leur prise en charge adéquate s'imposent ainsi que la collaboration avec les programmes nationaux responsables de la prise en charge de ces pathologies (le PNILMCNT pour le cancer du col, l'HTA, le diabète, la santé mentale etc.).

Le tableau ci-dessous donne quelques orientations sur les actions à prendre pour la prévention et le dépistage précoce de ces maladies chroniques. De toute les façons il est recommandé aux prestataires de faire le screening, rechercher les facteurs de risque du diabète, des maladies cardiovasculaires au début du traitement ARV et à chaque contact avec la personne vivant avec le VIH dans la FOSA ou même au niveau de la communauté. La prise de la TA, du poids devrait être systématique à chaque contact et être consigné dans le dossier du patient. De même en plus du screening clinique pour rechercher les signes du diabète, un bilan glycémique pour les PVVIH devrait être fait tous les 6 mois et une prise en charge appropriée proposée selon les résultats des examens.

**a. Interventions contre les maladies non transmissibles qui devraient être considérées comme des priorités à court terme pour les personnes vivant avec le VIH**

Intervention	Action détaillées
<p><b>Prévention et modification des risques liés aux maladies non transmissibles pour les personnes vivant avec le VIH</b></p>	<p>Dépistage systématique à chaque contact avec une PVVIH des facteurs de risque modifiables de maladies cardiovasculaires à divers points d'entrée des services VIH et au niveau communautaire (tabagisme, mauvaise alimentation, y compris une alimentation riche en graisses saturées et en graisses transformées, en sucre et en sel)</p> <p><b>Education pour un mode de vie sain, conseils sur le sevrage du tabac, l'exercice physique, etc.</b></p>
<p><b>Dépistage et diagnostic du risque de maladies cardiovasculaires chez les personnes vivant avec le VIH</b></p>	<p><b>Dépistage de l'hypertension et du diabète aux différents points d'entrée des services de lutte contre le VIH et au niveau communautaire</b></p>
<p><b>Dépistage du cancer du col de l'utérus</b></p>	<p><b>Dépistage et prise en charge du cancer du col de l'utérus chez les femmes vivant avec le VIH</b></p>
<p><b>Traitement et soins pour les Personnes vivant avec le VIH et souffrant de maladies non transmissibles</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Approche de guichet unique pour les personnes vivant avec le VIH et souffrant de maladies non transmissibles (impact sur la rétention et la charge de soins)</li> <li>▪ Utilisation de combinaisons à dose fixe pour traiter les personnes vivant avec le VIH qui souffrent d'hypertension ou de diabète (impact sur la charge en pilules et sur l'adhésion et la qualité de vie)</li> <li>▪ Utilisation d'une stratégie de renouvellement accéléré et plurimensuel pour la délivrance de médicaments aux personnes vivant avec le VIH et souffrant de maladies non transmissibles et qui sont stables (impact sur l'adhésion et la rétention)</li> <li>▪ Conseils clairs sur les interactions médicamenteuses avec les médicaments antirétroviraux</li> </ul>

Intervention	Action détaillées
<b>Maladies respiratoires</b>	Le dépistage et la mise en œuvre des interventions pourraient s'appuyer sur les questions et les algorithmes existants en matière de dépistage de la tuberculose et des interventions telles que le sevrage tabagique pourraient être mises en œuvre

***b. Priorités à moyen et long terme pour les maladies non transmissibles chez les personnes vivant avec le VIH***

Les personnes vivant avec le VIH vieillissent. Les maladies chroniques à prendre en compte sont les suivantes :

- ✓ La santé osseuse ;
- ✓ Les maladies rénales chroniques
- ✓ Les maladies chroniques du système nerveux (y compris l'épilepsie) ;
- ✓ La démence ;
- ✓ La dyslipidémie ;
- ✓ Les maladies cardiovasculaires à long terme : insuffisance cardiaque et accident vasculaire cérébral;
- ✓ Les maladies pulmonaires (y compris les maladies respiratoires chroniques) ;
- ✓ Les tumeurs solides (comme le cancer du sein et du poumon) et
- ✓ La gestion de la multimorbidité.

**N.B :**

Les facteurs de risque important pour les maladies cardiovasculaires sont notamment :

- ✓ Le tabagisme ;
- ✓ Mauvaise alimentation, y compris une alimentation riche en graisses saturées et en graisses transformées, en sucre et en sel ;
- ✓ L'inactivité physique ;
- ✓ Le surpoids ou l'obésité ;
- ✓ La consommation d'alcool, en particulier excessive.

Ces facteurs sont modifiables et des actions de prévention pour les maladies chroniques non transmissibles doivent viser en premier ces facteurs.

### ***i. Diabète/VIH***

Chez une PVVIH souffrant de diabète qui est sous Metformine, il faut éviter un schéma ARV contenant le DTG.

L'autre possibilité est de garder le DTG et de diminuer les doses de Metformine.

Il faudra alors limiter la dose de Metformine à 1000 mg par jour et contrôler la glycémie en cas de combinaison à base de DTG.

En effet le DTG joue un rôle potentialisateur sur la Metformine (risque d'hypoglycémie induite par la prise concomitante de DTG et de Metformine).

### ***ii. Comorbidité HTA/VIH***

Cette population d'âge avancée présente un risque plus élevé de maladies cardiovasculaires (MCV) que les adultes séronégatifs, avec une prévalence plus élevée de facteurs de risque traditionnels de MCV, des effets de certains médicaments antirétroviraux et inflammation chronique liée au VIH. Un risque cardiovasculaire plus élevé persiste même chez les PVVIH sous TAR avec une charge virale supprimée. Le traitement des PVVIH contre l'hypertension pourrait prévenir des dizaines de milliers de décès par MCV.

*Tableau 10: Interactions médicamenteuses des antihypertenseurs avec ARV*

<b>Médicaments</b>	<b>Interaction avec les ARV</b>
IECA : Enalapril, Captopril, Ramipril	Aucune interaction décrite avec les NNRTI, NRTI ou IP.
Inhibiteurs des canaux calciques : y compris l'Amlodipine, la Nifédipine ;	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Les niveaux de CCB sont potentiellement diminués par les INNTI et augmentés par les IP.</li><li>▪ Surveillance attentive de la Pression artérielle et ajustement de la dose</li></ul>
Bêta-bloquants : Aténolol, Métoprolol, Propranolol	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Interaction potentielle car les deux peuvent prolonger la surveillance attentive de la TA,</li><li>▪ Faire une surveillance de la TA ajuster la dose, envisager un ECG.</li></ul>
ARA (antagonistes des récepteurs de l'angiotensine 2)	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Niveaux de Losartan potentiellement diminués par les INNTI et augmentés par les IP,</li><li>▪ Surveillance attentive de la TA et ajustement de la dose</li></ul>

### **iii. Cancer du col de l'utérus/VIH**

L'OMS recommande le screening du cancer du col de l'utérus par la promotion du dépistage des lésions précancéreuses entre 25 ans et 49 ans, particulièrement pour toutes les femmes vivant avec le VIH puisque leur risque est multiplié par 6.

Le screening peut être étendu chez les femmes vivant avec le VIH âgées de 50 à 65 ans, surtout à celles qui n'ont jamais été dépistées.

#### **Résultat IVA/IVL :**

- ❖ Si le screening des lésions pré- cancéreuse du col est **positif** ,
  - **Lésions circonscrites** : Faire la Thermo coagulation
  - **Lésions étendues** : Faire la cryothérapie, Résection à l'anse diathermique ou Conisation
- ❖ Si le screening des lésions pré- cancéreuse du col est **négatif**, refaire le screening tous les 3 ans

#### **N.B :**

- ❖ **Le suivi d'une femme vivant avec le VIH avec IVA/IVL positive se fait chaque année**

### **iv. VIH et Santé mentale**

Dans le cadre de l'intégration des services VIH, le prestataire devra aussi s'enquérir de la santé mentale des personnes vivant avec le VIH (PVVIH).

En effet, elles sont plus susceptibles de développer des troubles de l'humeur, de l'anxiété et des troubles cognitifs.

La **dépression** est l'un des problèmes de santé mentale les plus courants auxquels sont confrontées les personnes vivant avec le VIH.

Il est important de se rappeler que les troubles mentaux sont traitables. Les personnes atteintes de troubles mentaux peuvent guérir. Les approches intégrées pour le VIH et la santé mentale conduisent à de meilleurs résultats en matière de santé, de bien-être général et de qualité de vie.

Il est recommandé de mettre en place des outils de recherche active des troubles mentaux pour bien prendre en charge la santé mentale des PVVIH.

#### III.4.4. Contraception chez les femmes VIH+ sous TAR

Il existe plusieurs méthodes contraceptives, notamment les préservatifs, contraceptifs oraux, les implants, les injectables et le dispositif intra-utérin (DIU).

**N.B :**

- ❖ **Chez les femmes en âge de procréer sous TAR, les méthodes doubles sont recommandées et consistent en une méthode hormonale ou DIU pour prévenir la grossesse et une méthode barrière (préservatifs masculins / féminins) pour prévenir la transmission des IST, des Hépatites virales et du VIH.**

#### III.5. SURVEILLANCE DES ECHECS AU TRAITEMENT ARV

L'échec thérapeutique est défini par l'échec virologique, immunologique et clinique.

Pour éviter l'apparition des échecs thérapeutiques, la charge virale doit être maintenue à un seuil d'indéteçtabilité (C.V inférieure à 1000 copies /ml). Pour cela il faut suivre le traitement ARV tel que prescrit et cela demande une motivation, une organisation et de bien respecter les consignes de prise des traitements.

L'échec thérapeutique au traitement ARV est suspectée quand la charge virale reste toujours détectable malgré une bonne observance ou l'apparition des nouvelles infections opportuniste classant la PVVIH en stade 3 ou 4 de l'OMS après 6 mois de TARV.

- ❖ **En raison du risque d'inobservance élevé chez les enfants et les adolescents, une mesure de la charge virale est recommandée une fois les 6 mois.**
- ❖ **Chez toute PVVIH sous ARV, Si la CV est >50 et <1000 copie/ml, renforcer l'adhérence au traitement dans le but d'avoir une CV indéteçtable et refaire la CV de contrôle après 3 mois.**

### III.6. GESTION DES EFFETS INDESIRABLES AUX MEDICAMENTS ARV

Les effets indésirables des ARV sont fréquents et peuvent être modérés, transitoires ou graves. Leur gravité va de très modérée à sévère pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Ils peuvent apparaître très tôt à l'initiation du traitement ARV (dans les premières semaines ou mois) ou plus tard (au-delà de 6 mois de traitement). D'où l'importance de l'éducation du patient et du suivi.

En cas de toxicité majeure, la substitution d'un ARV se fait avec un autre de la même classe n'ayant pas les mêmes toxicités (Par exemple en cas d'insuffisance rénale par TDF, le substituer par l'AZT).

En plus de la clinique, il sera parfois nécessaire de confirmer ces effets secondaires par des examens biologiques notamment NFS/Hb en cas d'anémie, la fonction rénale en cas de toxicité liée au TDF, le dosage des LDH et CPK en cas d'acidose métabolique, le bilan hépatique, glycémique et lipidique etc.

On retrouve les effets secondaires les plus fréquents des ARV utilisés respectivement en 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> ligne de traitement et les molécules de substitution proposées dans le tableau ci-après :

*Tableau 11: Toxicités les plus fréquentes des ARV de première, deuxième et troisième ligne*

Type de toxicité	Molécule incriminée	Molécule de substitution
Hépatotoxicité et réaction d'hypersensibilité	DTG	EFV400mg
Toxicité rénale : atteinte tubulaire rénale et ostéopénie	TDF	AZT, ABC ou TAF
Toxicité médullaire (anémie, neutropénie)	AZT	TDF ou ABC
Toxicité mitochondriale : Acidose lactique, toxicité hépatique, lipodystrophie, myopathies	AZT	TDF ou ABC
Réaction d'hypersensibilité	ABC	AZT ou TDF
Hépatotoxicité, réaction d'hypersensibilité, troubles neurologiques	EFV	IP
Hépatotoxicité et toxidermie sévère	DRV/r	ATZ/r ou LPV/r
Anomalies métaboliques : hyperlipidémie, accumulation de graisses, insulino-résistance, diabète	LPV/r	ATZ/r

La décision de modifier le traitement dépend de l'imputabilité de la toxicité à un produit donné et de la sévérité des signes de toxicité.

### **III.6.1. Conduite pratique face à des effets secondaires biologiques ou cutanés**

#### ***a. Avant toute décision d'interrompre ou de changer l'ARV suspect***

- ❖ Se rassurer que la toxicité ne soit pas liée à une maladie associée ou à un autre traitement concomitant ;
- ❖ Il faut instaurer une relation de confiance avec l'enfant et son parent/ ou tuteur dès la première consultation ;
- ❖ Définir les conditions optimales pouvant garantir la rétention des enfants dans le suivi : lieu de consultation non stigmatisant, les horaires, rendre court les délais d'attente, éviter les ruptures de stocks ;
- ❖ Instaurer un système de repérage en temps réel des enfants qui manquent leur rendez-vous. Le suivi doit être régulier pour suivre la croissance et adapter la posologie des ARV ainsi que pour dépister précocement un échec thérapeutique.

#### ***b. Diverses interventions doivent être menées***

- ❖ Collecter les informations en rapport avec la toxicité et les effets indésirables dus aux ARV dans les dossiers des patients ;
- ❖ Remplir une fiche de notification et rapporter régulièrement des effets indésirables des médicaments ;
- ❖ Suivi des indicateurs d'alerte précoce (IAP).

#### ***c. Principes de gestion de la toxicité aux ARV***

- ❖ Déterminer l'importance de la toxicité (grade) ;
- ❖ Inventorier les traitements concomitants et évaluer si la toxicité est liée à un ARV ou un autre traitement (exemple : le cotrimoxazole) ou à une autre cause ;
- ❖ Considérer les autres maladies possibles car tout événement survenant en cours de traitement n'est pas forcément lié aux ARV ;
- ❖ Evaluer l'imputabilité en fonction des signes cliniques ou biologiques, des autres hypothèses et de la chronologie des événements.

- ❖ Gérer les effets secondaires en fonction de leur gravité :
  - Grade 4 (sévère mettant en jeu le pronostic vital) : arrêt immédiat de tous les ARV, traiter les effets secondaires (symptomatiquement ou de façon spécifique) et réintroduire les ARV modifiés en fonction de la molécule en cause dans la toxicité quand le patient sera stabilisé ;
  - Grade 3 (réaction sévère) : substituer l'ARV en cause sans arrêter les autres ARV ;
  - Grade 2 (réaction modérée) : continuer les ARV aussi longtemps que possible. Si le patient ne répond pas au traitement symptomatique, envisager une substitution de la molécule en cause en continuant le traitement ARV ;
  - Grade 1 (réaction mineure) : pas de changement de traitement.
- ❖ S'assurer de l'adhésion au traitement en cas de réaction mineure ou modérée ;
- ❖ Si le traitement ARV est arrêté pour une toxicité majeure, tous les ARV doivent être arrêtés jusqu'à la stabilisation du patient.

**NB :**

- ❖ **Il reste conseillé de surveiller et de renseigner les effets secondaires graves dans le but de collaborer pour une meilleure gestion.**
- ❖ **Le respect des protocoles nationaux reste de rigueur**

## Chapitre IV. PREVENTION DES INFECTIONS OPPORTUNISTES

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

### IV.1. PROPHYLAXIE PRIMAIRE AU COTRIMOXAZOLE

Le Cotrimoxazole (CTX) est la prophylaxie primaire la plus rentable, accessible et qui prévient plusieurs infections opportunistes : la Toxoplasmose, la Pneumocystose et l'Isosporose.

Le Cotrimoxazole a aussi démontré son efficacité sur la prévention de certaines diarrhées parasitaires, du paludisme et des pneumopathies bactériennes (pneumocoque).

#### IV.1.1. Critères d'initiation de la prophylaxie au Cotrimoxazole

##### *a. Chez le nouveau-né exposé*

Commencer la prophylaxie à partir de 6 semaines de vie et la maintenir jusqu'à ce que tout risque de transmission ait cessé et qu'une infection à VIH soit complètement écartée (Sérologie négative à 18 mois).

##### *b. Chez les enfants et adultes y compris les femmes enceintes.*

Commencer la prophylaxie au cotrimoxazole dès la confirmation de l'infection à VIH.

Le Burundi étant un Pays à forte prévalence du paludisme, il est recommandé de ne pas arrêter le Cotrimoxazole prophylactique chez les PVVIH.

#### **NB :**

- ❖ **Il est recommandé de ne pas arrêter le cotrimoxazole au détriment du TPIg si la femme est déjà sous cotrimoxazole.**
- ❖ **Si la femme est nouvellement dépistée VIH+, il est également recommandé de lui donner le Cotrimoxazole au détriment du TPIg.**

Le tableau ci-dessous montre les critères de mise en route de la prophylaxie au Cotrimoxazole et les modalités d'arrêt.

Tableau 12: Critères de mise en route et d'arrêt de la prophylaxie au Cotrimoxazole

Age	Critères pour la mise en route	Critères pour l'arrêt
<b>Nourrissons exposés au VIH</b>		
<b>A partir de 6 semaines de vie</b>	Tous les nourrissons exposés au VIH	Jusqu'à l'arrêt du risque de transmission du VIH ou l'exclusion d'une infection VIH au plus tard à 18 mois de vie
<b>Personnes infectées</b>		
<b>Enfants et adultes</b>	Dès la confirmation de l'infection à VIH sauf s'il y a des effets indésirables à ce traitement.	A vie sauf s'il y a apparition des effets indésirables
<b>Femmes enceintes</b>	Il est recommandé de ne pas arrêter le cotrimoxazole au détriment du TPIg si la femme est déjà sous cotrimoxazole. Si la femme est nouvellement dépistée VIH+, il est également recommandé de lui donner le cotrimoxazole au détriment du TPIg-SP.	A vie sauf s'il y a apparition des effets indésirables

## IV.2. PROPHYLAXIE PRIMAIRE DE LA TUBERCULOSE

Le dépistage actif de la tuberculose (screening) doit être systématiquement fait à chaque contact avec le PVVIH en utilisant l'outil de screening se trouvant dans le dossier patient.

Si le screening est positif (présence d'un des quatre signes), investiguer la tuberculose à l'aide du GeneXpert si disponible ou faire le transport du crachat vers un site disposant l'appareil GeneXpert.

Si le screening est négatif, démarrer la prophylaxie (un seul screening négatif suffit pour démarrer la prophylaxie). Les options du Traitement Préventif de la Tuberculose (TPT) proposées en fonction de l'âge sont les suivantes :

- Isoniazide seule en prise quotidienne pendant une durée de 6 mois ;
- Rifapentine plus Isoniazide (1HP) : prise quotidienne pendant une durée d'un mois ;
- Rifapentine plus Isoniazide (3HP) : prise hebdomadaire pendant une durée de trois mois ;

**N.B. :**

En vue de prévenir la survenue des neuropathies périphériques, il est fortement recommandé d'administrer de la vitamine B6 (Pyridoxine) à raison de 25 à 50 mg par jour et en prise unique pendant toute la durée du traitement préventif de la tuberculose.

#### **IV.2.1. Avantages du traitement associant RPT à INH**

Le régime RPT/INH par rapport à celui de l'INH, présente des avantages suivants :

- Traitement de courte durée (un mois) ;
- Plus, tolérance ;
- Plus, efficace ;
- Diminution du nombre de comprimés à avaler ;
- Bonne observance thérapeutique.

#### **IV.2.2. Schémas de traitement de TPT en fonction de l'âge**

##### **a. Schéma de traitement de TPT chez l'enfant**

##### **❖ Enfants de moins de 2 ans : Prise quotidienne**

Prise quotidienne d'Isoniazide en monothérapie à raison de 10mg /kg/jour pendant une durée de 6 mois.

*Tableau 13: Répartition de la dose de INH selon la catégorie de poids*

<b>Catégorie de poids (en kg)</b>	<b>Nombre de comprimés de 100 mg d'INH à administrer par dose (10mg/kg/jr)</b>	<b>Dose administrée (mg)</b>
< 5	1/2 comprimé	50
5,1 - 9,9	1 comprimé	100
10 - 13,9	1 1/2 comprimé	150
14 - 19,9	2 comprimés	200
20 -24,9	2 1/2 comprimés	250
> 25	3 comprimés	300

##### **❖ Enfants de 2 à 14 ans : Prise hebdomadaire**

Chez l'enfant de la catégorie d'âge de 2 à 14 ans, le traitement sera administré **une fois par semaine (prise hebdomadaire) pendant une durée de 3 mois tout en respectant l'intervalle d'une semaine entre les prises**. Par exemple, si le patient commence son traitement le mardi ; il va se réapprovisionner tous les mardis jusqu'à totaliser les 12 doses recommandées.

Tableau 14: Répartition de la dose de INH/ RPT chez l'enfant de 2 à 14 ans.

Durée du traitement	Age requis	Régime	Catégorie	Dose totale		Nombre de comprimés en fonction de molécules disponibles			
						Option1 : Forme combinée 1	Option 2 : Forme combinée 2	Option3 : Formes isolées	
			Tranche-poids	H (15mg/kg)	P	HP (300/300)	HP (150/150)	H (100 mg)	P (150mg)
3 mois (12 doses)	2 à 14 ans	3HP	10-15 kg	300	300	1	2	3	2
			16-23 kg	450	450		3	5	3
			24-30 kg	600	600	2	4	6	4
			31-34 kg	750	750		5	7	5
			>34 kg	750	750		5	7	5

**N.B :**

- ❖ Pour le traitement préventif de la tuberculose chez l'enfant de 2 à 14 ans, les médicaments sont disponibles pour l'**option 3** utilisant les formes non combinées. L'**option 2** sera utilisée dès la disponibilité de la forme combinée Isoniazide + Rifapentine 150mg/150mg.
- ❖ Pour le traitement préventif de la tuberculose chez l'enfant de 2 à 14 ans, un comprimé d'Isoniazide 300 mg (H 300) peut être utilisée à la place d'Isoniazide 100 mg (H100) pour réduire le nombre de comprimés à avaler.

**b. Schéma du TPT chez les sujets de plus de 14 ans : prise quotidienne**

Tableau 15: Posologie de l'Isoniazide plus Rifapentine chez les sujets de plus de 14 ans

Durée du traitement	Age requise	Régime	Nombre de comprimés quelle que soit la tranche de poids	
1 mois (30jours)	Plus de 14 ans	1HP	HP 300/300 (Isoniazide + Rifapentine 300mg/300mg)	P 300 (Rifapentine 300mg)
			1	1

**NB :**

En cas de disponibilité de Rifapentine 150mg, il faudra adapter la posologie et donner deux comprimés de 150mg.

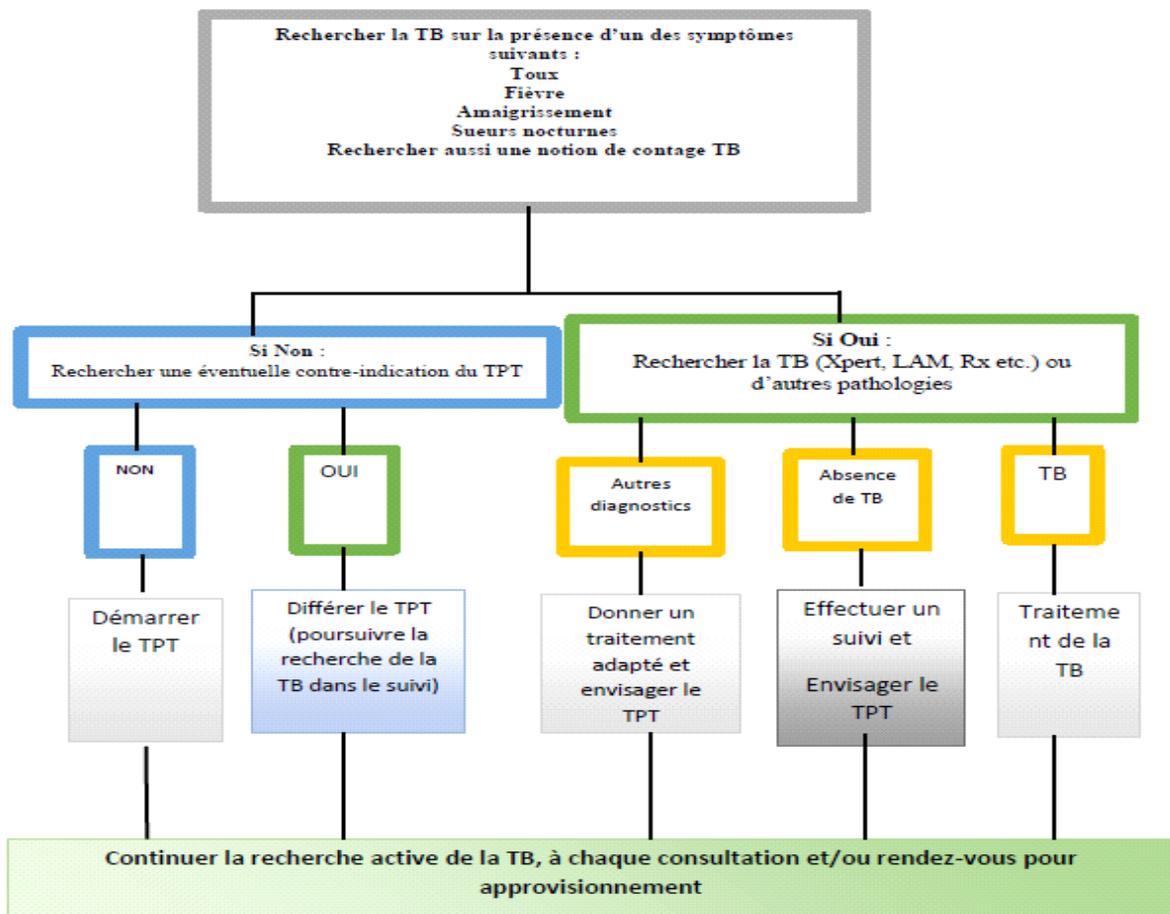


Figure 4 : Algorithme pour la gestion des PVVIH avec suspicion de la tuberculose

**NB :**

- ❖ **Chez les enfants de moins de 2 ans, RPT n'est pas recommandé. A ce moment, l'INH sera utilisé.**
- ❖ **Il n'existe pas d'études contrôlées sur le RPT chez les femmes enceintes de même que l'excrétion de RPT dans le lait maternel. Chez les femmes allaitantes et les femmes enceintes, il n'est pas recommandé de les mettre sous un schéma contenant le Rifapentine. Donc garder INH 600 mg pendant 6 mois**

### **IV.3. LES AUTRES PROPHYLAXIES**

En cas d'infection opportuniste, particulièrement en cas de cryptococcose neuro-méningée maîtrisée, en plus d'instaurer un traitement ARV chez un patient qui n'est pas sous ARV, ou de changer la ligne de traitement ARV chez celui qui était déjà sous traitement, il est nécessaire de maintenir une prophylaxie secondaire au Fluconazole jusqu'à ce que la CV devienne indétectable. Le Cotrimoxazole assure aussi une prophylaxie secondaire de la toxoplasmose et de la pneumocystose.

La vaccination contre le HPV chez les jeunes filles séropositives au VIH de 9 à 14 ans est recommandée pour prévenir contre le cancer du col de l'utérus.

## **Chapitre V. SUIVI DES PVVIH SOUS TRAITEMENT ARV**

Une évaluation clinique minutieuse doit être faite à la recherche des infections ou affections liées au VIH. Cette évaluation permet entre autres de classer le PVVIH en stade clinique de l’OMS.

Chez les personnes sous ARV, un test de mesure de la charge virale reste l’approche privilégiée pour évaluer l’efficacité du TAR et le diagnostic précoce de l’échec thérapeutique, en plus du suivi clinique.

### **V.1.BILAN BIOLOGIQUE INITIAL**

La stratégie "**Tester et Traiter**" reste obligatoire, le traitement ARV doit être instauré après le retesting.

Toutefois un bilan initial reste nécessaire mais peut se faire après initiation du traitement.

Il comprend :

- ❖ Le dosage de l’Hb (si AZT) ;
- ❖ La Glycémie à jeun (si IP) ;
- ❖ La recherche de l’Ag HBs ;
- ❖ Le frottis cervical ;
- ❖ La numération des CD4.

**NB : En cas d’Ag HBs positif, utiliser une combinaison contenant le TDF**

### **V.2.SUIVI CLINIQUE**

#### **V.2.1. Les PVVIH qui débutent un traitement ARV**

Chez les PVVIH qui viennent d’être mis sous ARV, le suivi clinique recommandé est à M1, M2, M3, M4, M5, M6, tous les 6 mois si la PVVIH est stable.

Si la mesure de la charge virale est détectable à M6, il faut renforcer l’adhérence au traitement, faire le suivi clinique mensuel et la charge virale de contrôle après 3 mois jusqu’à ce que la PVVIH soit stable.

## V.2.2. Suivi clinique des patients sous ARV

### a. *Patient stable*

Est considéré comme stable tout patient sous TARV qui répond strictement à toutes les conditions ci-dessous énumérées :

- ❖ Avoir reçu le TARV pendant au moins 6 mois ;
- ❖ Ne présenter aucun effet indésirable aux médicaments nécessitant une surveillance régulière ;
- ❖ Ne présenter aucune maladie opportuniste ;
- ❖ Ne pas être un enfant de moins de 2 ans ;
- ❖ Etre observant au TARV avec la preuve de la réussite du traitement (1 mesure de la charge virale indétectable dans les 6-12 derniers mois).

**NB : Les nouvelles recommandations n'excluent pas les femmes enceintes et allaitantes dans la catégorie des patients stables.**

**Fréquence des visites :** une PVVIH stable effectue une visite clinique tous les 12 mois et l'approvisionnement en ARV se fait une fois les 3 ou 6 mois.

Toutefois, en cas de besoin, la PVVIH peut effectuer une visite clinique à n'importe quel moment.

### b. *Patients non stables*

Est considéré comme non stable un patient qui ne remplit pas une des conditions ci-haut citées.

**Fréquence des visites :** Pour les patients non stables, le suivi clinique et approvisionnement en ARV se font **mensuellement** jusqu'à ce qu'il redevienne stable.

### V.3.SUIVI BIOLOGIQUE DES PVVIH SOUS TARV

Chez les PVVIH qui viennent d'être mis sous ARV, le suivi biologique recommandé est à M3 et M6 puis tous les 12 mois s'il n'y a pas de problème. Le dosage de la CV est fait à 6 mois (3 mois avec un schéma à base de DTG) et à 12 mois à partir du début de la mise sous traitement ARV puis une fois l'année. Toutefois, la mesure de la CV se fait une fois les 6 mois pour les enfants et les adolescents pour lesquels le risque d'inobservance est élevé.

Pour la femme infectée par le VIH déjà sous TARV, il est recommandé de réaliser une charge virale dès la première consultation prénatale si la charge virale antérieure date de plus de 3 mois et refaire la charge virale tous les trois mois jusqu'au sevrage au lait maternel.

Pour la femme enceinte nouvellement dépistée séropositive au VIH, il faut réaliser une première charge virale 3 mois après initiation du TARV et refaire la charge virale tous les trois mois jusqu'au sevrage au lait maternel.

Un récapitulatif des tests de laboratoire recommandés avant et après le début du traitement ARV se trouvent dans le tableau ci-dessous.

Tableau 16: Bilan initial et de suivi des patients VIH+

Examens	Bilan initial	Bilans de suivi sous TARV					
		3 <sup>ème</sup> mois	6 <sup>ème</sup> mois	Tous les 3 mois	Tous les 6 mois	Chaque année	Tous les 3 ans
NFS/Hb (si AZT)		X				X	
Urée et Créatinine (TDF)		X				X	
Albuminurie (TDF)		X				X	
Transaminases si DTG		X			X		
Glycémie à jeun (IP)	X					X	
Charge virale VIH (Adulte)			X			X	
Charge virale VIH (Enfants et adolescents)			X		X		
Charge virale chez la femme enceinte et allaitante		X		X			
Ag HBs	X						
Bilan lipidique (Cholestérol total,						X	X

Examens	Bilan initial	Bilans de suivi sous TARV					
		3 <sup>ème</sup> mois	6 <sup>ème</sup> mois	Tous les 3 mois	Tous les 6 mois	Chaque année	Tous les 3 ans
HDL, LDL, Triglycérides							
IVA*	X					X	
Numération des CD4**	X						

**N.B :**

**\*Le frottis cervical est recommandé une fois l’an si le screening a été positif et que la cytologie a été négative.**

**\*\*Bien que la numération des cellules CD4 ne soit plus nécessaire pour initier un traitement contre le VIH, elle est restée un outil essentiel pour identifier les personnes au stade avancé du VIH.**

**Pour ce, là où c’est possible il est conseillé de faire la numération des CD4 au début du traitement ARV et en cas de suspicion d’échec thérapeutique.**

En cas d’infection opportuniste ou d’autres pathologies associées au VIH, ou de situations de contre-indication d’une molécule d’ARV, des bilans d’exploration peuvent être demandés sur prescription médicale au besoin.

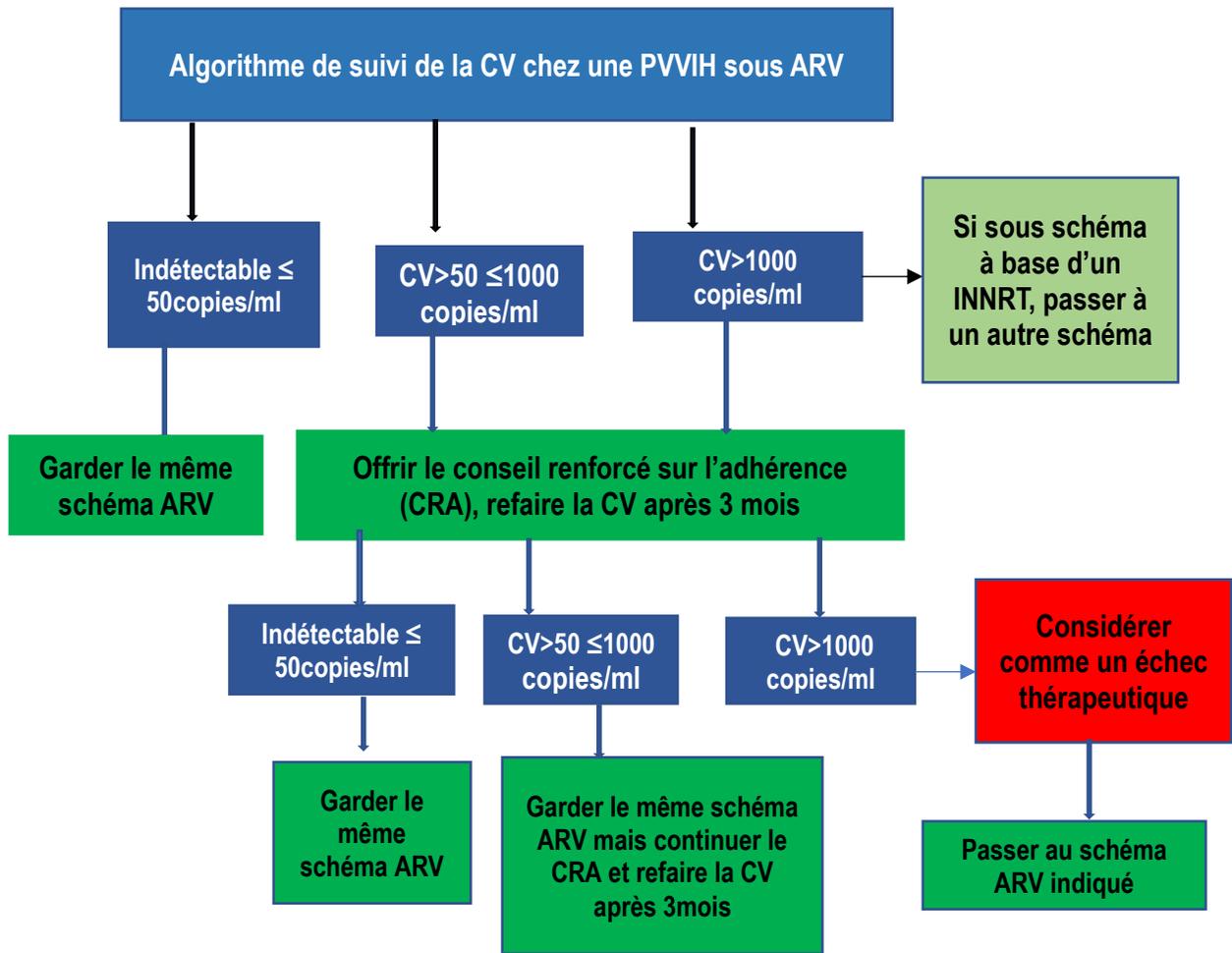


Figure 5 : Algorithme de suivi de la charge virale chez une PVVIH sous ARV

## **V.4.CONTINUITE DU TRAITEMENT ARV ET REENGAGEMENT AUX SOINS**

### **V.4.1. Continuité du traitement ARV**

Tester et traiter ne suffit pas. Il faut aussi maintenir dans les soins les personnes dépistées séropositives. Une fois le traitement débuté, les PVVIH doivent poursuivre le traitement antirétroviral à vie. La clé du succès du traitement antirétroviral, qui a pour objectif de rendre la CV indétectable, réside dans le respect des schémas thérapeutiques prescrits.

L'échec du traitement et l'apparition de résistance aux médicaments qui en résultent peuvent compromettre les options de traitements futures. Le maintien de la CV indétectable réduit la morbidité et la mortalité et empêche la transmission du VIH. La continuité du traitement ARV est essentielle au maintien de la santé des PVVIH et à la maîtrise de l'épidémie. La continuité du traitement ARV est plus difficile pour les enfants, les adolescents, les femmes enceintes, allaitantes et en post-partum, les hommes ainsi que les populations à risque. Pour maintenir les personnes dans les soins, une des clés est de proposer des services adaptés à leurs besoins.

### **V.4.2. Offre des services différenciés**

Selon la définition de l'OMS de 2015, l'approche des Prestation des Services différenciés (PSD) est une approche centrée sur la personne qui vise à simplifier et à adapter la cascade des services liés au VIH en vue de tenir compte des préférences et des attentes des différents groupes de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) tout en réduisant les charges inutiles pesant sur le système de santé. Ces services sont offerts aux PVVIH stables (Voir critères de stabilité). Cependant, les PSD peuvent être étendues aux autres groupes notamment les PVVIH non encore stables, les PVVIH avec VIH maladie au stade avancé et le couple mère-enfant.

Les modèles de Prestation des Services Différenciés (PSD) constituent une opportunité pour :

- ❖ Permettre la mise en œuvre des politiques nationales et les recommandations internationales ;
- ❖ Alléger le fardeau de la prise en charge du VIH dans les structures de soins avec un volume important de PVVIH suivies ;
- ❖ Réduire la distance que font les PVVIH pour recevoir les services en les disponibilisant au plus proche tout en gardant l'observance et l'adhérence au TARV ;
- ❖ Réduire la fréquence des visites aux structures de soins pour les patients stables ;
- ❖ Décentraliser des services de santé jusqu'au niveau de la communauté ;

- ❖ Améliorer la continuité au traitement des PVVIH ;
- ❖ Maintenir les PVVIH sous TARV dans le circuit des services.

Au Burundi, certains modèles ont été approuvés pour être mise en œuvre.

#### a. Modèles communautaires

- ❖ Un modèle de groupe communautaire : des groupes communautaires dirigés par des pairs ou des **groupes d'adhérence communautaire (GAC)**.
- ❖ Un modèle individuel communautaire : Modèle de dispensation de proximité ou dispensation des médicaments à domicile (MP) ou **Outreach**.

#### b. Modèles basés à la FOSA

- ❖ Deux modèles individuels basés à la formation sanitaire : **Espacement des visites à 3 mois** (avec une dispensation accélérée des médicaments) et à **6 mois** (sans dispensation accélérée des médicaments) ;
- ❖ Un modèle de groupe basé à la formation sanitaire : **Clubs d'observance (CO)** pour les adolescents et les jeunes, les femmes enceintes ou le couple mère enfant, les populations les plus exposées au VIH, etc.

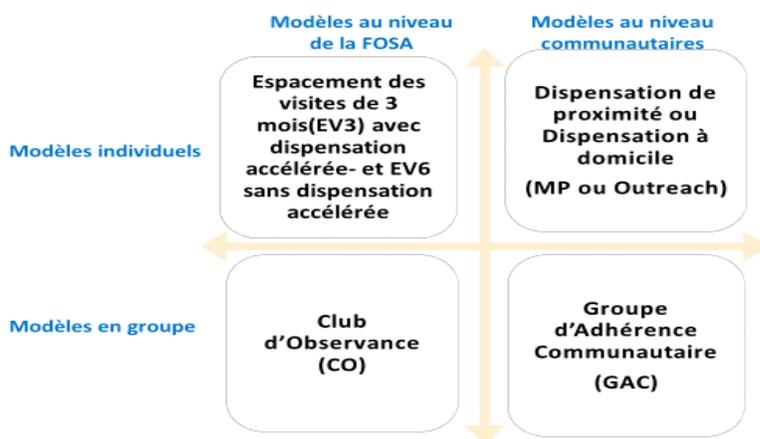


Figure 6 : Différents modèles de Prestations de services différenciés (PSD)

#### **V.4.3. Recherche active des PVVIH perdues de vue**

Identifier et localiser les PVVIH qui ne sont pas liés aux soins, qui manquent au rendez-vous dès la première semaine ou qui sont perdus de vue, est une mesure importante de la qualité des soins.

Le suivi et la localisation réussis des PVVIH ayant interrompue le TARV permettront des interventions ciblées pour aider à les ramener aux soins/traitement.

#### **V.4.4. Renforcement de l'observance**

De manière générale, quand les patients sont éduqués et bien conseillés, ils sont habilités à prendre en charge leurs soins et ont plus de chance de rester pris en charge. Les PVVIH dont la CV est encore détectable, celles qui viennent de commencer le traitement ARV, celles qui ont raté des rendez-vous, les femmes enceintes vivant avec le VIH, les femmes allaitantes vivant avec le VIH ou en post-partum, les enfants et les adolescents requièrent de la part des prestataires des interventions ciblées, novatrices et adaptées au vécu de ces PVVIH ainsi qu'un soutien plus intensif.

##### ***a. Les femmes enceintes vivant avec le VIH, allaitantes ou en post-partum***

Pour ces femmes, la transition entre les soins VIH et les soins prénatals est un point potentiel de perte de suivi.

Les interventions comprennent :

- L'alignement des registres pour s'assurer que les femmes sont suivies à travers les différents points de prestation de services ARV ;
- Le soutien par les paires pour améliorer la transition à travers les différents points de prestation de services ;
- L'organisation de groupes de soutien entre, les femmes enceintes adolescentes vivant avec le VIH ;
- Une meilleure implication des hommes ;
- Une approche centrée sur la famille.

### ***b. Les enfants***

Les parents et/ou tuteurs des enfants ont la responsabilité de comprendre l'importance de retenir dans les soins les enfants pris en charge, en particulier les plus jeunes. L'annonce du statut sérologique positif aux enfants a généralement eu lieu tardivement. Il est donc difficile de discuter de l'importance du suivi.

Les interventions comprennent :

- L'invitation des parents et/ou tuteurs à se présenter pour un suivi régulier ;
- L'alignement des visites cliniques des enfants, y compris le lieu et le moment de la visite avec ceux des parents ou tuteurs pour faciliter la rétention dans les soins tant pour les soignants que pour les enfants ;
- Le renforcement du processus d'annonce de la séropositivité aux enfants. Cela peut commencer tôt avec des messages et des outils adaptés à l'âge ;
- Les prestataires de soins doivent également faire un bon suivi de l'évolution pondérale des enfants, surtout entre deux et dix ans, afin d'ajuster régulièrement les doses.

### ***c. Adolescents***

Les adolescents (âgés de 10 à 19 ans) et les jeunes (âgés de 20 à 24 ans) vivant avec le VIH (PVVIH) ont les taux de rétention et d'observance au traitement antirétroviral et de suppression des virus les plus faibles que les autres groupes d'âge.

Les raisons sont multiples : dégoût des visites fréquentes dans les formations sanitaires, temps passé à attendre les services et à rater l'école, attitudes négatives des prestataires de soins, préoccupations des adolescents concernant leur vie privée et la confidentialité, possibilité limitée de discuter de leurs préoccupations, distance jusqu'aux formations sanitaires ou sites de prise en charge, ainsi que les dépenses de santé sont autant d'obstacles à la rétention des adolescents aux soins.

Les interventions comprennent :

- Les modèles de prestation de services en dehors des formations sanitaires qui aident les adolescents à s'engager dans les soins, telles que les interventions par les pairs et les services communautaires;
- La mise en œuvre d'approches de services de santé adaptés aux adolescents pour améliorer la qualité (Centres de santé amis des jeunes, services de santé amis des jeunes...);
- La fourniture de services pour adolescents à des moments précis ou dans des zones séparées avec des systèmes de rendez-vous adaptés à leur scolarité ;
- Des services complets qui répondent à plusieurs besoins, y compris psychosociaux, et en matière de santé sexuelle et reproductive,
- La surveillance étroite de l'engagement des adolescents dans les soins, un suivi rapide et proactif et une mise en œuvre de stratégies de réengagement.
- La formation des prestataires sur les soins adaptés aux adolescents vivant avec le VIH ;
- L'existence de procédures opératoires normalisées et de procédures relatives aux soins centrés sur le patient.
- L'optimisation de l'engagement des jeunes en intégrant leur perspective et feedbacks dans la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des interventions.

#### **V.4.5. Suivi de la mise en œuvre des stratégies visant la rétention aux soins**

Le suivi de la mise en œuvre et de l'efficacité des stratégies est un élément essentiel des efforts visant à améliorer la rétention et à déterminer les interventions qui ont le plus d'impact. Tous les services de prise en charge doivent clarifier l'ampleur des problèmes d'interruption du TARV et développer des interventions visant à maintenir les patients sous traitement.

Ils sont censés surveiller de près les performances, en examinant la suppression de la charge virale et les marqueurs directs et indirects de la rétention aux soins.

Pour quantifier et encourager la recherche des patients qui ont raté leur rendez-vous, il faut inventorier tous les patients sous TAR qui ont raté un rendez-vous et amorcer immédiatement leur recherche et rapporter l'issue de cette recherche dans les 28 jours suivant le rendez-vous manqué.

Un registre des mouvements doit être mis en place dans toutes les formations sanitaires où le traitement antirétroviral est initié ou fourni afin de notifier régulièrement les patients ayant raté le rendez-vous et les actions réalisées pour la recherche précoce. Ce registre doit capturer les informations nécessaires pour le suivi des patients et la génération de rapports sur l'indicateur, les tentatives de contact et les résultats de

chaque tentative. Les numéros de téléphone doivent être vérifiés en les appelant / testant pendant que le patient est à la clinique et les informations de contact doivent être mises à jour / vérifiées à chaque visite.

Les raisons de la sous-performance en termes de rétention et de suppression de la charge virale doivent être documentées avec des plans d'amélioration clairs.

#### **V.4.6. Réengagement des PVVIH ayant interrompu le traitement antirétroviral**

Le TARV est un engagement et un parcours à vie. Il faut donc s'attendre à ce que les PVVIH se désengagent en cours de route et ce pour différentes raisons. Malgré les efforts fournis pour les ramener dans les soins, le réengagement peut comporter certains défis comme un accueil hostile et un accès au service retardé parce que non priorisé. La façon dont nous recevons les PVVIH qui se réengage déterminera s'ils continuent à vouloir interrompre le traitement ou se rétablir définitivement dans les soins. Il est donc nécessaire de bien traiter toutes les PVVIH qui reprennent les soins et d'apporter un accompagnement dont elles ont besoin pour rester continuellement sous TARV.

Un réengagement dans les soins demande une recherche active de la PVVIH ayant interrompu le traitement dès le retard au rendez-vous à l'approvisionnement :

- Utiliser un agenda papier (Agenda des rendez-vous) ;
- Recherche des informations personnelles ou familiales (adresse, téléphone, etc...) ;
- Faire la visite à domicile (Prestataire, relais communautaires/Pair Educateur) ou appel téléphonique pour retrouver la PVVIH.

#### **Les éléments à rechercher en cas de retour dans les soins**

- Schéma qui était en cours ;
- Le temps d'arrêt du traitement ;
- La raison de l'arrêt ;
- La survenue ou non d'effets indésirables ;
- Dernière mesure de la charge virale effectuée ;
- Toute information sur les mesures de la charge virale effectuées dans le passé.

Il y a dès lors, plusieurs cas de figures à considérer :

- Si le patient suivait bien son schéma thérapeutique de première intention, que les effets secondaires n'étaient pas la raison de son arrêt et que **la charge virale était indétectable** (ou si aucun résultat de la charge virale n'est disponible), redémarrer le schéma thérapeutique initial. Faire une charge virale après 6 mois de traitement antirétroviral ;
- Si **la charge virale est détectable après six mois de traitement**, renforcer l'observance et refaire la CV après 3 mois. Si leur charge virale reste toujours > 1000 copies / ml, gérer l'échec virologique ;
- Si la PVVIH a arrêté le traitement en raison d'effets indésirables, les gérer d'abord.

#### **V.5.PRISE EN CHARGE DES PVVIH AU STADE AVANCE DE L'INFECTION A VIH**

L'OMS a défini le stade avancé du VIH, le patient avec un nombre de cellules CD4 < 200 cellules/mm<sup>3</sup> ou un stade 3 ou 4 de l'OMS chez les adultes et les adolescents, y compris tous les enfants de moins de cinq ans (OMS, 2017).

Bien que la numération des cellules CD4 ne soit plus indispensable pour initier un traitement ARV, elle demeure importante pour identifier les PVVIH au stade avancé du VIH et à qui il faut proposer un ensemble d'interventions pour réduire la morbidité et la mortalité associées au VIH.

Brièvement, pour des CD4 < 200 cellules/mm<sup>3</sup>, un soutien adapté à l'observance doit être proposé notamment des conseils adaptés à la personne pour assurer une observance optimale, pour faire progresser le programme de soins de la maladie, y compris des visites à domicile si possible.

Un test urinaire « TB LAM » pour le diagnostic de la tuberculose chez les PVVIH symptomatiques et un dépistage de l'antigène cryptococcique (CrAg) devraient être proposés.

Les recommandations de l'OMS sur le démarrage du traitement ARV en présence de la tuberculose ou d'une infection à cryptocoque restent en vigueur.

**N.B. :**

***L'orientation et l'évaluation des patients ne doivent pas entraîner des retards injustifiés dans la mise en route du traitement et de la prophylaxie.***

## Chapitre VI. ECHEC AU TRAITEMENT ARV ET CHANGEMENT POUR UNE AUTRE LIGNE DE TRAITEMENT

La confirmation de l'échec thérapeutique doit être faite après s'être assuré d'une bonne observance. En cas de mauvaise observance, il faut d'abord renforcer cette dernière et réévaluer plus tard.

Le changement pour la deuxième ou la troisième ligne est réalisé en cas d'échec du traitement ARV. L'évaluation de l'échec thérapeutique se fait à 3 niveaux : (1) **virologique** par la mesure de la charge virale, (2) **immunologique** par la mesure des CD4 et (3) **clinique** par l'évaluation de la progression de la maladie. La charge virale reste privilégiée pour le suivi du succès thérapeutique et la détection précoce des échecs au traitement ARV.

**L'échec virologique** est défini par une CV >1000 copies/ml, 6 mois après un traitement bien conduit ou une CV indétectable redevenant détectable en cours du traitement.

**L'échec clinique** est défini par l'apparition de nouvelles infections classant le patient en stade 4 ou 3 de l'OMS après plus de 6 mois de traitement ARV.

Cependant, cette dernière définition comporte ses limites en fonction des faibles possibilités de diagnostic des infections opportunistes dans les centres de prise en charge. De plus, les patients ayant démarré le traitement ARV avec un taux très bas de CD4 et qui ne remonte pas, restent souvent exposés aux infections liées au VIH même s'ils sont en succès virologique.

Ces échecs peuvent être isolés ou associés.

Une charge virale CV>1000 copies/ml à 2 mesures réalisées à 3 mois d'intervalle oriente vers un échec virologique et conduit au changement de traitement.

L'apparition d'une nouvelle infection ou affection classant stade 3 ou 4 (peut être un indicateur d'échec thérapeutique, d'où l'intérêt du dosage de la mesure de la CV dans ces conditions pour confirmer ou infirmer l'échec au traitement. En cas d'échec identifié tel que défini ci-dessus, il faut avant tout analyser les causes de l'échec et notamment le niveau d'observance. Une fois l'analyse de l'échec réalisée et les causes corrigées, proposer au patient un traitement de 2<sup>ème</sup> ligne s'il était en 1<sup>ère</sup> ligne et de 3<sup>ème</sup> ligne s'il était en 2<sup>ème</sup> ligne.

La cause de l'échec thérapeutique est souvent une résistance au traitement, induit par une mauvaise observance. Le passage à la 2<sup>ème</sup> ligne peut être décidé par un groupe de médecins dans la formation sanitaire mais le passage à la 3<sup>ème</sup> ligne n'est décidé que par l'équipe multidisciplinaire nommée par le MSPLS

via son Programme National de lutte contre le Sida, les Infections sexuellement transmissibles et les hépatites virales (PNLS/IST/HV).

Une décentralisation au niveau provincial pour faire la proposition des cas nécessitant le passage à la 3<sup>e</sup> ligne est recommandée.

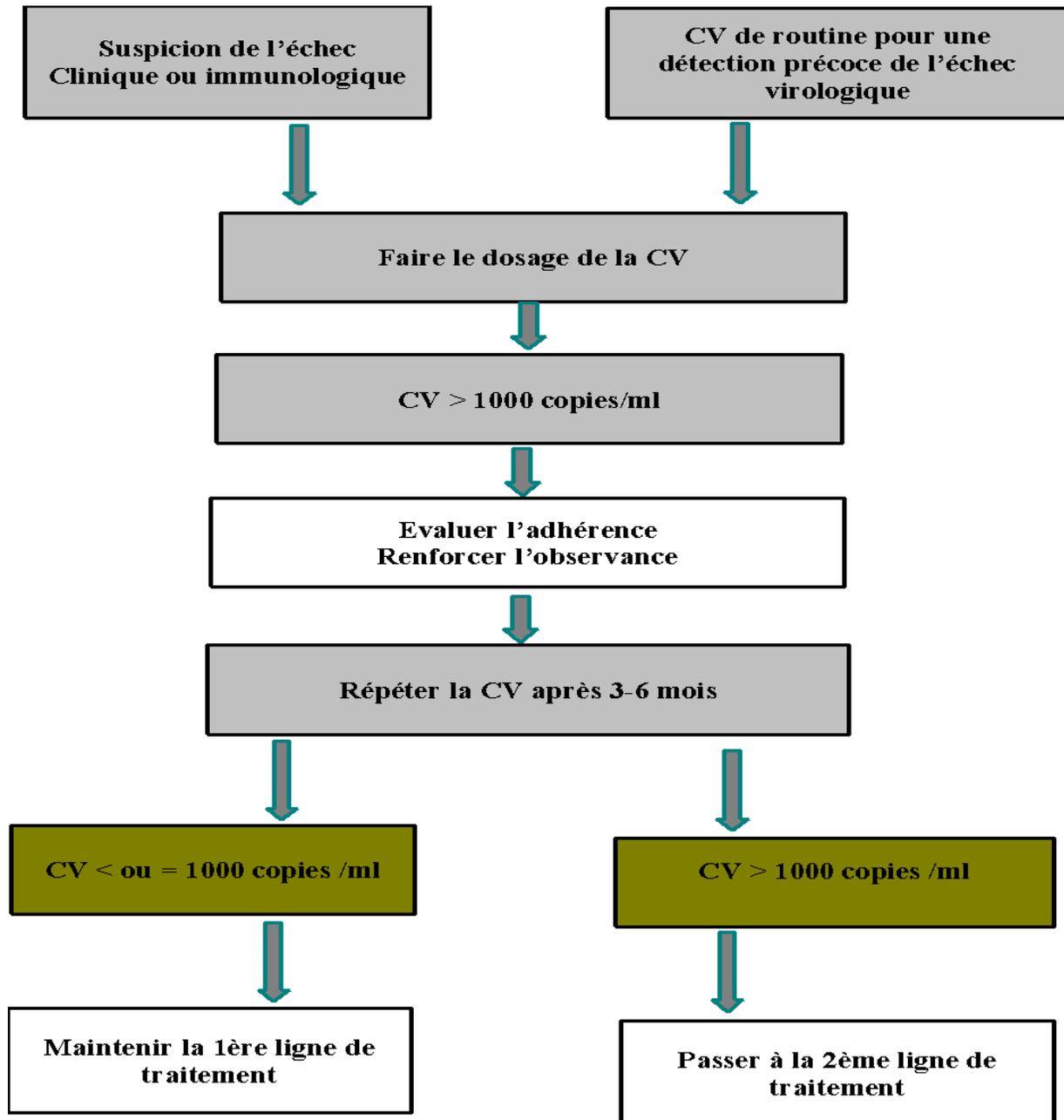


Figure 7 : CAT devant une charge virale augmentée

## VI.1. SURVEILLANCE DE L'INFECTION A VIH

### VI.1.1. Surveillance des résistances au traitement ARV

Quand le VIH se réplique en présence d'antirétroviraux (ARV) on est en présence d'une résistance. Si cette résistance se répand, les ARV utilisés pour traiter l'infection à VIH peuvent devenir inefficaces. La résistance aux médicaments peut être détectée chez certaines personnes avant qu'elles ne commencent le traitement. Cette résistance peut être transmise au moment de l'infection ou acquise au cours de traitements antérieurs.

#### *a. Surveillance et CV*

Lorsque la suppression de la charge virale est atteinte et maintenue, le VIH résistant aux médicaments est moins susceptible d'émerger.

#### *b. Surveillance et PrEP*

L'infection par le VIH est peu fréquente chez les personnes qui prennent une PrEP, et en particulier chez celles qui respectent leur traitement.

Cependant, chez les personnes qui contractent le VIH malgré la PrEP, l'émergence d'une résistance aux médicaments est fréquente. Cela pourrait réduire les options de traitement du VIH en raison du chevauchement des profils de résistance entre les médicaments antirétroviraux utilisés à la fois pour la PrEP et le traitement.

Le plan d'action mondial de l'OMS contre la résistance du VIH aux médicaments 2017-2021 décrit les actions clés à mener par les pays et les parties prenantes mondiales pour prévenir, surveiller et combattre la résistance du VIH aux médicaments et pour protéger les progrès en cours vers la réalisation des objectifs mondiaux de lutte contre l'épidémie de VIH d'ici à 2030.

Les actions clés sont les suivantes :

- ❖ **Prévention et réponse** : mettre en œuvre des interventions à fort impact pour prévenir et répondre à la résistance du VIH aux médicaments, notamment en mettant l'accent sur les régimes antirétroviraux à base de Dolutégravir, en surveillant la prestation des services de soins liés au VIH et en adoptant des stratégies visant à garantir un approvisionnement ininterrompu en médicaments.
- ❖ **Suivi et surveillance** : obtenir des données de qualité sur la résistance du VIH aux médicaments et la prestation de services en matière de VIH à partir d'enquêtes périodiques, tout en développant les tests de routine de la charge virale et de la résistance du VIH aux médicaments.

- ❖ **Recherche et innovation** : encourager la recherche pertinente et innovante qui aura le plus grand impact sur la santé publique en minimisant la résistance aux médicaments contre le VIH.
- ❖ **Capacité des laboratoires** : soutenir et étendre l'utilisation des tests de charge virale et renforcer les capacités de suivi de la résistance du VIH aux médicaments.
- ❖ **Gouvernance et mécanismes d'habilitation** : veiller à ce que les pays s'approprient la lutte contre la résistance du VIH aux médicaments, à ce que l'action soit coordonnée, à ce que des activités de sensibilisation soient menées et à ce qu'un financement durable soit mis en place.

Le Burundi a adopté la stratégie recommandée par l'OMS qui donne au niveau des pays des orientations pour les activités suivantes :

- Groupes de travail nationaux sur la pharmaco résistance du VIH ;
- Indicateurs d'alerte précoce ;
- Enquêtes pour surveiller la résistance acquise aux médicaments du VIH ;
- Enquêtes pour évaluer les pharmaco résistances transmises ;
- Surveillance de la pharmaco résistance initiale aux médicaments du VIH ;
- Une base nationale de données.

## **VI.1.2. Les indicateurs d'alerte précoce**

### **a. Définitions**

Les indicateurs d'alerte précoce (IAP) sont des informations rassemblées au niveau des sites ARV pour savoir si la résistance du VIH aux ARV va probablement se développer chez les patients traités au niveau des sites de traitement ARV dans une zone donnée.

Les indicateurs d'alerte précoce à la pharmaco résistance du VIH sont des indicateurs sur les sites de traitement ARV qui s'associent à la prévention des résistances. Les IAP mesurent des facteurs retrouvés au niveau des sites et connus pour être associés au bon fonctionnement du programme et à la prévention de l'émergence des résistances du VIH aux ARV (R-ARV). Le fait de renforcer certains aspects de la mise en œuvre du programme au niveau des sites permettra de minimiser la survenue des R-ARV qui peuvent être prévenues et d'améliorer l'efficacité à long terme et la durabilité des schémas thérapeutiques de première et de deuxième intention dont on dispose. Les indicateurs d'alerte précoce de la résistance du VIH aux ARV sont utilisés pour le suivi des facteurs connus pour favoriser l'émergence de la résistance, au niveau de services donnés.

Il s'agit donc d'une approche santé publique coût/efficace applicable en routine et ne nécessitant pas le recours au laboratoire.

L'OMS propose aux pays un menu de sept Indicateurs d'Alerte Précoce (IAP) :

***i) Rétention a 12 mois de traitement :***

Pourcentage de patients adultes/enfants initiant un TARV sur le site qui suivent toujours un schéma thérapeutique ARV de première intention approprié 12 mois plus tard (cohorte).

***ii) Respect des rendez-vous d'approvisionnement en ARV :***

Pourcentage de patients qui se sont approvisionnés en ARV dans les délais en respectant les rendez-vous donnés. « Dans les délais » est défini comme ne dépassant pas deux jours de retard.

***iii) Constance de la délivrance des ARV :***

Pourcentage de mois pendant lesquels il n'y a eu aucune rupture de stock d'ARV au cours d'une année désignée.

***iv) Exécution de la charge virale :***

Pourcentage des patients ayant fait la charge virale à 12 mois de traitement et dont les résultats sont disponibles.

***v) Suppression de la charge virale :***

Pourcentage de patients initiant un TARV sur le site dont la charge virale est < 1000 copies/ml après 12 mois de TARV.

***vi) Passage à la deuxième ligne :***

Pourcentage des patients ayant une charge virale détectable (supérieure à 1000 copies/ml après 12 mois de traitement) qui ont passé à la deuxième ligne de traitement dans les trois mois suivants.

***vii) Patients perdus de vue (IAP facultatif) :***

Pourcentage de patients initiant un TARV sur le site qui ont été perdus de vue dans les 12 mois suivant le début de leur traitement.

Ainsi, au Burundi, les IAP à renseigner sont :

- 1) Pourcentage de patients adultes/enfants initiant un TARV sur le site qui suivent toujours un schéma thérapeutique ARV de première intention approprié 12 mois plus tard ;
- 2) Pourcentage de patients qui se sont approvisionnés en ARV dans les délais en respectant les rendez-vous donnés ;
- 3) Pourcentage de mois pendant lesquels il n'y a eu aucune rupture de stock d'ARV au cours d'une année désignée ;
- 4) Pourcentage des patients ayant fait la charge virale à 12 mois de traitement et dont les résultats sont disponibles ;
- 5) Pourcentage de patients initiant un TARV sur le site dont la charge virale est < 1000 copies/ml après 12 mois de TARV ;
- 6) Pourcentage des patients ayant une charge virale détectable (supérieure à 1000 copies/ml après 12 mois de traitement) qui ont passé à la deuxième ligne de traitement dans les trois mois suivants ;
- 7) Pourcentage de patients initiant un TARV sur le site qui ont été perdus de vue dans les 12 mois suivant le début de leur traitement. (IAP facultatif).

***b. Plan d'extension de l'évaluation des IAP***

Idéalement, les indicateurs d'alerte précoce sont évalués chaque année dans toutes les structures offrant les ARV dans le cadre de la prévention et du traitement du VIH/SIDA.

La collecte des données peut s'intégrer à d'autres procédures de suivi des traitements ou à l'évaluation de la qualité des données sur les traitements ARV.

**VI.2. SURVEILLANCE ET DATATION DE L'INFECTION A VIH**

Un test de datation fait référence à un test basé sur les anticorps pour distinguer une infection à VIH récent (une infection du VIH qui a eu lieu au cours des 12 derniers mois) d'une infection à VIH à long terme (survenue au-delà des 12 derniers mois) en utilisant l'avidité des anticorps (force de liaison).

Le test de datation se fera après que le retesting donne le même résultat que le test initial et se fait sur le même échantillon (avant que le bénéficiaire ne soit mis sous TARV). Ce test de datation de l'infection doit être effectué chez les personnes de 15 ans et plus nouvellement dépistées VIH positif.

**NB :**

**Les personnes sous TARV y compris celles qui sont sous PrEP ou PPE ne sont pas éligibles au test de datation**

Le kit de test de datation est utilisé pour indiquer si l'infection à VIH d'une personne a été contractée récemment (c'est-à-dire au cours des 12 derniers mois). Ce test doit être effectué immédiatement après que le client a été testé positif à l'aide de l'algorithme de dépistage national du VIH, et utiliser le test RTRI (Rapid Test for Recent Infection). Cela facilite le suivi et la surveillance du VIH (le contrôle de l'infection VIH).

En cas de RTRI non concluant et invalide refaire le test de datation.

## Chapitre VII. STRATEGIES D'ASSURANCE DE LA QUALITE ET D'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE DES SERVICES DE PREVENTION ET DE TRAITEMENT DU VIH

### VII.1. DEFINITION

Par définition, l'**assurance de la Qualité (AQ)** est le maintien de la qualité des soins des patients par l'évaluation du respect des normes standards en termes de qualité et l'**amélioration continue de la qualité (ACQ)** combinant les efforts de tous les acteurs du système de santé pour apporter des changements qui conduisent à de meilleurs résultats pour les patients et la performance du système de santé.

La qualité des services VIH doit être assurée à tous les niveaux du système de santé, dans le cadre d'un système de suivi et d'un processus continu d'amélioration de la qualité des services VIH.

Huit éléments essentiels pour la stratégie nationale de l'AQ/ACQ sont :

- 1) Les priorités en matière de prévention et de traitement du VIH ;
- 2) Définition de la qualité selon les normes standards.
- 3) Identification et engagement de toutes les parties prenantes ;
- 4) Analyse situationnelle ;
- 5) Gouvernance et structure organisationnelle ;
- 6) Les méthodes et interventions de l'AQ/ACQ ;
- 7) La gestion du système d'information sanitaire et système de données ;
- 8) Définitions des indicateurs d'AQ/ACQ et les éléments de mesures.

Le comité national en charge d'AQ/ACQ incluant toutes les parties prenantes en matière de lutte contre le VIH, coordonne les interventions en rapport avec l'AQ/ACQ, notamment la définition des objectifs et des priorités au niveau de chaque domaine du VIH, le développement du guide opérationnel et du plan national d'AQ/ACQ incluant tous les aspects du programme VIH y compris l'élaboration d'un outil d'évaluation de la qualité digitalisé (permettant d'avoir un tableau de bord dans SIDA-Info), la revue de la qualité des données et des résultats pour éclairer la prise de décisions en termes d'AQ/ACQ.

## VII.2. COMPOSITION DU COMITE NATIONAL D'AQ/ACQ

- ❖ Point focal d'AQ/ACQ (PNLS/IST/HV) : Président du Comité
- ❖ Points focaux des différents groupes de travail technique :
  - Prévention du VIH ;
  - Dépistage du VIH ;
  - Prise en charge et traitement VIH ;
  - PTME et VIH Pédiatrique ;
  - Laboratoire, intrants et médicaments ;
  - Points focaux des partenaires techniques et financier ;
  - Organisations de la société civile.

Le comité national donne des orientations sur l'AQ/ACQ et collabore avec les équipes des niveaux intermédiaires (provinces et districts sanitaires, partenaires techniques et organisations de la société civile), les équipes périphériques au niveau des formations sanitaires (EAQ) ainsi que les intervenants communautaires.

## **Chapitre VIII. ORGANISATION DE L'OFFRE DES SOINS ET DES SERVICES DE PRISE EN CHARGE DES PVVIH**

### **VIII.1. INTRODUCTION**

L'organisation de l'offre de service est un élément important pour mieux offrir les soins de qualité. Une meilleure organisation de services doit tenir en compte des éléments suivants :

- ❖ Les capacités du système de santé à offrir les soins de qualité ;
- ❖ La motivation des prestataires à offrir les soins selon les normes et procédures nationales ;
- ❖ La capacité des patients à utiliser les services disponibles ;
- ❖ La communauté sensibilisée pour assoir un continuum des soins structuré

Dans le cadre de l'offre de services VIH, l'organisation de l'offre de soins aux PVVIH doit permettre aux prestataires de mieux assurer la gestion des patients de la file active en tenant compte des besoins réels de chaque patient. Or, actuellement, avec un traitement ARV efficace, le visage de l'infection à VIH ressemble à celui d'une maladie chronique ; l'organisation de soins doit alors se baser sur la gestion de la file active en pleine croissance dans le temps et dans laquelle beaucoup de patients sont en bonne santé mais doivent poursuivre le traitement ARV à vie.

Une bonne organisation des services permet de :

- ❖ Offrir les soins en temps réel à ceux qui en ont le plus besoin ;
- ❖ Réduire la surcharge évitable des prestataires de soins et des FOSA ;
- ❖ Faciliter les PVVIH sous traitement ARV de continuer à être des acteurs de leur développement socio-économique en évitant les visites non rentables dans les sites de suivi.

## **VIII.2. NIVEAUX D'OFFRES DE SERVICES**

### **VIII.2.1. Niveau Communautaire**

Le niveau communautaire offre des services VIH suivant :

- ❖ Sensibilisation des communautés pour la prévention du VIH ;
- ❖ Dépistage communautaire par utilisation de l'autotest ;
- ❖ La recherche des cas index, des perdus de vue, des non-répondant au rendez-vous ;
- ❖ Dispensation des ARV suivant les modèles ci-après :
  - Groupes d'adhérence communautaire (GAC)
  - Dispensation du TARV à domicile (Outreach)
- ❖ Soutien et accompagnement des PVVIH ;
- ❖ Soutien des femmes sous PTME par les mamans mentor.

### **VIII.2.2. Niveau des sites de prise en charge et FOSA.**

Les interventions suivantes doivent être réalisées :

- ❖ La catégorisation des PVVIH de la file active en fonction de leur ancienneté au traitement ARV, à l'efficacité du traitement et à l'état clinique du cas.
- ❖ Le renforcement du modèle différencié de l'offre de soins aux PVVIH en fonction de chaque catégorie des cas de la file active.

Au Burundi, **trois modèles des soins différenciés basés à la FOSA** ont été adoptés :

- ❖ Espacement des visites de six mois (Sans Dispensation accélérée)
- ❖ Espacement des visites de trois mois (Avec Dispensation accélérée)
- ❖ Clubs d'observance

**Les principaux services offerts sont :**

- ❖ La généralisation du système de rendez-vous et l'octroi des prescriptions et dispensations mensuelles ou multi mensuelles en fonction de la catégorie d'appartenance de chaque PVVIH ;
- ❖ Le renforcement de la médiation en santé pour limiter les perdus de vue ;
- ❖ Le renforcement du continuum de soins et le lien des FOSA avec la communauté ;
- ❖ Le renforcement de l'intégration des services VIH avec d'autres services de santé notamment :

- L'intégration des services VIH dans le Services de santé Maternelle Néonatale et Infantile « SMNI » et vice versa en particulier pour intensifier le dépistage du VIH chez les enfants et le renforcement de l'é-TME.
- L'intégration des services VIH dans les services de la Tuberculose et vice versa y compris la chimioprophylaxie à INH/RPT chez les PVVIH avec screening négatif pour la TB.
- L'intégration des services VIH dans les services de la Santé de la Reproduction
- L'intégration des services VIH dans les services de prise en charge des IST et vice versa.
- L'intégration des services VIH dans tous les services d'hospitalisation.

### **VIII.2.3. Niveau District sanitaire et BPS**

#### ***a. Hôpital de district***

En plus des interventions des autres FOSA, l'hôpital de district offre les services suivants :

- ❖ Les prestations non disponibles au niveau des centres de santé, notamment les consultations médicales individualisées, les examens de suivi biologique et virologique, suivi en hospitalisations des PVVIH ;
- ❖ Assurer l'encadrement et le coaching des FOSA de son aire de responsabilité ;
- ❖ Assurer une planification intégrant les besoins des FOSA de son aire de responsabilité.

#### ***b. Le bureau du District sanitaire (BDS) et de la Province sanitaire (BPS)***

Les équipes cadre du district et BPS interviennent dans :

- ❖ Le renforcement de transfert de compétences et délégation des tâches à travers l'organisation des sessions d'apprentissage sur site ;
- ❖ La facilitation, la mise à l'échelle et s'assure du respect des normes et procédures opérationnelles standards ;
- ❖ Organiser des réunions trimestrielles de validation des données ;
- ❖ S'assurer de la transmission des données au niveau hiérarchique ;
- ❖ Renforcement de la décentralisation du traitement ARV en particulier chez les enfants et les adolescents ;
- ❖ Le renforcement de la supervision et le coaching aux prestataires des sites ;
- ❖ Identification régulière des besoins en formation.

#### **VIII.2.4. Niveau central**

Le niveau central intervient dans :

- ❖ Le pilotage de la coordination des interventions de santé en matière de lutte contre le VIH/SIDA ;
- ❖ Mise en place de nouvelles stratégies de surveillance des infections récentes chez les personnes nouvellement diagnostiquées VIH+ comme la datation ;
- ❖ La mise en place d'un système de la pharmacovigilance incluant la notification active des effets secondaires ou adverses des médicaments ARV ;
- ❖ La documentation active des PVVIH avec CV détectable afin de statuer sur la pharmacorésistance du VIH aux molécules constitutives du schéma national de traitement ARV ;
- ❖ L'élaboration et mise à jour des normes et standards opérationnels.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Directives Nationales de Prévention de la transmission Mère-Enfant du VIH et du traitement ARV chez les enfants et adolescents vivant avec le VIH en Côte d'Ivoire, 2019.
2. Directives nationales pour la prévention et le traitement du VIH au Burundi, Octobre 2020.
3. Addendum aux Directives Nationales d'utilisation des Antirétroviraux pour la prévention et le traitement du VIH au Burundi, Septembre 2021.
4. **WHO**, updated recommendations on first-line and second-line antiretroviral regimens and post-exposure prophylaxis and recommendations on early infant diagnosis of HIV, supplement to the 2016 consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection, December 2018.
5. **WHO**, update of recommendations on first- and second-line antiretroviral regimens, July 2019.
6. **Consolidated guidelines on HIV prevention testing, treatment service delivery and monitoring.**
7. ***Recommendations for a public health Approach, july2021.***
8. Stigma and discrimination : Human right and HIV/AIDS. Geneva : World Health Organization ; 2019 (<https://www.who.int/hiv/events/wad2003/departments/en>, accessed 8 July 2019).
9. Crossing the global quality chasm : improving health care worldwide. Washington (DC) : National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine ; 2018 (<http://nationalacademies.org/hmd/Reports/improvinghealth-care-worldwide.aspx/crossing-global-quality-chasm-improvinghealth-care-worldwide.aspx>, accessed 8 July 2019).
10. Consolidated guidelines on person-centered HIV patient monitoring and case surveillance. Geneva : World Health Organization ; 2018 ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/HYPERLINK "https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255702/9789241512633-eng.pdf?sequence=1"](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/HYPERLINK%20le/10665/255702/9789241512633-eng.pdf?sequence=1), accessed 8 July 2019).
11. Handbook for national quality policy and strategy : a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care. Geneva: World Health Organization; 2018 ([https://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/qhc/nqps\\_handbook/en](https://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/qhc/nqps_handbook/en), accessed 8 July 2019).
12. WHO, HIV molecular diagnostics toolkit to improve access to viral load testing and infant diagnosis, July 2019.

13. **WHO**, consolidated guidelines on HIV testing services, July 2015.
14. Directives nationales de prévention et de prise en charge du cancer du col de l'utérus au Burundi ,Bujumbura,mai2019.
15. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-drug-resistance>.
16. Ref : 1 Bigna et al. J Hypertens. 2020 septembre ;38(9) :1659-1668. F.
17. Ref : <http://www.hiv-druginteractions.org>

## ANNEXES

### **Annexe 1 : Présentation galénique et posologie des médicaments en comprimés de la 1ère, 2ème et 3ème ligne chez l'adulte et adolescent**

Lignes	Les formes combinées	Posologie
<b>1<sup>ère</sup> ligne et 2<sup>ème</sup> ligne et 3<sup>ème</sup> ligne</b>	TDF300mg /3TC300mg/DTG 50mg (TLD)	1cp/jour
	TDF (300mg) /3TC (300mg) / EFV (600 ou 400 mg)	1 cp / jour au coucher
	TDF (300mg)	1 cp / jour
	EFV (400 mg)	1 cp / jour au coucher
	AZT (300mg) /3TC (150mg) : (Zidovudine+Lamivudine)	1cp 2 fois / jour
	TDF (300mg) /3TC (300mg) : (Tenofovir+Lamivudine)	1 cp / jour pendant repas
	ABC (600mg) / 3TC (300mg) : (Abacavir+Lamivudine)	1 cp / jour
	ATV (300mg) / RTV (100mg) : (Atazanavir+Ritonavir)	1 cp / jour
	LPV (200mg) / RTV (50mg) : (Lopinavir +ritonavir)	2 cp 2 fois / jour
	Dolutégravir DTG (50 mg)	1 cp / jour
	DRV (600 mg) /RTV (100 mg)	1cp 2 fois / jour
	ETV cp 100 mg (Etravirine)	2cp de 100mg 2 fois / jour
	ETV cp 200 mg	1cp de 200 mg 2 fois / jour

**Annexe 2 : Présentation galénique et posologie des médicaments en comprimés de la 1ère, 2ème et 3ème ligne chez l'enfant**

Molécule ARV	Présentation / mg	Nombre de Comprimés, capsules ou ml par tranche de poids													
		3-5.9 kg		6-9,9kg		10-14,9Kg		15-19,9kg		20-24,9kg		25-29,9kg		≥30 kg	
		M	S	M	S	M	S	M	S	M	S	M	S	M	S
AZT	10mg/ml	6ml	6ml	9ml	9ml	12ml	12ml								
NVP	10mg/ml	5ml	5ml	8ml	8ml	10ml	10ml								
ABC/3TC	120/60 mg	ou 1 en une prise		Ou 1,5 en une prise		2 en une prise		2,5 en une prise		3 en une prise		1 Cp (600/300 mg)		1 Cp (600/300 mg)	
LPV/r	40/10 mg	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6				
	100/25 mg					2	1	2	2	2	2				
ABC/3TC/ LPV/r	30/60/40/10 mg	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6				
DTG	5 mg	2		3		4		5							
	10 mg	1		Ou 1,5 en une prise		Ou 2 en une prise		Ou 2,5 en une prise							
	50 mg									1		1		1	
AZT/3TC	60/30 mg	1	1	1,5	1,5	2	2	2,5	2,5	3	3				
TDF/3TC/DTG	300/300 /50 mg													1	
EFV	Comprimé non dispersible ou gélule 200 mg	-	-	-	-	1 le soir		1,5 le soir		1,5 le soir		200 mg		2 le soir	
ATV/RTV	Comprimés 300 / 100 mg											300/100 mg		1 si >30 kg	
DRV	Comprimé non dispersible 400 mg											400 mg	1	1	1
RTV	Comprimé non dispersible 100 mg											100 mg	1	1	1
RAL	Granules 100 mg / sachet 0,25	0,25 sachet	0,25 sachet	0,5 sachet	0,5 sachet										

**Annexe 3 : Gestion des interactions médicamenteuses les plus fréquentes avec DTG**

Médicament clé	Précautions à prendre
Amodiaquine	Utiliser un autre médicament antipaludique
Carbamazépine	Doubler la dose de DTG ou utiliser un autre anticonvulsivant
Phénytoïne ou Phénobarbital	Utiliser un autre anti convulsant
Metformine	Limiter la dose de Metformine à 1000mg par jour et contrôler la glycémie en cas de combinaison à base de DTG ou l'éviter
Rifampicine	Doubler la dose de DTG
Produits contenant Al, Mg, Ca, Zn (anti acides, multivitaminés et suppléments)	Les prendre 2h avant DTG ou 6heures après DTG

**Annexe 4 : Outil d'évaluation des risques d'infection à VIH chez l'adulte**

**Exemple d'introduction :** Je vais vous poser des questions personnelles, pour estimer votre niveau d'exposition à un risque d'infection à VIH. Vos réponses à ces questions vont nous aider à vous offrir les conseils et services les plus adaptés à votre situation. Vos réponses resteront confidentielles.

**Donnez-vous votre consentement ?** Oui Non

**Avez-vous des questions avant que nous ne commençons ?**

Prendre le temps de répondre à toutes les questions. Ne pas juger. Etre à l'écoute.

**DATE :** .../...../.....**Nom, Prénom(s) ou code d'identification :**  
 ..... **SEXE :** M F

**AGE :** **Commune :** .....

**COLLINE/QUARTIER :** .....

**FOSA :** ..... **BDS** ..... **BPS :** .....

**TYPE DE DEPISTAGE :** Initié par le prestataire Initié par le cas-index

No	QUESTION	RÉPONSE
1	Avez-vous déjà été testé pour le VIH ?	Oui Non
2	Si oui de quand date-t-il et quel en a été le résultat ? <b>(Si test positif arrêt à ce niveau)</b>	...../...../..... Négatif Positif
3	Si ce n'est pas le premier test, de quand date le dernier et quel a été le résultat	...../...../..... Négatif Positif <b>Si positif arrêt à ce niveau</b>
4	Etes-vous concerné par l'une des activités suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapports sexuels occasionnels sans utilisation de préservatifs</li> <li>• Rapport sexuel avec une professionnelle du sexe</li> <li>• Travail de sexe</li> <li>• Rapport sexuel anal</li> <li>• Rapport sexuel avec une personne de même sexe</li> </ul>	Oui Non

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexe oral sans protection</li> <li>• Utilisation occasionnelle de drogues</li> <li>• Partage de matériel d'injection</li> <li>• Consommation d'alcool avant un rapport sexuel</li> </ul>	
5	<p>Avez-vous de multiples partenaires ?</p> <p>Si oui, combien de partenaires sexuels avez-vous eu au cours des 3 derniers mois ?</p>	<p>Oui</p> <p>Non</p> <p>1-5   5-10   &gt;10</p>
6	A votre connaissance, pensez-vous que votre ou vos partenaire(s) a/ont d'autres partenaires sexuels ?	<p>Oui</p> <p>Non</p>
7	Avez-vous un partenaire VIH positif connu ?	<p>Oui</p> <p>Non</p>
8	A votre connaissance, votre partenaire ou un de vos enfants serait-il décédé de maladie faisant suspecter le SIDA comme un amaigrissement inexpliqué, une toux qui dure, une éruption cutanée, ...	<p>Oui</p> <p>Non</p>
9	Avez-vous déjà développé un signe d'infection sexuellement transmissible comme un écoulement ou une ulcération génitale, ...	<p>Oui</p> <p>Non</p>
10	Arrive-t-il à votre partenaire de passer un temps long en dehors du foyer pour des raisons variées ?	<p>Oui</p> <p>Non</p>

**Question ouverte :**

Quelles sont d'autres raisons qui vous motiverez à faire le test du VIH ?

.....

.....

.....

.....

(D'autres raisons pourraient en effet justifier le test : viol, rupture de préservatif, exposition a du sang non testé...).



**Annexe 4 : Outil d'évaluation des risques d'infection à VIH chez l'enfant**

**Exemple d'introduction :** Je vais vous poser des questions concernant la situation familiale et la santé de [Nom de l'enfant], pour estimer son niveau d'exposition à un risque d'infection à VIH. Vos réponses à ces questions vont nous aider à lui offrir les conseils et services les plus adaptés à sa situation. Vos réponses resteront confidentielles.

**Donnez-vous votre consentement ?** Oui Non

**Avez-vous des questions avant que nous ne commençons ?**

Prendre le temps de répondre à toutes les questions. Ne pas juger. Etre à l'écoute.

**DATE :**...../...../.....**COLLINE/QUARTIER :**.....**FOSA :**

**BDS** .....**BPS :** .....

**Nom, Prénom(s) ou code d'identification de l'enfant:** .....

**SEXE :** M F **DATE DE NAISSANCE :**...../...../.....

**Nom de l'accompagnant :** .....

**Téléphone :** .....

**Relation/Lien de parenté :** .....

**Nom du père de l'enfant.....**

**Nom de la mère de l'enfant :**.....

**TYPE DE DEPISTAGE :** Initié par le prestataire Initié par le cas-index

1	[Nom de l'enfant] a-t-il un parent, frère ou sœur vivant avec le VIH ?	Oui	Non
2	[Nom de l'enfant] a-t-il perdu un parent ou tous les deux parents ?	Oui	Non
3	[Nom de l'enfant] a-t-il été abandonné par ses parents ?	Oui	Non
4	[Nom de l'enfant] a-t-il déjà été hospitalisé ?	Oui	Non
5	[Nom de l'enfant] a-t-il des problèmes de peau récurrents ?	Oui	Non
6	[Nom de l'enfant] a-t-il été en mauvaise santé au cours des 3 derniers mois ?	Oui	Non
7	[Nom de l'enfant] a-t-il été diagnostiqué positif pour la tuberculose ?	Oui	Non
8	[Nom de l'enfant] a-t-il un retard staturo-pondéral (taille inférieure à la moyenne d'enfant de son âge, faible poids) ?	Oui	Non

