

Aperçu Prise en charge VIH en Guinée

Prologue

Ce document a été élaboré par le comité de suivi stratégique de l'ICN Guinée avec le but de donner un aperçu sur les thématiques principaux de la prise en charge des PVVIH en Guinée en particulier pour pouvoir suivre la disponibilité des intrants VIH les ARV et autres.

En plus des listes d'approvisionnement en ARV et autres matériel et consommables les documents suivantes étaient à la source de ce texte :

1. Normes et protocoles de prise en charge de l'infection par le VIH chez l'adulte et l'enfant en GUINEE, Févr. 2015

2. Prise en charge globale du VIH dans les pays à ressources limitées - Guide de formation à l'usage des paramédicaux

http://www.pathexo.fr/docfiles/prise_en_charge_globale_du_vih.pdf

3. VIH / TB Manuel clinique, MSF, 2015

<https://samumsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2015>

Ce document en Word est complété par un Tableau Excel « Croisement/triangulation des données programmatiques et logistiques (VIH, TB et Paludisme) - Utilisation de services - disponibilité des intrants"

Table de matière

Prologue	1
Table de matière.....	2
Abréviations	3
1. Introduction et Contexte	4
1.1 Prévalences et autres statistiques	4
1.2 Genre, droit de l'homme et VIH.....	5
1.3 Résultats subvention FM PEC VIH 1 ^{ier} semestre 2018	7
1.4 Perspectives - Pistes de solutions	7
2. Description maladie VIH.....	8
3. Intrants Lutte contre le VIH	11
3.1 ARV – Antiretroviraux	11
3.2 Toxicité des antirétroviraux de première ligne et substitutions recommandées (OMS)	15
3.2 Tests de Dépistage VIH.....	17
3.3 Médicaments des infections opportunistes (IO)	22
3.4 Consommables médicaux.....	22
3.5 Equipements de laboratoire et consommables	23
4. PEC Prise en Charge	24
4.1 Evaluation initiale et Suivi des patients (y inclus biologique).....	24
4.1 PEC adulte	31
4.2 PTME - Prophylaxie et traitement dans le cadre de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant	36
4.3 PEC Enfants - Prise en charge des enfants infectés par le VIH.....	38
4.4 2 ^{ème} ligne – régimes thérapeutiques	40
5. Accompagnement Psychosocial	41
5.1 Qualités requises.....	41
5.2 Objectifs à atteindre	42
5.3 Éducation thérapeutique (ETP)	46
6. Quantification	50
6.1 Statistiques utilisation différents types d'ARV selon protocoles.....	50
7. Annexe	52
7.1 Points saillants des recommandations OMS 2013	52
7.2 Glossaire	54
8. Bibliographie	57

Abréviations

AES	Accident d'exposition au sang et aux liquides biologiques
ARV	Antirétroviraux
CTX	Cotrimoxazole Bactrim /Cotrim
CV	Charge virale
HAART	Multi thérapie antirétrovirale fortement active
IMC	Indice de masse corporelle utilisé pour classer les adultes en surpoids ou en insuffisance pondérale
INNTI	Inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse “non- nuke”
INTI	Inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse – “nuke”
IO	Infection opportuniste
IP	Inhibiteur de protéase
IP/r	Inhibiteur de protéase potentialisé (boosté) par le ritonavir
IRIS	Syndrome inflammatoire de reconstitution immunitaire
IST	Infection sexuellement transmissible
PCR	Réaction en chaîne polymérase un test de laboratoire
PPE	Prophylaxie post exposition
PrEP	Prophylaxie pré exposition
PTME	Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
PU	En prise unique
PVVIH	Personne vivant avec le VIH/sida
QID	Quatre fois par jour
RHS	Réaction d'hypersensibilité
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SK	Sarcome de Kaposi
SRI	Syndrome de restauration immunitaire
TARV	Thérapie antirétrovirale
TBEP	Tuberculose extra-pulmonaire
TB-MR	Tuberculose multi résistante
TBP	Tuberculose pulmonaire
TBRR	Tuberculose résistante à la rifampicine
TDS	Ter Diem (Trois fois par jour)
TFH	Test de la fonction hépatique
TME	Transmission mère-enfant
TPI	Traitement préventif intermittent
VHA	Virus de l'hépatite A
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

⇒ Voir aussi [Glossaire](#) en Annexe

1. Introduction et Contexte

1.1 Prévalences et autres statistiques

VIH dans le monde

Statistiques sur l'épidémie mondiale de VIH

Les pays d'Afrique sub-saharienne ont été le plus durement touchés par la pandémie de VIH. Fin 2011, 34 millions de personnes dans le monde vivaient avec le VIH, dont 23,5 millions en Afrique sub-saharienne. La généralisation de la thérapie antirétrovirale (TARV) a été substantielle, avec 9,7 millions de personnes sous TARV dans des pays de revenus bas et moyens fin 2012. En dépit de ce succès, il y avait toujours 2,5 millions de nouvelles infections et 1,7 million de décès liés au SIDA en 2011 dans le monde.

Les vecteurs de transmission du VIH La majorité des personnes contractent le VIH par :

- Contact sexuel (le vecteur principal en Afrique)
- In utero (pendant la grossesse) ou pendant l'accouchement
- L'allaitement maternel
- L'utilisation d'aiguilles contaminées (surtout chez les consommateurs de drogues intra-veineuses, plus commun en Europe de l'Est et en Russie)
- Le sang ou produits sanguins (NB: rare lorsque le sang du donneur est correctement testé)

En Afrique subsaharienne les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans contractent le VIH à un taux deux fois plus élevé que les jeunes hommes et représentent 21 % des nouvelles infections au VIH. Moins de 30 % des jeunes femmes ont une connaissance détaillée et exacte des mécanismes de transmission du VIH. Des facteurs complexes contribuent à la vulnérabilité des femmes et des filles. Le Fonds mondial a formulé une « Stratégie en matière d'égalité entre les sexes (SEG) » pour intensifier les services et les interventions qui réduisent les risques et la vulnérabilité à l'infection relatifs au sexe, réduire l'incidence de la morbidité pour les personnes les plus exposées, atténuer l'impact des trois maladies et répondre aux inégalités et discriminations structurelles.

VIH en Guinée

Prévalence VIH en Guinée

En Guinée, l'épidémie est stable avec un taux de séroprévalence de 1,7%. Le nombre moyen estimé de personnes vivant avec le virus en 2015 était de 120 000 personnes. 45 000 PVVIH selon les derniers chiffres ont un accès gratuit au traitement antirétroviral, 63 % des personnes infectées ne connaissent pas leur statut et ne sont pas sous traitement ARV. Les activités menées par le gouvernement et les bailleurs (par ex. FM) ont réussi à contenir l'épidémie mais jusqu'à présent ne réussit pas à faire baisser les chiffres.

Plus de femmes sont infectées (2,1%) que les hommes aux hommes (1,2%) soit un Ratio 64/36. L'inégalité de genre et certaines pratiques socioculturelles favorisent ce taux inégal.

Selon ESCOMB 2017 au sein des groupes de populations les plus à risque d'infection au VIH, la prévalence est de:

- **0,70%** chez les jeunes de 15 – 24 ans ;
- **1,4%** chez les miniers ;
- **2,3%** chez les routiers ;
- **3,8%** chez les pêcheurs ;
- **3,5%** chez les hommes en uniforme.
- **11,4%** chez les Hommes ayant des rapports Sexuels avec les Hommes (HSH)
- **10,7%** chez les Professionnelles du Sexe (PS) ;
- **2,5%** chez les détenus

Par rapport à la Co-infection, la prévalence VIH est de **25%** chez les tuberculeux. La propagation du VIH est favorisée par la persistance de certains comportements tels que le multi partenariat, la précocité des rapports sexuels et la non utilisation systématique du préservatif.

La Guinée est encore loin d'atteindre l'objectif intermédiaire fixe par ONUSIDA (l'objectif 90-90-90 :

- 90% de personnes sont dépistées et connaissent leur statut sérologique
- 90% de Personnes Vivant avec le VIH sont sous traitement antirétroviral
- 90% des PVVIH sous traitement antirétroviral ont une charge virale indétectable.

1.2 Genre, droit de l'homme et VIH

Les personnes vivant avec le VIH en Guinée continuent à être exposées à des niveaux élevés de discrimination et de stigmatisation du fait de leur séropositivité

- Les femmes dépistées VIH +ve lors des CPN sont menacées de la marginalisation par leur époux et famille en générale lorsqu'ils révèlent leur statut et préfèrent de se taire
- Le faible taux de dépistage des conjointes des femmes PVVIH détecté lors des CPN contribue à la propagation du virus VIH

Les femmes en Guinée sont considérablement plus vulnérables au VIH que les hommes à cause des pratiques qui perpétuent l'inégalité entre hommes et femmes, des normes sexospécifiques néfastes et la violence basée sur le genre (VBG)

- La santé des femmes et filles est inégalement mise plus en danger en les maintenant dans la pauvreté et limitant leur autonomie et pouvoir décisionnel

Les femmes et l'égalité des genres

Dans de nombreux pays, les femmes et les filles sont traitées comme des citoyens de deuxième classe et sont confrontées à un certain nombre de risques pour la santé. Les femmes et les filles portent le poids socio-économique du VIH, de la tuberculose (TB) et du paludisme et sont souvent confrontées à de multiples formes de stigmatisation et / ou à la discrimination, la violence et d'autres violations des droits humains. Un manque d'investissement durable dans le leadership, l'engagement et la participation des femmes

dans la politique VIH, le développement du programme, la mise en oeuvre, et le suivi et l'évaluation sous-entendent des programmes ne tenant pas en compte l'égalité des genres ou des programmes insensibles qui perpétuent les défis permanents pour les femmes et les filles à travers les trois maladies. En outre, malgré les progrès dans les réponses du sida, la tuberculose et le paludisme – les avancées ont été trop lentes pour les femmes clés touchées qui éprouvent souvent des formes multiples et convergentes de discrimination et de violence dans leurs propres maisons, les établissements de soins de santé, ou d'autres systèmes socio-politiques dans les pays.

VBC - Violence Basée sur le Genre

L'égalité des genres (en tant que conducteur du VIH), de la cause et la conséquence de la violence) n'a pas toujours été systématiquement pris en compte dans la politique nationale et des programmes comme un domaine critique qui affecte des communautés entières. Les femmes sont souvent prises en compte dans les programmes qui visent à mettre fin à la transmission verticale (transmission mère-enfant); prises en compte dans le travail du sexe qui ne tient pas compte des approches fondées sur les droits de l'homme; et / ou dans les programmes de jeunesse génériques qui nient les droits sexuels des jeunes femmes et mettent l'accent sur l'abstinence, la prévention et un code tranché «moral» qui régit le corps des femmes et l'autonomie sexuelle.

Plus d'attention est nécessaire autour des jeunes femmes - en particulier celles qui sont nées avec le VIH et qui de plus en plus prennent de nouvelles identités comme des adultes. Les droits sexuels et reproductifs de toutes les jeunes femmes doivent être maintenus et respectés dans les décisions de devenir des professionnels, des amantes, des épouses, des mères, des avocats et des dirigeants.

Il n'y a pas de solution miracle pour aborder les questions de genre dans le contexte du VIH et du sida, en particulier autour de la violence basée sur le genre (VBG). La VBG est non seulement une violation des droits de l'homme, mais favorise également la propagation du VIH / SIDA en limitant sa capacité de négocier des pratiques sexuelles sûres, divulgation de la séropositivité, et l'accès des services en raison de la crainte de représailles.

Les femmes et les filles sont touchées de manière disproportionnée par la violence et on estime qu'une femme sur trois dans le monde a été battue, contrainte d'avoir des rapports sexuels ou maltraitée au cours de sa vie, avec la violence conjugale comme la forme la plus courante de violence subie par les femmes dans le monde. La plupart des approches abordant la violence ne parviennent pas à répondre adéquatement à la violence sous toutes ses formes, et / ou à reconnaître l'impact de la violence sur la participation des femmes et l'accès aux soins.

Défis posés aux femmes et aux filles (VIH)

- Depuis Juin 2014, 13,6 millions de personnes vivant avec le VIH avaient accès à la thérapie antirétrovirale. Les femmes vivant avec le VIH, en particulier les femmes enceintes, représentent environ la moitié de toutes les personnes ayant accès au traitement à l'échelle mondiale.

- Les femmes sont considérablement plus vulnérables au VIH que les hommes en Afrique où elles représentaient, avec les filles, 59 % des personnes vivant avec le VIH en 2016.
- Adolescents : globalement, les jeunes femmes entre 15 et 24 ans ont un risque 50% plus élevé de contracter le VIH par rapport à leurs homologues masculins. En Afrique subsaharienne, pour des raisons biologiques et sociales, des nouvelles infections du VIH chez les jeunes femmes restent doubles ou plus que chez les hommes du même groupe d'âge.
- Les lois, les politiques et les pratiques qui perpétuent l'inégalité entre hommes et femmes, les normes sexospécifiques néfastes et la violence sexiste compromettent la santé des femmes et des filles en les maintenant dans la pauvreté, en limitant leur autonomie et leur pouvoir décisionnel, notamment leur capacité d'accès à des services de soins de santé.
- Dans certains environnements, les femmes qui sont exposées à la violence de leur partenaire intime ont, en moyenne, 1,5 fois plus de probabilité d'être infectées par le VIH.

1.3 Résultats subvention FM PEC VIH 1^{er} semestre 2018

.....

1.4 Perspectives - Pistes de solutions

« CPN Papa » en DRC

Document élaboré dans le cadre PSRF (GIZ Guinée)

1. Etude CAP (Connaissances, Attitudes, Pratiques) sur la santé reproductive, les IST, le VIH/SIDA et les Mutilations Génitales Féminines auprès de 1.600 femmes en âge de procréer et 1.600 jeunes entre 15 et 24 ans ;
2. Analyse situationnelle de l'intégration du VIH et de la santé de reproduction/santé maternelle, néonatale, infantile et des adolescents en Guinée ;
3. Facteurs limitant l'implication des conjoints aux activités de la PTME dans la commune urbaine de Mamou ;
4. Stratégie pour améliorer la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes, 2/2016 ;
5. Intégration du concept de la planification familiale et de la contraception dans les documents de counseling VIH en Guinée, 2017

Autres

- Au-delà du traitement du sida : une anthropologie de l'échec thérapeutique au Cameroun, AIX-MARSEILLE UNIVERSITÉ, Département d'Anthropologie, Thèse pour l'obtention du grade de Docteur, Gabrièle LABORDE-BALEN, 12/2016
- Procréer en temps d'infection à VIH : offre de soins et expériences de femmes en milieu urbain (Burkina Faso), AIX-MARSEILLE UNIVERSITE, Ecole doctorale Espaces, Cultures, Sociétés, Thèse de doctorat, Sylvie ZONGO, 11/2012

2. Description maladie VIH

Ce document se limite à référer aux chapitres des 3 documents de référence mentionnée dans le prologue

1. Normes et protocoles de prise en charge de l'infection par le VIH chez l'adulte et l'enfant en GUINEE, Févr. 2015

Chapitre I : POLITIQUE, NORMES ET PROCEDURES DE PRISE EN CHARGE

- Objectifs
- Cadre Légal
- Pyramide sanitaire et prise en charge des PVVIH
- Référence et contre Référence
- Prise en charge des enfants de 0 à 5 ans
- Prise en charge de la coïnfection TB/VIH
- Prise en charge de la coïnfection VIH/HEPATITE B ET C
- Critères d'accréditation des centres de prise en charge des PVVIH en Guinée
- Comité Médical Technique (CMT)
- Gestion des données de prise en charge des PVVIH
- Centrale d'Achat
- Programme National de Prise en charge Sanitaire et Prévention des IST/VIH/Sida (PNPCSP)
- Secrétariat Exécutif du Comité National de Lutte contre le Sida (SE/CNLS)
- Prévention des Infections Opportunistes (IO)
- Aspects diagnostiques et thérapeutiques des infections opportunistes

CHAPITRE III : DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DU VIH.

- Diagnostic de l'infection à VIH
- Protocoles des antirétroviraux
- Prise en charge des Accidents d'Exposition au Sang (AES)

CHAPITRE IV : PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT DANS LE CADRE DE LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MERE A L'ENFANT

- Objectif
- Prise en charge thérapeutique
- Prise en charge psycho-sociale au cours de la PTME

CHAPITRE V : PRISE EN CHARGE DES ENFANTS INFECTES PAR LE VIH

- Définition de l'infection à VIH chez l'enfant
- Histoire naturelle du VIH chez l'enfant
- Modes de transmission
- Diagnostic
- Classification
- Cas particulier dans le cadre de la prise en charge selon la stratégie

PCIMNE

- Prise en charge thérapeutique
- Prise en charge nutritionnelle en contexte d'infection à VIH
- Dépistage Conseil à l'Initiative du Soignant (DCIS)

CHAPITRE VI : PRISE EN CHARGE SYNDROMIQUE DES IST

- Objectif général
- Objectifs spécifiques
- Rappel sur les types de diagnostic des IST
- Étapes de la prise en charge
- Algorithme
- Algorithme pour Travailleuse de Sexe (TS)
- Algorithme pour Hommes ayant des relations Sexuelles avec les Hommes (HSH)

2. Prise en charge globale du VIH dans les pays à ressources limitées

Guide de formation à l'usage des paramédicaux, 2011, coédition ESTHER – IMEA

COMPÉTENCES DES INFIRMIERS DANS LA PRISE EN CHARGE DU VIH (adulte et enfant)

1. Épidémiologie et transmission de l'infection à VIH
2. Virologie, immunologie et histoire naturelle de l'infection à VIH
3. Dépistage et diagnostic de l'infection à VIH
4. Diagnostic et prise en charge des infections opportunistes et des maladies associées à l'infection à VIH
5. Traitement ARV de l'infection à VIH chez l'adulte et l'adolescent
6. Gestion de la pharmacie et dispensation des médicaments du VIH/sida
7. Accompagnement des personnes vivant avec le VIH
8. Prévention de l'infection à VIH
9. PTME et prise en charge de l'infection à VIH chez l'enfant
10. Hygiène hospitalière, infections liées aux soins

3. VIH / TB Manuel clinique, MSF, 2015

Présentation générale du VIH	Évaluation et suivi du patient
<ul style="list-style-type: none">- Statistiques sur l'épidémie mondiale de VIH- Cycle de vie du VIH- L'évolution naturelle du VIH- Traitement du VIH- Prévention du VIH- Prophylaxie post-exposition (PPE)	<ul style="list-style-type: none">- Les objectifs de la consultation clinique- Première consultation- Consultation de suivi- Autres consultations de suivi- Après le début de la TARV

Thérapie antirétrovirale (TARV)

- La thérapie antirétrovirale (TARV) et les objectifs du traitement
- Mécanismes d'action des ARV
- Classes
- Processus d'initiation aux ARV résumé
- Principes généraux
- La préparation à la TARV
- Prise en charge post – TARV
- Modifications de la TARV
- Syndrome inflammatoire de reconstitution immunitaire (IRIS)

Prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME)

- Le VIH pendant la grossesse et la PTME
- Soins de l'enfant exposé
- Soins d'un bébé dont le statut sérologique de la mère est inconnu
- Alimentation du nourrisson

Le VIH chez les enfants

- Comment est-ce que les enfants contractent le VIH?
- Progression de la maladie
- Quels enfants devraient être testés pour le VIH?
- Évaluation et suivi des enfants exposés au VIH et les enfants infectés
- Thérapie antirétrovirale (TARV)
- Observance
- Processus d'annonce
- Mesure de la réponse au traitement
- Passer à la seconde ligne de la TARV: à quel moment et vers quoi?

Les effets secondaires de la TARV

- Prise en charge des effets secondaires
- Effets secondaires communs des ARV
- Effets secondaires graves des ARV
- D'autres effets secondaires possibles
- Les interactions médicamenteuses communes

La tuberculose résistante

- Types de tuberculoses actives
- Les cinq "I" pour réduire le poids de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH)
- Présentation clinique de la tuberculose pulmonaire
- Présentation clinique de la tuberculose extra-pulmonaire (TBEP)
- Le dépistage de la TB chez les PVVIH
- Faire une évaluation de la tuberculose chez une PVVIH
- Prise en charge de la TB
- Les antituberculeux et les ARV
- La TB chez les enfants
- Thérapie préventive à l'isoniazide (TPI)
- Contrôle de l'infection tuberculeuse
- Tuberculose pharmaco-résistante (TB-MR)

Conditions gastro-intestinales

- Diarrhée
- Diarrhée Aigüe
- Diarrhée Chronique
- Douleur abdominale (sans diarrhée)
- Le foie et le VIH
- Co-infection avec hépatite B
- Co-infection avec hépatite C

Santé reproductive

- Maladies sexuellement transmissibles (MST)
- Protocole 1: Écoulement urétral ou dysurie chez l'homme
- Protocole 2: Ulcération génitale chez l'homme ou chez la femme
- Protocole 3: Écoulement vaginal chez la femme
- Protocole 4: Douleur pelvienne ou sensibilité du col utérin chez la femme
- Candidose vulvo-vaginale
- Papillomavirus humain (PVH)
- Syphilis
- L'agression sexuelle

3. Intrants Lutte contre le VIH

3.1 ARV – Antirétroviraux

Tbl. 1 Abréviations antirétroviraux VIH

3TC Lamivudine	LPV Lopinavir
ABC Abacavir (VIH-2)	LPV/r Lopinavir/Ritonavir
ATV Atazanavir	NVP Nevirapine
ATV/r Atazanavir/Ritonavir	RAL Raltegravir
AZT Zidovudine	RBV Ribavirin
EFV Efavirenz	RTV Ritonavir
ETV Etravirine	/r Ritonavir, low dose
FTC Emtricitabine	sd-NVP Single-dose Nevirapine
	TDF Tenofovir

Photos Emballage ARV

Combinaisons Trithérapie 1^{ère} ligne VIH-1 (2 INTI et 1 INNTI) – Prise 1 x jour

« Atripla »



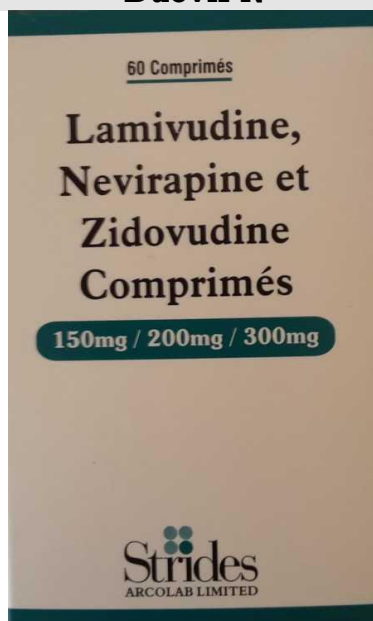
TDF/3TC+EFV



TDF/FTC+EFV

Traitement alternatif 1^{ère} ligne – prise 2 x jour

Duovir N



AZT/3TC+NVP

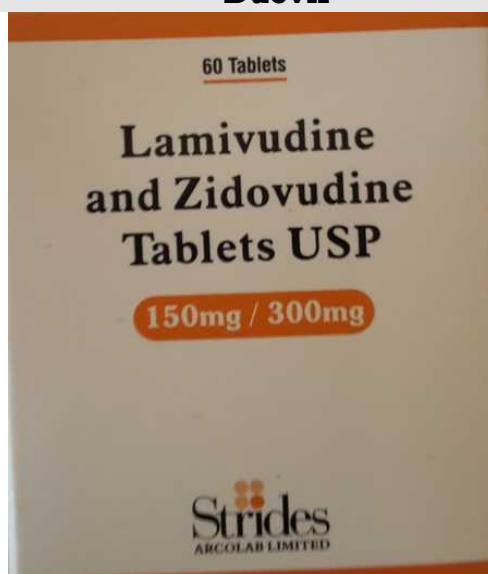
Protocoles 2^{ème} ligne – combinaison entrants dans la reconstitution des régimes

Tenovir

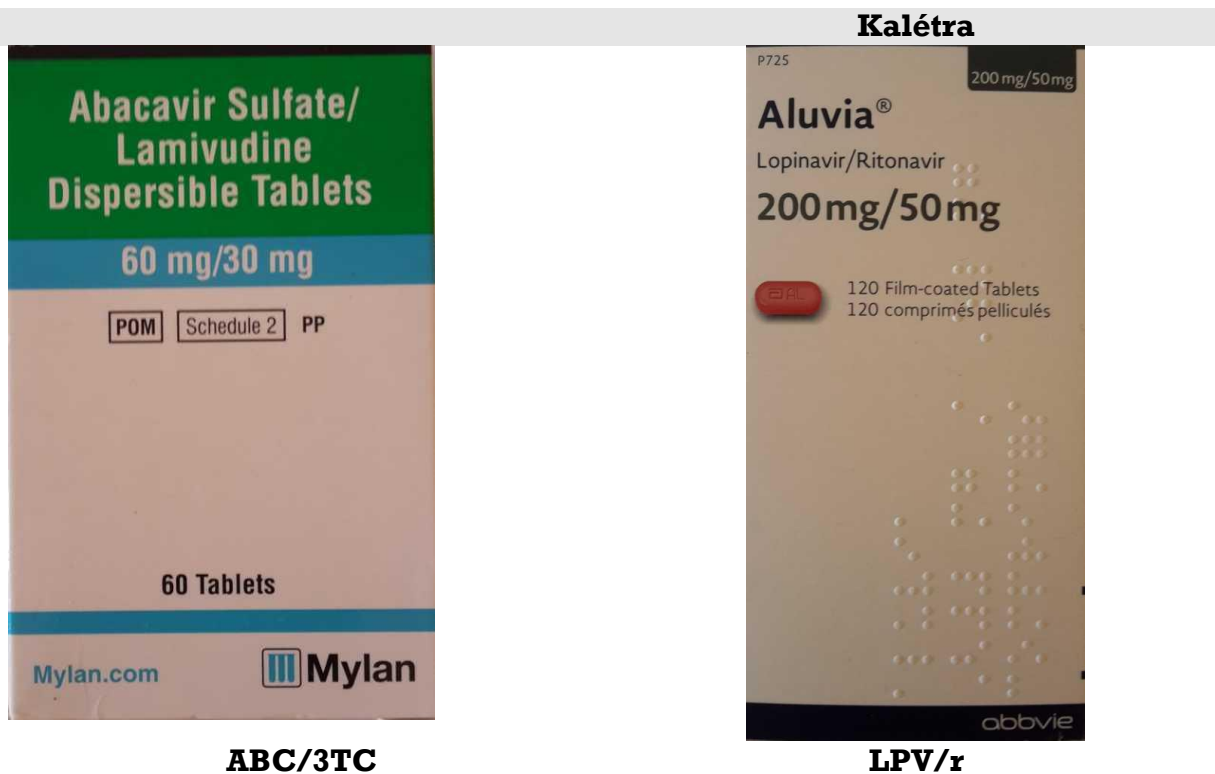


TDF/3TC

Duovir



AZT/3TC



Classe selon le mécanisme d'action - Principaux ARV

Tbl.2 Posologie chez l'adulte

CLASSE SELON LE MÉCANISME D'ACTION	DCI (ABRÉVIATION)	POSOLOGIE CHEZ L'ADULTE
INHIBITEURS NUCLÉOSIDIQUES DE LA TRANSCRIPTASE INVERSE (INTI)	Zidovudine 300 mg (AZT)	1 cp x 2/j
	Lamivudine 150 mg (3TC)	1 cp x 2/j ou 2 cp en 1 prise/j
	Stavudine 30 mg (d4T)	1 cp x 2/j
	Didanosine 400 mg (ddl)	1 capsule/j à jeun
	Abacavir 300 mg (ABC)	1 cp x 2/j ou 2cp en 1 prise/j
	Emtricitabine* 200 mg (FTC)	1 cp/j
	Ténofovir** disoproxil 300 mg (TDF)	1 cp/j au cours d'un repas
INHIBITEURS NON NUCLÉOSIDIQUES DE LA TRANSCRIPTASE INVERSE (INNTI)	Névirapine 200 mg (NVP)	1 cp le matin pendant 14 j, puis 1 cp x 2/j
	Efavirenz 600/200 mg (EFV)	1 cp à 600 mg ou 3 cp à 200 mg le soir au coucher
INHIBITEURS DE LA PROTÉASE (IP)***	Lopinavir 200 mg/ritonavir 50 mg (LPV/r, IP boosté)	2 cp x 2/j
	Indinavir (IDV) 400/200 mg (+ ritonavir en booster) Atazanavir (ATV) 300 mg (+ ritonavir en booster)	2 cp à 400 mg x 2/j + ritonavir 100 mg x 2/j 1 cp à 300 mg/j + ritonavir 100 mg/j au cours d'un repas

Tbl.3 Antirétroviraux utilisés en Guinée selon le protocole national de prise en charge des personnes vivant avec le VIH

- **En ordre d'importance**

Dénomination Commune Internationale (DCI)	Forme et présentation
INTI TDF - Tenofovir 3TC - Lamivudine FTC - Emtricitabine	Cpé. 300 mg Cpé. 600 mg, 30 mg Cpé. 300 mg
AZT - Zidovudine ABC - Abacavir	Cpé. 300 mg, 60 mg, Sirop 50 mg/5ml Cpé. 300 mg, 60 mg
INNTI EFV - Efavirenz NVP - Nevirapine	Cpé. 600 mg, 50 mg Cpé. 200 mg, 50 mg, Sirop 10mg/ml
IP LPV/r - Lopinavir / Ritonavir ATV/r Atazanavir/Ritonavir ETV - Etravirine 100mg RAL - Raltegravir 400mg RTV - Ritonavir 100mg	Cpé. 200/50 mg, 80/20 mg Cpé. 300/100 mg Cpé. 100 mg Cpé. 400 mg Cpé. 100 mg

Orientations synthétiques

Désavantages AZT et Nevirapine : Prise 2 x jour nécessaire
Effet secondaire possible AZT : Anémie

Tbl.4 Molécules utilisés pour différents traitements VIH

No.	Abbrev.	Molécule	Info supplémentaires
1.	1^{ère} ligne VIH-1		
1a.	Option privilégiée		
1.1	TDF	Tenovir	
1.2	3TC	Lamivudine	
1.3	EFV	Efavirenz	
1.4	FTC	Emtricitabine	
1.b	Alternative		
1.5	AZT	Zidovudine	A donner 2 x par jour
1.6	NVP	Nevirapine	
2.	2^{ème} ligne et VIH-2		Les INNTI (EFV et NVP) ne sont pas effectif – il faut le remplacer par
2.1	LPV / r ou	Lopinavir/Ritonavir	
2.2	ABC	Abacavir	
3.	Infections opportunistes		
3.1	Cotrim 960 mg		Si CD4 < 350 mm ³ ou dosage CD-4 impossible (à partir 2ieme trimestre grossesse)

Tbl. 5 Associations fixes d'ARV (combinaisons) utilisées en Guinée

- en ordre d'importance

DCI	Description	Nom de marque*	Utilisation	Forme et présentation
TDF-3TC ou FTC-EFV	Efavirenz/Lamivudine ou Emtricitabine + Tenofovir (600/300 ou 200/300) mg	Atripla	Option privilégiée 1^{ère} ligne PTME	B\30 – prise 1 x jour
AZT-3TC-NVP	Zidovudine/ Lamivudine + Nevirapine (150/300/200) mg <u>Pédiatrique</u> (60/30 + 50) mg	Duovir N	Traite-ment alternatif (2^{ème} choix)	B\60 – prise 2 x jour
TDF/3TC	Tenofovir/Lamivudine (300mg+300mg)	Truvada		
LPV/r	Lopinavir/Ritonavir (200/50) mg	Kalétra	2 ^{ème} ligne et (VIH-2)	
AZT+3TC+LPV /R	Zidovudine+Lamivudine + Lopinavir/Ritonavir		AES - après incident à prendre pendant 4 semaines	

* à titre indicatif

3.2 Toxicité des antirétroviraux de première ligne et substitutions recommandées (OMS)

Classes d'ARV - ARV - Principaux effets secondaires

INHIBITEUR NUCLÉOSIDIQUE DE LA TRANSCRIPTASE INVERSE (INTI)

Zidovudine (AZT)

- Anémie modérée à sévère (parfois brutale), neutropénie
- Nausées
- Douleurs musculaires
- Hyperpigmentation (ongles, langue)
- Gynécomastie (développement des seins chez l'homme)

Lamivudine (3TC)

- Généralement bien toléré

Abacavir (ABC)

- Réaction allergique

Emtricitabine (FTC)

- Généralement bien toléré

Tenofovir (TDF)

- Diarrhée, nausées
- Toxicité rénale

INHIBITEUR NON NUCLÉOSIDIQUE DE LA TRANSCRIPTASE INVERSE (INNTI)

Névirapine (NVP)

- Réactions allergiques cutanées pouvant évoluer vers des formes graves (décollement bulleux de la peau avec atteinte des muqueuses : syndromes de Stevens-Johnson et de Lyell)
- Hépatites parfois sévères

Efavirenz (EFV)

- Troubles neuropsychiques : vertiges (fréquents au début, régressifs spontanément en quelques jours ou semaines), insomnie, somnolence, hallucinations
- Allergies cutanées et hépatiques (plus rares qu'avec la NVP)
- Toxicité pour le fœtus au 1er trimestre de la grossesse

INHIBITEUR DE PROTÉASE (IP)

Lopinavir/r (LPV)

- Diarrhée, nausées, vomissements
- Élévation des enzymes hépatiques

Atazanavir/r (AZT)

- Coloration jaune des yeux (bénin), colique néphrétique

Tbl.6 Principaux effets secondaires des ARV en fonction du moment de leur survenue par rapport au début du traitement et ARV le plus souvent en cause

PRINCIPAUX EFFETS SECONDAIRES DES ARV EN FONCTION DU MOMENT DE LEUR SURVENUE PAR RAPPORT AU DÉBUT DU TRAITEMENT ET ARV LE PLUS SOUVENT EN CAUSE		
SURVENUE PRÉCOCE (AVANT 1 MOIS)	SURVENUE TARDIVE (AU-DELÀ DE 1 MOIS)	SURVENUE PRÉCOCE ET/OU TARDIVE
<ul style="list-style-type: none">● Rash cutanés : surtout névirapine● Réaction allergique : abacavir● Troubles neuropsychiques : efavirenz● Troubles digestifs (nausées, diarrhée) : tous mais surtout les IP	<ul style="list-style-type: none">● Lipodystrophies : INTI, IP● Acidose lactique : INTI (d4T ++)● Troubles métaboliques (diabète, hyperlipidémie) : IP, INTI	<ul style="list-style-type: none">● Hépatites : surtout névirapine● Neuropathie périphérique : surtout d4T et ddl● Anémie, neutropénie : surtout AZT● Colique néphrétique : indinavir ++, atazanavir● Hyperlipidémies : IP, INTI, efavirenz

Conduite à tenir en cas de réaction allergique à la NVP

Les réactions allergiques à la NVP surviennent surtout dans les premières semaines de traitement, y compris dans les 15 premiers jours sous NVP à ½ dose. Elles sont fréquentes puisqu'elles concernent près de 20 % des patients.

- Recherche d'une atteinte hépatique. Le dosage des enzymes hépatiques dans les meilleurs délais est impératif. En cas d'élévation de grade 3 ou 4 (voir tableau IV), la NVP doit être arrêtée. Les corticoïdes ne sont pas efficaces en cas d'hépatite et ne doivent donc pas être utilisés.
- Adaptation du traitement en fonction de la sévérité de l'éruption cutanée.

Éruption allergique de grade 1 survenant sous NPV à ½ dose, dans les 15 premiers jours de traitement

- maintenir la NVP à ½ dose (1 comprimé) jusqu'à ce que l'éruption disparaisse, puis passer à pleine dose (1 comprimé 2 fois par jour) en continuant la surveillance.

Éruption allergique de grade 1 survenant sous NVP à pleine dose, après les 15 premiers jours de traitement :

- repasser à la ½ dose jusqu'à ce que l'éruption disparaisse, puis reprendre le traitement à pleine dose en continuant la surveillance.

Éruption allergique de grade 2 :

- arrêter la NVP et la remplacer par l'EFV. Si une reprise de la NVP s'avérait indispensable par la suite, réintroduire le traitement à dose progressive sous surveillance rapprochée.

Éruption allergique de grade 3 :

- arrêter la NVP et la remplacer par un IP. Si cela n'est pas possible, un changement pour l'EFV peut être envisagé sous stricte surveillance hospitalière. Toute reprise de la NVP est contre-indiquée.

Éruption allergique de grade 4, avec risque vital.

- La NVP doit être définitivement arrêtée et remplacée par un IP. L'EFV ne doit en revanche pas être utilisé.

Produits traceurs - ARV

3.2 Tests de Dépistage VIH

- **Bioline** - Rapid Diagnostic Test - HIV Test de dépistage (kit A1,A2) – Eliza (test rapide)
- **Determine** - Test de dépistage VIH Confirmation – PCR – Western blot
- **DBS** - RealTime HIV qualitative (test Early Infant Diagnostic) controles Kits
- **DUO Syphilis-HIV 1 et 2**

Photo HIV ½ Combo (Bioline)



I. Tests pour le dépistage et le diagnostic biologique de l'infection à VIH

Principes généraux

- Les tests biologiques de détection du VIH sont de 2 types :
 - tests indirects, ou sérologiques, visant à détecter dans le sang les anticorps produits par le système immunitaire contre les antigènes du virus ;
 - tests directs, reposant sur la mise en évidence du virus (détection d'un composant du virus, comme l'antigène p24, ou de son génome par PCR).
- Le choix des tests dépend de l'âge du sujet testé :
 - chez l'enfant de plus de 18 mois et l'adulte, le dépistage et le diagnostic de l'infection à VIH se font essentiellement à l'aide des tests sérologiques ;
 - chez l'enfant de moins de 18 mois, ils font obligatoirement appel aux tests de détection directe du virus. À cet âge, les tests sérologiques ne sont pas utilisables car l'enfant né d'une mère infectée par le VIH a dans son sang des anticorps anti-VIH d'origine maternelle qu'il n'est pas possible de distinguer de ceux qu'il aurait éventuellement produits lui-même.
- Pour affirmer qu'un sujet est séropositif vis-à-vis du VIH, 2 tests sérologiques sont nécessaires :
 - le 1er test doit avoir une sensibilité élevée, afin de ne pas méconnaître la présence d'anticorps dirigés contre le VIH (voir glossaire) ;
 - le 2nd doit avoir une forte spécificité, afin de pouvoir confirmer que les anticorps détectés sont bien des anticorps dirigés contre le VIH.

Tests sérologiques de dépistage (tests indirects)

- Le dépistage des anticorps anti-VIH (anti-VIH-1 et anti-VIH-2) s'effectue au moyen de tests de dépistage rapide (TDR) ou de tests dits « ELISA » (*Enzyme-Linked Immunosorbent Assay*) :
 - les TDR sont de réalisation simple et sont les plus utilisés dans les pays à ressources limitées ;
 - les tests ELISA sont plus complexes et essentiellement utilisés dans les pays industrialisés.
- Comme leur nom l'indique, les TDR sont conçus pour donner un résultat rapide lorsqu'ils sont pratiqués auprès du patient :
 - les TDR consistent à mettre en contact un échantillon de sang de la personne testée avec un support contenant des antigènes du virus ; si l'échantillon renferme des anticorps contre le VIH, il se produit une réaction antigènes-anticorps détectable à l'oeil nu à la lecture du test (apparition d'une coloration, de points ou de lignes) ;
 - ils sont réalisables à tout endroit et peuvent être stockés à température ambiante ;
 - les résultats sont qualitatifs, sous forme de réaction négative ou positive : ils sont fiables mais ne sont pas quantifiés et enregistrables sur support papier, ce qui peut être un obstacle à leur traçabilité ;
 - pour les tests les plus rapides, le résultat est généralement fourni en une dizaine de minutes ;
 - les TDR peuvent être réalisés de façon unitaire ou, si l'organisation le nécessite, sur une petite série de patients.

- Les tests ELISA sont techniquement plus complexes et plus longs à réaliser que les TDR (de 20 minutes à 2 heures) ; ils ont néanmoins l'avantage de pouvoir être automatisés pour réaliser un grand nombre de tests simultanément :
 - les tests ELISA consistent à déposer sur une plaque recouverte de l'antigène du VIH un échantillon de sang de la personne testée, puis à révéler à l'aide d'une réaction enzymatique la réaction antigène-anticorps se produisant en cas de présence d'anticorps anti-VIH dans l'échantillon (test dit « immuno-enzymatique ») ;
 - ils nécessitent une structure minimale de laboratoire et le respect d'une chaîne du froid.

Comprendre la cinétique d'apparition des anticorps anti-VIH pour bien interpréter les tests VIH

Comme le montre la figure 1, après la contamination, le VIH est détectable dès le 10-12e jour sous sa forme d'acide ribonucléique (ARN) et, vers le 12-14e jour, sous sa forme d'antigène p24 (un antigène entrant dans la composition du virus).

Les premiers anticorps produits par la réponse immune ne sont détectables que vers le 21e jour. Une fois présents, ils persisteront toute la vie du patient.

Cette cinétique peut varier selon les patients et selon la souche de VIH infectante (en dehors de la persistance à vie des anticorps initialement produits).

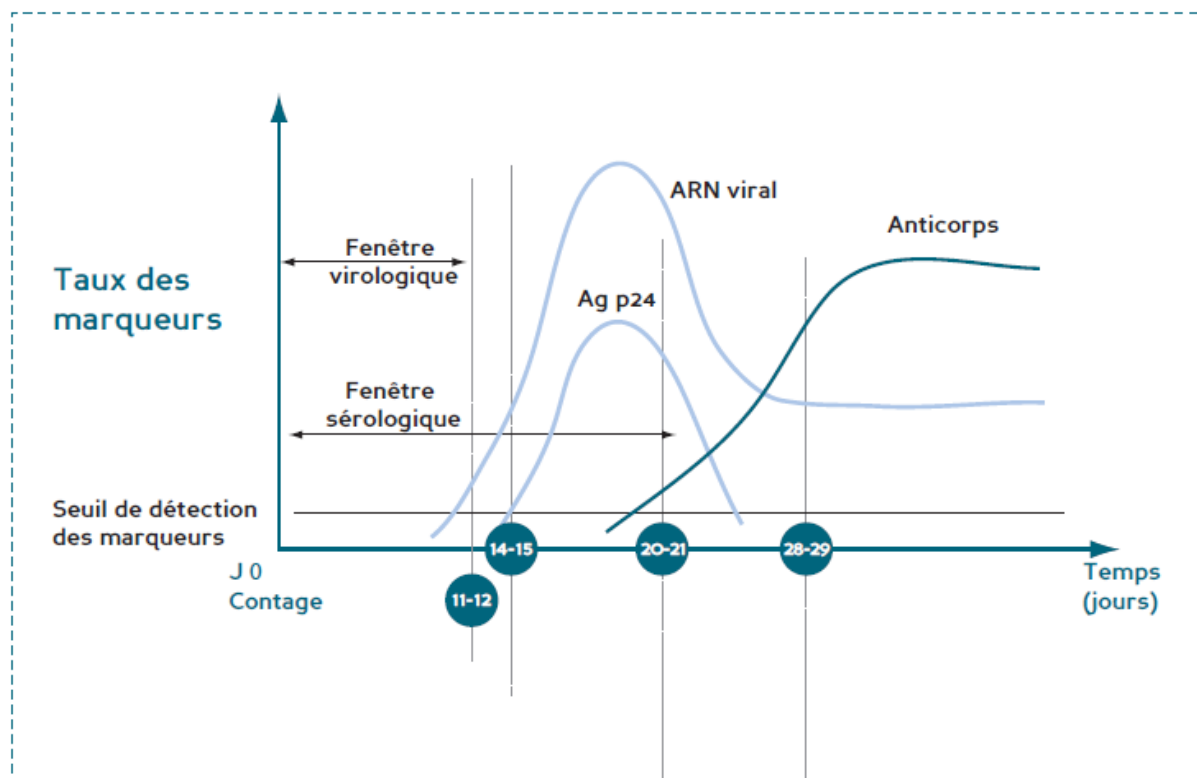
La positivité des tests sérologiques habituels de dépistage du VIH est retardée par rapport au moment de la contamination, puisqu'elle dépend de l'apparition des anticorps.

Tests sérologiques de confirmation

- Ils sont surtout utilisés dans les pays industrialisés.
 - La technique du Western Blot (WB) est la méthode de référence.
 - sur la bandelette de WB, différentes protéines constitutives du virus seront reconnues par des anticorps spécifiques anti-VIH-1 ou anti-VIH-2. Elles forment des bandes situées en des endroits particuliers de la bandelette, qui sont révélées par une réaction immuno-enzymatique ;
 - le WB peut être difficile à interpréter quand il fournit un résultat « indéterminé », pouvant correspondre soit à une séroconversion récente, soit à une infection par un variant du VIH, soit à une réaction croisée avec un autre rétrovirus ;
 - le WB a comme autre inconvénient d'être un test coûteux.
 - La technique des immunoblots est d'apparition plus récente et moins répandue. Elle fait appel aux mêmes principes que le WB mais utilise différentes protéines recombinantes ou de synthèse déposées sur des bandelettes de Nylon ou de nitrocellulose.
- Tests de mise en évidence du virus (tests directs)**
- Les tests de diagnostic direct de l'infection à VIH comportent la quantification virale, la culture virale et la recherche d'un constituant du virus, l'Ag p24.
 - La quantification virale consiste à mesurer l'ARN du virus circulant dans le sang ou l'ADN du virus intégré dans ses cellules cibles :
 - elle fait appel à une technique de biologie moléculaire d'amplification génique appelée PCR (*Polymerase Chain Reaction*) ;
 - la quantité d'ARN viral correspond à la charge virale et constitue un critère de suivi important du traitement ARV ;
 - c'est la seule technique permettant de faire le diagnostic de l'infection à VIH chez les enfants exposés avant l'âge de 18 mois ou en cas de primo-infection avant que les anticorps ne soient détectables.
 - La culture virale consiste à mettre en présence des lymphocytes du sujet infecté avec des lymphocytes d'un sujet non infecté, et à détecter les particules virales produites par les lymphocytes sains contaminés par les lymphocytes infectés :
 - il s'agit d'une technique très coûteuse, longue (résultats obtenus dans un délai de 10 à 30 jours) et nécessitant une charge de travail importante ;

- elle n'est jamais utilisée en pratique courante, car réservée à des laboratoires de recherche spécialisés, disposant en particulier de locaux conformes aux normes de sécurité imposées par ce type d'activités.
- La recherche de l'Ag p24 fait appel à des tests ELISA « sandwich » dits tests combinés, capables de détecter l'Ag p24 en même temps que les anticorps anti-VIH :
 - elle est intéressante pour diagnostiquer une infection à VIH au moment de la phase aiguë de primo-infection : en effet, à cette phase, l'Ag p24 peut être présent dans le sang en quantité élevée alors que les anticorps anti-VIH ne sont pas encore apparus ;
 - à savoir cependant : face à des signes évocateurs de primo-infection à VIH (fièvre, syndrome grippal, pharyngite ou angine, lymphadénopathie...), l'absence de l'Ag p24 associée à une sérologie négative n'exclut pas le diagnostic : une nouvelle sérologie doit toujours être pratiquée quelques semaines après la première pour conclure.

Cinétique d'apparition des anticorps anti-VIH



Durée de conservation (mois) / température de stockage – shelf life

Pour les tests de dépistage VIH la durée de conservation (mois) varie entre 18 et 24 mois. Ceci est encore rendu plus compliqué comme la température de stockage doit être maintenue entre 2 à 30°C.

List of HIV Diagnostic test kits and equipments classified according to the Global Fund Quality Assurance Policy

https://www.theglobalfund.org/media/5878/psm_productshiv-who_list_en.pdf

Les tests de dépistage rapide (TDR)

a-Définition du TDR:

« L'ensemble des dispositifs diagnostiques médicaux utilisables de façon unitaire ou en petite série permettant de donner un résultat rapide et qui ne nécessite pas de procédure automatisée. »

b-Caractéristiques des TDR:

Ils sont réalisables à tout endroit

- Peuvent être stockés à température ambiante ;
- Les résultats sont qualitatifs, sous forme de réaction négative ou positive ;
- Ils sont fiables mais ne sont pas quantifiés et enregistrables sur support papier, ce qui peut être un obstacle à leur traçabilité ;
- Pour les tests les plus rapides, le résultat est généralement fourni en une dizaine de minutes.

Tests ELISA: ils consistent à déposer sur une plaque recouverte de l'antigène du VIH un échantillon de sang de la personne testée, puis à révéler à l'aide d'une réaction enzymatique. La réaction antigène-anticorps se produisant en cas de présence d'anticorps anti-VIH dans l'échantillon (test dit « immuno-enzymatique »).

- Ils sont techniquement plus complexes et plus longs à réaliser que les TDR (de 20 minutes à 2 heures) ; ils ont néanmoins l'avantage de pouvoir être automatisés pour réaliser un grand nombre de tests simultanément
- Ils nécessitent une structure minimale de laboratoire et le respect d'une chaîne du froid

Tests sérologiques de confirmation

Ils sont surtout utilisés dans les pays industrialisés.

La technique du Western Blot (WB): est la méthode de référence.

- Sur la bandelette de WB, différentes protéines constitutives du virus seront reconnues par des anticorps spécifiques anti-VIH-1 ou anti-VIH-2.
- Elles forment des bandes situées en des endroits particuliers de la bandelette, qui sont révélées par une réaction immuno-enzymatique.
- Le WB peut être difficile à interpréter quand il fournit un résultat « indéterminé », pouvant correspondre soit à une séroconversion récente, soit à une infection par un variant du VIH, soit à une réaction croisée avec un autre rétrovirus ;
- Le WB a comme autre inconvénient d'être un test coûteux.

La technique des immunoblots est d'apparition plus récente et moins répandue. Elle fait appel aux mêmes principes que le WB mais utilise différentes protéines recombinantes ou de synthèse déposées sur des bandelettes de Nylon ou de nitrocellulose.

Tests directs:

- repose sur la mise en évidence du virus (détection d'un -composant du virus, comme l'antigène p24, ou de son génome par PCR).
- Les tests de diagnostic direct de l'infection à VIH comportent la quantification virale, la culture virale et la recherche d'un constituant du virus, l'Ag p24.

Tests Enfants (DBS)

⇒ Voir dans le module MSF

3.3 Médicaments des infections opportunistes (IO)

3.	Antibiotiques / Anti IST		Imp.	Tracer
3.1	Cotrimoxazole 240mg/5ml, susp. buvable, Fl/100ml - Flacon		xx	
3.2	Cotrimoxazole 960mg, comprimé, vrac	B/1000	xx	
3.3	Fluconazole 200mg, gélule, blister - B/100	B/100	xx	
3.4	Ciprofloxacine 500mg, comprimé, blister	B/100	x	
3.5	Clotrimazole 500mg, comprimé gynécologique, blister	B/1	x	
3.6	Doxycycline 100mg, comprimé, vrac	P/1000	x	X
3.7	Erythromycine 250mg/5ml, pdre susp. buvable, Fl/60ml - Flacon		x	
3.8	Erythromycine 500mg, gélule, vrac	P/100	x	X
3.9	Metronidazole 250mg, comprimé, vrac	B/100	x	X
3.10	Amoxicilline 250mg/5mg, susp. buvable, Fl/100ml - Flacon			
3.11	Benzathine Benzylpenicilline 2.4MUI, pdre preparation inject. - P/50	P/50		
3.12	Ceftriaxone 250mg, pdre preparation inject.	B/10		
3.13	Sulfadiazine 500mg - B/56	B/56		
3.14	Metronidazole 125 mg			
3.15	Nystatine 100000ui/1ml, pdre susp buvable, Fl/30ml - Flacon			
3.16	Eau distillée, flacon 10ml	P/50		

3.4 Consommables médicaux

- Aiguilles vacutainer ; tubes vacutainer (bouchon rouge /vert /violet) pour le dépistage
- Cryotubes : pour la conservation et le transport des échantillons pour contrôle de qualité externe dans les laboratoires de niveau supérieur;
- Cryoboîtes ; cryomarqueurs ;
- Gants non poudrés, non stériles pour les laboratoires ; gants stériles, poudrés pour les CTV ;
- Désinfectants : alcool, eau de Javel 12° ; sparadrap individuel avec compresse ; coton ;

- Seringue hypodermique 5ml/10ml avec aiguille 21 G; garrot en latex ; masque à poussière
- Alèse de paillasse

4.	Consommables			
4.1	Coton Hydrophile 500g, rouleau	P/1		
4.2	Aiguille vaccutenaire 18 G	P/100		
4.3	Aiguille vaccutenaire 22 G	P/100 eclipses		
	Gant B/100	B/100		
	Vaccinostyle, paquet de 100 PBS	paquet de		
	Eau Tamponnée (PBS), ph=7,2 Boite 100	Boite 100		

3.5 Equipements de laboratoire et consommables

Compteur CD-4

- Analyseur/accessoires CD4

GeneXpert

- Analyseur de charge virale/accessoires VIH

Autres

- Lot de réactifs pour dépistage précoce du VIH chez le nourrisson par équipement et type de prélèvement
- Lot de réactifs pour test de charge virale VIH par équipement et type de prélèvement
- Charge virale VIH – équipement/pièces/consommables
- Microscopes (tuberculose/VIH)
- Équipement de test moléculaire de la tuberculose
- Autres équipements de santé
- Analyseur (consommables/réactifs) : biochimie, hématologie, immunologie
- Analyseur (équipement/accessoires) : biochimie, hématologie, immunologie
- Hotte de sécurité biologique
- Prélèvements sanguins
- Centrifugeuse et accessoires de laboratoire
- Prélèvement et transport des prélèvements
- Appareils de radiographie/consommables

4. PEC Prise en Charge

4.1 Evaluation initiale et Suivi des patients (y inclus biologique)

Principes généraux

- Dans les pays à ressources limitées, l'OMS recommande que le suivi des patients s'effectue en fonction de l'évaluation clinique en premier lieu, aussi bien avant qu'après le début des ARV.
- Afin d'améliorer l'efficacité des interventions thérapeutiques et de diminuer au maximum les risques lors de l'administration des ARV, il est cependant fortement conseillé aux pays d'élaborer un protocole de suivi biologique.

Évaluation d'un patient infecté par le VIH vu pour la première fois

- Tout patient infecté par le VIH doit faire l'objet d'une évaluation clinique et biologique initiale afin de déterminer le stade de son infection et de décider d'une éventuelle intervention thérapeutique.
- Le bilan initial recommandé par l'OMS est le suivant :

ÉVALUATION CLINIQUE INITIALE	<ul style="list-style-type: none">• Évaluation du stade clinique de la maladie VIH• Recherche de circonstances particulières concomitantes (ex : hépatite B, hépatite C, tuberculose, grossesse, consommation de drogue injectable, pathologie psychiatrique importante)• Prise de traitement concomitant (y compris les médicaments traditionnels et les traitements à base de plante)• Poids• Évaluation de l'état de préparation du patient à commencer le traitement
ÉVALUATION BIOLOGIQUE INITIALE	<ul style="list-style-type: none">• Confirmation du statut séropositif• Mesure du nombre de CD4 (si possible)• Dosage de l'hémoglobine si un traitement par AZT est envisagé• Test de grossesse chez les femmes pour lesquelles est envisagé un traitement par l'EFV• Dépistage de la tuberculose et du paludisme (et tests diagnostiques d'autres co-infections et de maladies opportunistes en fonction des signes cliniques)

Évaluation d'un patient infecté par le VIH vu pour la première fois

- Tout patient infecté par le VIH doit faire l'objet d'une évaluation clinique et biologique initiale afin de déterminer le stade de son infection et de décider d'une éventuelle intervention thérapeutique.
- Le bilan initial recommandé par l'OMS est le suivant :

ÉVALUATION CLINIQUE INITIALE

- Évaluation du stade clinique de la maladie VIH
- Recherche de circonstances particulières concomitantes (ex : hépatite B, hépatite C, tuberculose, grossesse, consommation de drogue injectable, pathologie psychiatrique importante)
- Prise de traitement concomitant (y compris les médicaments traditionnels et les traitements à base de plante)
- Poids

- Évaluation de l'état de préparation du patient à commencer le traitement

ÉVALUATION BIOLOGIQUE INITIALE

- Confirmation du statut séropositif
- Mesure du nombre de CD4 (si possible)
- Dosage de l'hémoglobine si un traitement par AZT est envisagé
- Test de grossesse chez les femmes pour lesquelles est envisagé un traitement par l'EFV
- Dépistage de la tuberculose et du paludisme (et tests diagnostiques d'autres co-infections et de maladies opportunistes en fonction des signes cliniques)

Suivi des patients sans traitement ARV

• Les patients infectés par le VIH ne recevant pas encore de traitement ARV doivent bénéficier d'un suivi régulier :

- tous les 6 mois ;
- ou tous les 3 mois si le bilan immunologique met en évidence une baisse rapide du nombre de lymphocytes CD4.

• Pour que les patients respectent le rythme et la régularité du suivi proposé, il est important de leur en expliquer l'intérêt.

En pratique, le suivi associe :

- examen clinique complet (incluant poids, tension artérielle) sans oublier un examen systématique de la cavité buccale (recherche de candidose buccale notamment) ;
- bilan biologique comportant au minimum numération formule sanguine et décompte du nombre de CD4 ;
- conseils concernant l'hygiène de vie : alimentation suffisante mais sans excès calorique, pauvre en sucres rapides et en graisses d'origine animale, arrêt du tabac, exercice physique régulier, limitation ou arrêt de l'alcool en cas de consommation excessive.

Tabl. 7 – Suivi biologique des patients infectés par le VIH sous traitement ARV

(adapté des recommandations OMS 2006)

EXAMENS	BILAN PRÉTHÉRAPEUTIQUE	J15	J30	SIXIÈME MOIS	TOUS LES SIX MOIS	UNE FOIS PAR AN
NFS	✓	✓ Si AZT		✓	✓	
NUMÉRATION DES CD4*	✓			✓*	✓	
TRANSAMINASES (ALAT, ASAT)	✓	✓ Si NVP	✓ Si NVP	✓	✓	
TEST DE GROSSESSE	✓					
CRÉATININÉMIE	✓		✓ si TDF	✓ si TDF	✓ si TDF	
GLYCÉMIE À JEUN	✓			✓	✓	
CHARGE VIRALE VIH*	✓**			✓*		✓
CHOLESTÉROLÉMIE						✓
TRYGLYCÉRIDÉMIE						✓

** Dans les pays à revenus limités où l'accès au dosage des CD4 et de la charge virale est limité, il est recommandé de ne pas doser les CD4 et la charge virale avant les 6 premiers mois de traitement. En effet, les CD4 peuvent mettre plusieurs mois avant d'augmenter significativement (d'autant plus qu'ils étaient très bas initialement). De même, si habituellement la charge virale devient indétectable en 3 mois, cela peut être plus long. Ainsi, une évaluation avant 6 mois pourrait conduire à tort à une fausse impression d'inefficacité.*

*** Si possible, non indispensable.*

Suivi des patients sous traitement ARV

Le suivi des patients sous traitement ARV comporte • un suivi clinique et un suivi biologique, axés tous deux sur l'évaluation de l'efficacité et de la tolérance du traitement.

• Le tableau VI est une synthèse des recommandations de l'OMS en matière de suivi biologique

; les éléments du bilan et le rythme du suivi sont donnés à titre indicatif, de façon à être adaptés aux possibilités de chaque centre de prise en charge.

Cas particulier de la gestion d'un arrêt du traitement ARV en cours de suivi

• De manière générale, il n'est ni souhaitable ni recommandé d'arrêter un traitement ARV.

• Si l'interruption des ARV est néanmoins décidée du fait de circonstances particulières (effet secondaire grave, rupture de stock des médicaments, souhait absolu du patient, dans le cadre de la PTME dans certains cas...), les modalités à suivre pour l'arrêt des médicaments dépendent de la combinaison utilisée.

– Trithérapie comportant 2 INTI + 1 INNTI (NVP ou EVF) : arrêter l'INNTI, mais continuer pendant 15 jours les INTI avant de les arrêter ; en effet :

• lors de leur arrêt, les INTI et les INNTI ne sont pas éliminés de l'organisme à la même vitesse ; les INTI sont éliminés rapidement alors que les INNTI restent présents dans le sang pour une durée d'environ 2 ou 3 semaines ;

• si les 3 molécules d'une trithérapie comportant 2 INTI + 1 INNTI sont arrêtées simultanément, l'INNTI va rester seul dans le sang le temps d'être éliminé, ce qui va permettre au VIH de recommencer à se répliquer et risque d'entraîner l'apparition d'une résistance.

– Trithérapie comportant 2 INTI + 1 IP (ou 3 INTI) : arrêter en même temps les 3 médicaments (tous sont éliminés rapidement).

Tbl. 8 Suivi laboratoire selon l'OMS avant et après le début de la TARV (MSF p.274)

L'évaluation clinique et les tests laboratoires jouent un rôle important dans l'évaluation d'un individu avant le commencement de la TARV puis lors du suivi de sa réponse à la thérapie et pour reconnaître l'éventuelle toxicité des ARV. Ce tableau résume les tests laboratoires recommandés pour le dépistage du VIH et pour le suivi, ainsi que le dépistage des co-infections et des maladies non-transmissibles.

Phase de gestion du VIH	Recommandé	Désirable (si possible)
Diagnostic du VIH	Sérologie VIH Comptage des cellules CD4 Dépistage de la TB	Sérologie VHB (Hépatite B antigène de surface) ^a Antigène à cryptocoques si les CD4 ≤ 100 cells/ μ l ^b Dépistage des infections transmises sexuellement Évaluation des principales maladies non-transmissibles chroniques et les comorbidités ^c
Suivi avant la TARV	Comptage des cellules CD4 (tous les 6-12 mois) si pas accès à la CV.	
Commencement de la TARV	Comptage des cellules CD4	Test hémoglobine pour AZT ^d Test de grossesse Mesure de la tension artérielle Bandelette urinaire pour la glycosurie et le débit de filtration glomérulaire estimé (eGFR) et taux sanguin de créatinine pour le ténofovir (TDF) ^e Alanine aminotransférase pour NVP ^f
Suivre la TARV	Comptage des cellules CD4 (tous les 6-12 mois)	Bandelette urinaire pour la glycosurie taux sanguin de créatinine pour le ténofovir (TDF) ^e
Échec de la thérapie	Comptage des cellules CD4 Charge virale VIH	Sérologie VHB (Hépatite B antigène de surface) ^a avant de changer le régime de la TARV si le test n'a pas été fait ou si le résultat était négatif dès la ligne de base

a Si possible le test de détection de l'hépatite B antigène de surface devrait être fait pour identifier les personnes atteintes d'une co-infection VIH –VHB qui devraient, de ce fait, recevoir une TARV contenant du TDF.

b Ne peut être considéré que dans des cas où il existe une haute prévalence en antigènes cryptococaux (>3%).

c Pensez à rechercher les maladies chroniques qui pourraient avoir une influence sur la gestion de la TARV, comme, par exemple, l'hypertension et autres maladies cardiovasculaires, le diabète et la TB.

d Chez les enfants et les adultes qui présentent un risque élevé d'événements indésirables associés à l'AZT (CD4 ou IMC bas).

e Chez les personnes présentant un risque élevé d'événements indésirables associé au TDF : maladie rénale sous-jacente, groupe plus âgé, IMC bas, diabètes, hypertension ou une utilisation concomitante d'inhibiteur de protéase (IP) boosté ou des médicaments néphrotoxiques.

f Chez les personnes présentant un risque élevé d'événements indésirables associés à la NVP, comme celles qui n'ont jamais reçu de TARV, les femmes infectées par le VIH dont les CD4 > 250 cellules/ μ l et une co-infection VHC (Virus de l'hépatite C). Cependant, les enzymes du foie ont une valeur prédictive basse pour contrôler la toxicité de la NVP.

Tbl. 9. Le suivi normalisé des adolescents et des adultes séropositifs (MSF p. 278)

Au premier diagnostic de VIH	Objectif
Confirmez les résultats VIH avec un test rapide*	S'assurer que l'algorithme de dépistage a bien été suivi.
Faites le comptage des CD4 si séropositif et vérifiez le stade de la maladie selon l'OMS.	Pour évaluer l'éligibilité à la TARV. Pour évaluer l'éligibilité au circuit accéléré à la thérapie.
Identifier les femmes enceintes et celles qui souhaitent une grossesse dans un futur proche.	Pour identifier quelles sont les femmes éligibles à la TARV la TARV à vie ou la prophylaxie antirétrovirale pour la PTME.
Dépistez les symptômes de TB en se servant du questionnaire de l'OMS.	Pour identifier une co-infection TB/VIH.
Faites le comptage de CD4 le jour même.	Pour identifier l'éligibilité pour la TARV ou l'antirétroviral pour prophylaxie si enceinte.
Hémoglobine (Hb) ou Bilan sanguin complet si AZT est requis ; créatinine si TDF est requis Pour les patients qui ont commencé par prendre de la névirapine, contrôlez les GPT.	Pour détecter l'anémie ou la neutropénie. Pour détecter une insuffisance rénale. Pour exclure une maladie du foie.

Le patient suit la TARV	Objectif
CD4 après un an de TARV.	Pour contrôler la réponse immunitaire à la TARV.
Charge virale après 6 mois, un an de TARV et ensuite tous les 12 mois.	Pour identifier les échecs de la thérapie et les problèmes d'observance.
GPT seulement si le patient prend de la NVP et commence à avoir une réaction cutanée ou les symptômes de l'hépatite.	Pour identifier la toxicité de la NVP.
Bilan sanguin complet à 3 mois et à 6 mois si en AZT.	Pour identifier la toxicité de l'AZT.
Créatinine au 3ème et 6ème mois, à 1 an et ensuite tous les 12 mois si au TDF.	Pour identifier la toxicité du TDF.
Cholestérol et triglycérides à jeun.	Pour identifier la toxicité du LPV/r.

* La confirmation de l'état sérologique peut être faite en demandant une méthode immuno-enzymatique ELISA sur tous les spécimens de CD4.

Lors de visites de suivi de routine (les patients ne sont pas encore éligibles à la TARV)	Objectif
Répétez le comptage CD4 à 6 mois.	Voir si le patient est éligible à la TARV.
Déterminez le stade de la maladie selon l'OMS à chaque visite.	Voir si le patient est éligible à la TARV.
Identifier les symptômes de la TB pour les patients suspects de tuberculose. Offrez une prophylaxie à l'isoniazide (TPI) s'il n'y a pas de symptôme de la TB.	Pour identifier une co-infection TB/VIH. Pour éviter l'activation de la TB.
Proposer des moyens de prévention contre les MST pour les séropositifs.	Pour empêcher la transmission du VIH et la réinfection, ou toute autre maladie sexuellement transmissible.

Source : MSF

MSF p. 280, Circuit accéléré (fast track) (commencez la TARV dans les 2 semaines) pour tous les patients qui (s)ont :

- CD4 <200
- Enceinte
- Au stade 4 sauf les méningites tuberculeuses et les méningites à cryptocoques – commencez à 4–6 semaines)
- TB multi ou extra résistante

Éligibilité à la TARV :

- Tous les patients prenant des médicaments contre la TB
- Tous les patients avec un CD4 < 350
- Tous les patients au stade 4 de l'OMS
- Toutes les femmes enceintes (option B)*

	Avant de commencer les ARV	Mois 1	Mois 2	Mois 3	Mois 4	Mois 6	Mois 12 et annuellement
Pour tous les patients sous TARV	CD4 VDRL CICr CLAT (si CD4 <100) Frottis cervical (si + de 3 ans depuis le dernier)				Charge virale		CD4 Charge virale
Ténofovir (TDF) 300 mg une fois par jour	CrCl	CrCl			CrCl		CrCl
Lamivudine (3TC) 300 mg une fois par jour ou 150 mg 2 x/ jour							
Efavirenz (EFV) 600 mg (le soir)							
Névirapine (NVP) 200 mg 2 x/ jour	GPT	GPT (seulement si symptomatique)					

Tbl. 9. Tests de base : résultats minimum et préférables

Minimum	Préférable	Autres indications
<p>CD4: Certains pays ne font pas une numération de CD4 lorsque les critères d'initiation à la TARV ont déjà été établis, avec un stade clinique. Cependant, un test de CD4 est souhaitable chez les patients très malades ou hospitalisés car il aide au diagnostic des IO et au Pronostic. Idéalement il est effectué de manière à ce que le dépistage des patients qui arrivent tardivement puisse être fait.</p> <p>Créatinine et calcul de CICr si patient doit démarrer TDF. (Pour plus d'informations, consultez la section pour le calcul de la CICr).</p> <p>Certains pays ne recommandent pas le tests de la créatinine au départ. Si c'est le cas dans votre situation, un test initial ciblé devrait être envisagé pour:</p> <ul style="list-style-type: none"> • patients âgés • patients atteints d'une maladie rénale préexistante • le diabète • l'hypertension • patients prenant des médicaments néphrotoxiques. <p>FBC chez les patients qui vont prendre de l'AZT.</p> <p>GPT si le patient doit commencer la NVP.</p>	<p>FBC</p> <p>Créatinine</p> <p>GPT</p> <p>RPR/VDRL</p> <p>Numération CD4</p> <p>CV (charge virale) est faite au départ chez les enfants, comme confirmation, dans certains pays.</p> <p>Faites un test de grossesse (urinaire) chez les femmes en âge de porter un enfant.</p>	<p>Si cliniquement anémique, testez la Hb.</p> <p>Si le test urinaire est anormal, envisagez une créatinine.</p> <p>Si symptômes / signes d'hépatite ou hépatomégalie mesurez GPT.</p> <p>HBsAg si le patient a des tests de la fonction hépatique anormaux, par exemple GPT > 40.</p> <p>La plupart des pays testent maintenant HepBsAg plus tard si / lorsque le patient est sous TDF et 3TC et a besoin d'un changement de TARV.</p> <p>Le CRP est utile dans la confirmation de l'inflammation et la réponse de suivi de traitement, par exemple la tuberculose.</p> <p>ESR n'est pas jugé utile chez un PVVIH.</p>
<p>Si le nombre de CD4 est < 100 référence cellules / ul:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dépistez la tuberculose subclinique avec l'un des tests suivants (car la tuberculose est courante dans ce groupe et les frottis pas assez sensibles): GeneXpert, la culture de la tuberculose; et / ou TB LAM détermine. • Il faut rechercher la cryptococcose chez les adultes avec un test antigène cryptococcique (CRAG), qui peut être fait sur le sang ou le plasma (en plus du CSF). Si le patient a des maux de tête ou un autre symptôme de la méningite, une ponction lombaire (PL) est indiquée. 		

4.1 PEC adulte

4.2.1 Schémas de première ligne pour le VIH 1

Un TAR de première intention doit être composé de **deux INTI et d'un INNTI**.

- L'option privilégiée recommandée pour mettre en route un TAR est TDF + 3TC (ou FTC) + EFV en association d'ARV en doses fixes.
- Si l'association TDF + 3TC (ou FTC) + EFV est contre-indiquée ou n'est pas disponible, il est recommandé d'utiliser l'une des options suivantes :
 - AZT + 3TC + EFV
 - AZT + 3TC + NVP
 - TDF + 3TC (ou FTC) + NVP

Tbl. 10 Cas général - Comparaison Protocoles 1^{ère} et 2^{ème} ligne

ARV de 1^{ère} ligne (2INTI + INNTI)	ARV de 2^{ème} ligne (2 INTI + IP) 2 INTI différents 1^{ère} ligne
<ul style="list-style-type: none"> - L'option privilégiée recommandée pour mettre en route un TAR est TDF + 3TC (ou FTC) + EFV en association d'ARV en doses fixes. - Si l'association TDF + 3TC (ou FTC) + EFV est contre-indiquée ou n'est pas disponible, il est recommandé d'utiliser l'une des options du 2^{ème} choix 	<p><i>Le TAR de deuxième intention pour l'adulte doit être composé de deux INTI plus un IP potentialisé par le RTV.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Après échec d'un schéma thérapeutique de première intention basé sur l'association TDF + 3TC (ou FTC), utiliser AZT + 3TC comme base d'INTI - Après échec basé sur l'association AZT ou d4T + 3TC, utiliser TDF + 3TC (ou FTC) comme base d'INTI
1^{er} choix TDF + 3TC (ou FTC) + EFV	1^{er} choix : AZT + 3TC comme base d'INTI ABC + TDF + LPV/R
2^{ème} choix <ul style="list-style-type: none"> - AZT + 3TC + EFV - AZT + 3TC + NVP - TDF + 3TC (ou FTC) + NVP 	2^{ème} choix : TDF + 3TC (ou FTC) comme base d'INTI ABC + DDI + LPV/R

* peuvent être sous forme de combinaison à doses fixes (FDC) ou forme séparée selon la disponibilité des molécules.

Source : Normes et protocoles de prise en charge de l'infection par le VIH chez l'adulte et l'enfant en GUINEE, Févr. 2015

Protocole 2^{ème} ligne

Privilégier 3 Inhibiteurs nucléoniques de la transcriptase inverse (3INTI : AZT+3TC+ABC avec une alternative 2 Inhibiteurs nucléoniques de la transcriptase inverse (2INTI) plus un inhibiteur de protéase boosté (IP) : AZT+3TC+LPV/r ou **ATV/r**.

Les alternatives dans les cas particuliers pour la première ligne sont résumées dans le tableau ci-après

ARV en situations particulières - Indications thérapeutiques

Indications	Schéma
TB	TDF+ 3TC+ EFV
TB & anémie	Ténovir+Lamuvudine-Efavirenz
TB & VIH2	TDF+3TC/FTC+EFV ou Ténovir+Lamuvudine/Emtricitabine+Efavirenz
	AZT+3TC+ABC ou Zidovudine+Lamuvudine+Efavirenz
	AZT+3TC+LPV/r ou ATV/r Zidovudine+Lamuvudine+Lopinavir/Ritonavir ou Atazanavir
Coinfection VIH / VHB	TDF+ 3TC/ FTC +EFV

	Ténovir+Lamuvudine/Emtricitabine+Efavirenz
AES - Accident d'exposition au sang et aux liquides biologiques: personnes à risques	AZT+3TC+LPV /R pendant 4 semaines Zidovudine+Lamivudine+ Lopinavir/Ritonavir

Tbl. 10 Résumé des traitements de première ligne de l'OMS (p.285)

Première ligne de la TARV	Régime de première ligne préféré	Autre régime de première ligne ^{a b}
Les adultes qui ont besoin du traitement, même les femmes enceintes et qui allaitent et les adultes qui ont des co-infections TB + VHB	TDF + 3TC (ou FTC) + EFV	AZT+3TC+EFV AZT+3TC+NVP AZT + 3TC (ou FTC) +NVP
Adolescents (10 à 19 ans) > 35 kg		AZT+3TC+EFV AZT+3TC+NVP TDF + 3TC (ou FTC) +NVP ABC + 3TC + EFV (ou NVP)
Enfants (3 à 9,5 ans) et les adolescents de < 35 kg	ABC + 3TC + EFV	ABC + 3TC + NVP AZT + 3TC+ EFV AZT + 3TC + NVP TDF + 3TC ou FTC + EFV TDF + 3TC ou FTC + NVP
Enfants de moins de 3 ans	ABC ou AZT + 3TC +LPV/r	ABC + 3TC + NVP AZT + 3TC + NVP

4.2.2 Schémas 2^{ème} ligne

L'échec thérapeutique est défini comme une charge virale détectable supérieure à 1000 copies/ml de manière persistante (c'est-à-dire lors de deux mesures de la charge virale consécutives dans un intervalle de trois mois, avec soutien à l'observance du traitement entre les deux mesures) après au moins six mois de prise des ARV.

Le TAR de deuxième intention pour l'adulte doit être composé de deux INTI plus un IP potentialisé par le RTV.

Il est recommandé d'utiliser les options d'INTI de deuxième intention dans l'ordre suivant :

- Après échec d'un schéma thérapeutique de première intention basé sur l'association TDF + 3TC (ou FTC), utiliser AZT + 3TC comme base d'INTI pour les schémas thérapeutiques de deuxième intention.

- Après échec d'un schéma thérapeutique de première intention basé sur l'association AZT ou d4T + 3TC, utiliser TDF + 3TC (ou FTC) comme base d'INTI pour les schémas thérapeutiques de deuxième intention.

Il est recommandé d'utiliser comme approche privilégiée une base d'INTI sous la forme d'une association d'ARV en doses fixes.

Les associations d'ARV en doses fixes thermostables ATV/r et LPV/r sont les options privilégiées d'IP potentialisées pour le TAR de deuxième intention.

Le schéma de 2^e ligne doit inclure au moins 2 nouvelles molécules dont l'une issue d'une famille différente des familles utilisées en première ligne.

En cas d'échec thérapeutique confirme VIH 1 et 2 de la 1^{ère} ligne, les schémas préférentiels de

deuxième ligne suivant sont recommandés:

Tableau : Synthèse des recommandations pour les schémas thérapeutiques de 2^e ligne

POPULATION CIBLE	Schéma thérapeutique 2 ^e ligne	
VIH+ ADULTES ET ADOLESCENTS	Si AZT utilisé en 1 ^{ère} ligne	TDF + 3TC (ou FTC) + ATV/r ou LPV/r
	Si TDF utilisé en 1 ^{ère} ligne	AZT + 3TC + ATV/r ou LPV/r
VIH+ FEMMES ENCEINTES	Idem ADULTE	
VIH/TB CO-INFECTION	Si rifabutine disponible	Idem ADULTE
	Si rifabutine non disponible	NRTI backbone + LPV/r ou SQV/r avec dose ajustée de RTV (i.e., LPV/r 400mg/400mg BID ou SQV/r 400mg/400mg BID)
VIH/VHB CO-INFECTION	AZT + TDF + 3TC (ou FTC) + (ATV/r ou LPV/r)	

POPULATION CIBLE	Schéma thérapeutique 2 ^{ème} ligne	
VIH+ Adultes et Adolescents	Si AZT utilisé en 1 ^{ère} ligne	TDF + 3TC (ou FTC) + ATV/r ou LPV/r
	Si TDF utilisé en 1 ^{ère} ligne	AZT + 3TC + ATV/r ou LPV/r
VIH+ Femmes enceintes	Idem Adulte	
VIH/TB Co-Infection	Si Rifabutine disponible	Idem Adulte
	Si Rifabutine non-disponible	NRTI Backbone + LPV/r ou SQV/r avec dose ajustée de RTV (i.e. LPV/r) 400 mg/400mg bid ou SQV/r 400 mg/400 mg bid)
VIH/VHB Co-	AZT + TDF + 3TC (ou FTC) + (ATV/r ou LPV/r)	

infection	
------------------	--

Tbl. 10 OMS - Traitement 2^{ème} ligne

Traitement de seconde ligne		
Prise en charge de l'échec virologique		Si VIH dans plasma ARN > 1000 copies, vérifiez adhérence, respect, si bien toléré, et interactions entre médicaments et évaluez problèmes psychologiques. Re-testez la CV 2 mois plus tard. Si la CV du plasma est confirmée > 1000 copies, changez de régime et passez en 2 nd e ligne
Échec du traitement 1 ^{ère} ligne basé sur TDF	AZT + 3TC + LPV/r	Patients avec anémie et insuffisance rénale, passez à ABC.
Échec du traitement 1 ^{ère} ligne basé sur d4T	TDF + 3TC (ou FTC) et LPV/r	
Dyslipidémie ou diarrhée associée avec LPV/r	Remplacez LPV/r par ATV/ r	

Tbl. 11 Traitements de seconde ligne recommandés par OMS (adultes, adolescents, femmes enceintes et enfants) - p.301

Seconde ligne TARV			Régimes préférés	Régimes alternatifs
Adultes et ados de + 10 ans, y compris femmes enceintes et allaitantes			AZT + 3TC + LPV/r ^a AZT + 3TC + ATZ/r ^a	TDF + 3TC (ou FTC) + ATZ/r TDF + 3TC (ou FTC) + LPV/r
Enfants	Si première ligne avec INNTI		ABC + 3TC + LPV/r ^b	ABC + 3TC + LPV/r ^b TDF + 3TC (or FTC) + LPV/r ^b
	Si 1 ^{ère} ligne avec IP	< 3 ans	Pas de changement par rapport à la première ligne ^c	AZT (or ABC) + 3TC + NVP
		3- 10 ans	AZT (ou ABC) + 3TC + EFV	ABC (ou TDF) + 3TC + NVP

4.2.3 Schéma 3^{ème} ligne

Les schémas thérapeutiques de troisième intention doivent comprendre de nouveaux médicaments qui présentent le minimum de risque de résistance

croisée avec les schémas thérapeutiques utilisés précédemment, tels que les inhibiteurs de l'intégrase ainsi que les INNTI et les IP de deuxième génération.

Pour cela, les mesures ci-après sont à observer :

- Une discussion pluridisciplinaire (cliniciens, virologues, pharmacologues) peut-être très utile.
- Adresser au centre de référence
- Revoir toute l'histoire thérapeutique : liste des médicaments reçus, résultats obtenus avec chaque traitement, causes des échecs.
- Tests génotypiques de résistance.
- Critères d'initiation : cliniques, immunologiques et virologiques.
- Le traitement repose sur :
 - 2INRT+ Darunavir/ritonavir ou
 - Raltégravir + Etravirine+ Darunavir.

Un patient en échec thérapeutique sous TAR de deuxième intention pour lequel on ne dispose pas de nouvelle option d'ARV doit continuer à recevoir un schéma thérapeutique bien toléré.

4.2 PTME - Prophylaxie et traitement dans le cadre de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

Objectif

La prophylaxie médicamenteuse a pour objectif de diminuer le risque de transmission du VIH de la mère infectée à son enfant pendant la grossesse, l'accouchement et en post partum.

Elle doit s'intégrer dans un programme global qui comprend :

- La prévention primaire de l'infection à VIH chez toutes les femmes
- La prévention des grossesses non désirées (contraception)
- La prise en charge médicale et psychosociale des mères infectées et de leurs enfants

La PTME doit être intégrée au paquet minimum d'activités.

Prise en charge thérapeutique

Traitement ARV

L'introduction du traitement ARV dès le dépistage de l'infection par le VIH et l'utilisation d'une thérapie associant trois ARV est de nos jours le protocole recommandé par le programme.

L'option retenue en Guinée est l'option B+ (OMS 2012) et le protocole retenu est un Traitement antirétroviral composé de 3 molécules :

TDF + [3TC or FTC] + EFV en première intention ou AZT+ 3TC + EFV dès le dépistage de l'infection VIH.

Le protocole sera utilisé devant 2 Scénarii :

- 1. Femmes dépistées séropositives pour le VIH pendant la grossesse ou à l'accouchement**
- 2. Femmes séropositives sous ARV débutant une grossesse**

Scénario 1: Femmes enceintes séropositives dépistées séropositives pour le VIH pendant la grossesse ou à l'accouchement

Chez la femme :

a. Pendant la grossesse : appliquer la trithérapie dès le dépistage de l'infection et cela Indépendamment de l'âge gestationnel :

- **TDF + [3TC or FTC] + EFV** en une prise par jour le soir au coucher, ou
- AZT/3TC/EFV (AZT : 300 mg toutes les 12 heures ; 3 TC : 150mg toutes les 12 heures et EFV: 600 mg /jour le soir au coucher. On utilisera préférentiellement la combinaison fixe AZT+3TC

b. Au moment de l'accouchement (vue en travail) : appliquer la trithérapie

c. Après l'accouchement: le traitement doit être initié

NB : Dans tous les cas (a, b, c), le traitement devra être poursuivi à vie

Chez l'enfant :

- Si la mère est VIH1 : NVP : Poids < 2,5 kg: 10 mg en prise unique par jour pendant 6 semaines ; si poids >2,5 kg: 15 mg en prise unique par jour pendant 6 semaines

- Si la mère est VIH 2 ou VIH 1 + 2 : AZT: Poids < 2,5 kg: 10 mg matin et soir pendant 6 semaines ; si Poids >2,5 kg : 15 mg matin et soir pendant 6 semaines

Scénario 2: Femmes séropositives sous ARV débutant une grossesse

Poursuite du traitement ARV en cours, cependant notons que si ce régime thérapeutique comporte de la Névirapine, il faudra le remplacer par l'Efavirenz

NB : Le suivi de la mère et de l'enfant à la suite de l'accouchement sera assuré au mieux dans une même structure sanitaire et par les référents en charge (unité de PEC adulte et pédiatrie)

Cas particuliers:

- Infection par le VIH 2 ou VIH 1+2 : La transmission du VIH2 de la mère a l'enfant est rare et les INN ne sont pas efficaces contre le VIH2. On pourra proposer l'option suivante:
 - Administrer une **trithérapie**, selon le schéma suivant: 2IN + 1IP : AZT + 3TC + LPV/r ou AZT+3TC+ABC
 - Si la femme se présente en travail : démarrer la même trithérapie, (AZT 300mg + 3TC 150mg) : 1 comprimé toutes les 3 heures, maximum 3 comprimés/jour + LPV/r ;
- Référer dans une unité de prise en charge pour le suivi. Le traitement du nouveau né sera fait selon le protocole suivant:
 - Si la patiente est VIH 2 ou VIH 1 + 2= AZT: Poids < 2,5kg: 10mg matin et soir pendant 6 semaines
 - Si Poids >2,5 kg : 15mg matin et soir pendant 6 semaines
- Femme enceinte, VIH+, avec tuberculose active :
 - Il est recommandé de référer cette patiente dans une structure où la prise en charge de la TB est disponible.

Antibioprophylaxie

- Dans les structures de soins où le dosage des CD4 est faisable : si CD4 <350/mm³, prophylaxie des infections opportunistes à base de cotrimoxazole dès le second trimestre à raison de 960mg en prise unique par jour.
- Dans les structures où le dosage des CD4 est impossible : dans le cadre de la prophylaxie des infections opportunistes, administration du cotrimoxazole à toutes les femmes séropositives dès le second trimestre à raison de 960mg en prise unique par jour.

NB : l'association cotrimoxazole et sulfadoxine pyriméthadine est formellement contre indiquée

Contraception et ARV :

- Toutes les méthodes peuvent être offertes aux femmes séropositives excepté les spermicides.
- Chaque fois qu'une femme VIH+ sera mise sous une méthode contraceptive, recommander l'usage additionnel et systématique du condom : la double protection.

Prise en charge psycho-sociale au cours de la PTME

La porte principale d'entrée pour la PTME est la CPN. Les femmes qui arrivent à la première CPN sont en général bien portantes et ne pensent pas souvent au VIH. Un diagnostic positif qui n'est pas bien accompagné peut provoquer un choc, un déni du résultat et par conséquent, entraîner une mauvaise adhérence au suivi de la PTME, voire beaucoup de pertes de vues.

La deuxième porte d'entrée se fait via le PEV ou la pédiatrie (consultation générale ou malnutrition) où un dépistage du VIH doit aussi être proposé aux femmes allaitantes et à leurs enfants.

La qualité du counseling pré- et post-test avec un suivi psycho-social de qualité pour les femmes dans le cadre de la PTME sont indispensables pour la réussite du programme.

Cette prise en charge psychosociale se fera à différentes étapes :

- au moment du dépistage (pré et post-test),
- pendant la grossesse,
- avant et après l'accouchement.

4.3 PEC Enfants - Prise en charge des enfants infectés par le VIH

4.3.1 1^{ère} ligne – régimes thérapeutiques

Enfants de 0 à 36 mois

Schémas préférentiels

L'option thérapeutique préférée en première ligne est une trithérapie associant deux inhibiteurs nucléotidiques de la transcriptase inverse (INTI) à un inhibiteur de Protéase(IP).

Schémas préférentiels en première ligne : AZT + 3TC + LPV/r ou ABC+ 3TC + LPV/r

Schémas Alternatifs

En l'absence d'un inhibiteur de protéase, la substitution pourra être faite avec la Névirapine. Par ordre de préférence en première ligne : AZT + 3TC + NVP
ABC + 3TC + NVP

Enfants de 3 à 10 ans

Schémas préférentiels

L'option thérapeutique préférée en première ligne est une trithérapie associant deux inhibiteurs nucléotidiques de la transcriptase inverse (INTI) à un inhibiteur non nucléotidique de la transcriptase inverse (INNTI) en particulier **l'Efavirenz qui sera préféré à la Névirapine.**

Par ordre de préférence en première ligne : ABC + 3TC + EFV
AZT ou TDF+ 3TC ou FTC + EFV

Schémas alternatifs

Par ordre de préférence en première ligne : ABC + 3TC + NVP
AZT ou TDF+ 3TC ou FTC + NVP

Enfants de 10 à 19 ans

Schémas préférentiels

L'option thérapeutique préférée en première ligne est une trithérapie associant deux inhibiteurs nucléotidiques de la transcriptase inverse (INTI) à un inhibiteur non nucléotidique de la transcriptase inverse (INNTI) en particulier **l'Efavirenz sera préféré à la Névirapine.**

Par ordre de préférence en première ligne : TDF+ FTC ou 3TC + EFV
ABC + 3TC + EFV
AZT + 3TC + EFV

Schémas alternatifs

Par ordre de préférence en première ligne : TDF+ FTC ou 3TC + NVP
ABC + 3TC + NVP
AZT + 3TC + NVP

Tbl. 12 Régimes thérapeutiques enfants 1ère ligne

Schémas préférentiels	Schémas alternatifs
Enfants de 0 à 36 mois	
AZT + 3TC + LPV/r ou ABC+ 3TC + LPV/r	AZT + 3TC + NVP ABC + 3TC + NVP
Enfants de 3 à 10 ans	
ABC + 3TC + EFV AZT ou TDF+ 3TC ou FTC + EFV	ABC + 3TC + NVP AZT ou TDF+ 3TC ou FTC + NVP
Enfants de 10 à 19 ans	
TDF+ FTC ou 3TC + EFV ABC + 3TC + EFV AZT + 3TC + EFV	TDF+ FTC ou 3TC + NVP ABC + 3TC + NVP AZT + 3TC + NVP

Tbl. 13 Schémas de deuxième ligne chez l'enfant en cas d'échec thérapeutique de 1ère Ligne

ECHEC 1 ^{ère} LIGNE	REGIME 2 ^{ème} LIGNE
Si 2 NRTI + 1 NNRTI <ul style="list-style-type: none"> - AZT ou D4T + 3TC + NVP ou EFV - ABC + 3TC + NVP ou EFV - TDF+3TC/FTC + NVP ou EFV 	<ul style="list-style-type: none"> - ABC/TDF + 3TC+ LPV/r - AZT+3TC+ LPV/r - AZT+3TC+LPV/r
Si utilisation du LPV/r <ul style="list-style-type: none"> - Enfant de moins de 3 ans - Enfant de 3 ans et plus 	<ul style="list-style-type: none"> - Poursuite du traitement en cours • Remplacer le LPV/r par un INNTI de préférence Efavirenz • SI INTI= ABC ou TDF + 3TC/FTC remplacé par AZT+3TC • Si INTI= AZT+3TC, remplacé par ABC OU TDF+3TC

Les solutions buvables et capsules de Lopinavir/Ritonavir ou Ritonavir nécessitent une chaîne de froid.

4.3.2 Cas particuliers

Infection VIH2

- Info : Dans ce cas, on utilisera un inhibiteur de protéase boosté ou un troisième inhibiteur nucléosidique en lieu et place des INNTI qui ne sont pas efficaces contre le VIH2.

- Schéma préférentiel : TDF+ 3TC+ LPV/RTV

- Schéma alternatif : AZT + 3TC + ABC

Co-infection VIH / tuberculose:

Le schéma préférentiel pour les enfants, comporte 3 INTI : AZT + 3TC + ABC

Schéma alternatif :

- Enfant de moins de 3 ans : 2 INTI + NVP dosé à 200 mg/m²
- Enfant de plus de 3 ans : 2INTI + EFV

4.4 2^{ème} ligne – régimes thérapeutiques

Un traitement de deuxième ligne sera proposé en cas d'échec confirmé au traitement de première ligne. Rappelons que la première cause d'échec thérapeutique est **l'inobservance**.

C'est pourquoi l'éducation thérapeutique devra être renforcée chez la mère ou celui qui a la garde de l'enfant avant d'envisager un traitement de 2^{ème} ligne.

- Après échec d'un schéma thérapeutique de première intention base sur un INNTI, il est recommandé d'utiliser comme TAR de deuxième intention un IP potentialise plus deux INTI ; le LPV/r est l'IP potentialise privilégié.
- Après échec d'un schéma thérapeutique de première intention basé sur du LPV/r, un enfant âgé de moins de 3 ans doit continuer à recevoir son schéma

thérapeutique de première intention et il faut mettre en place des mesures pour améliorer l'observance.

- Après échec d'un schéma thérapeutique de première intention basé sur du LPV/r, le traitement d'un enfant âgé de 3 ans ou plus doit être changé pour un schéma thérapeutique de deuxième intention contenant un INNTI plus deux INTI ; l'EFV est l'INNTI privilégié.

- Après échec d'un schéma thérapeutique de première intention contenant ABC ou TDF + 3TC (ou FTC), l'option privilégiée comme base d'INTI pour le TAR de deuxième intention est AZT + 3TC.

- Après échec d'un schéma thérapeutique de première intention contenant AZT + 3TC (ou FTC), l'option privilégiée comme base d'INTI pour le TAR de deuxième intention est ABC ou TDF + 3TC.

Chez les patients sévèrement immunodéprimés, l'apparition de nouveaux signes au cours des 3 premiers mois de traitement ARV ne signifie pas obligatoirement un échec thérapeutique. Il peut en effet s'agir d'un syndrome de restauration immunitaire, qui doit être traité pour lui-même sans modification des ARV. La décision de changer de traitement devra donc également tenir compte de l'évolution immunologique (CD4) et, si possible virologique (charge virale).

Remarque : Si l'enfant est asymptomatique et que l'échec n'est évoqué que sur les critères immunologiques, un deuxième dosage des CD4 est nécessaire pour le confirmer.

L'échec thérapeutique est confirmé quand réapparaissent des événements des stades 3 ou 4 malgré une bonne observance après plus de 6 mois de traitement aux ARV.

Les lymphocytes totaux ne doivent pas être utilisés dans la détermination de l'échec thérapeutique.

Traitements associés

La prévention des infections opportunistes par le cotrimoxazole est préconisée chez :

- Tous les enfants nés de mère séropositive, à partir d'un mois de vie jusqu'à l'infirmité de l'infection
- Tout enfant infecté par le VIH, présentant des signes ou symptômes suggestifs, quel que soit son âge ou son taux de CD4

La prophylaxie des infections opportunistes se fera à partir de 4 à 6 semaines avec le cotrimoxazole et se poursuivra jusqu'à l'infirmité de l'infection.

Les doses recommandées sont de 20-30 mg/kg (sulfaméthoxazole) en une prise quotidienne ; la prescription se fera conformément au tableau suivant :

5. Accompagnement Psychosocial

5.1 Qualités requises

Respect de la confidentialité

- Le strict respect de la confidentialité sur le statut sérologique est un élément indispensable à une relation de confiance avec les patients.
- De manière générale, toute transmission d'informations à l'entourage doit avoir reçu l'accord de la personne concernée.

Empathie

- L'empathie consiste à comprendre ce que ressent la personne sans pour autant ressentir les mêmes émotions.
- Elle nécessite de la part de l'accompagnant une distance lui permettant de demeurer professionnel, objectif et efficace.
- Les pièges à éviter :
 - faire interférer dans la relation ses propres références et valeurs ;
 - passer de l'empathie à la sympathie ou à la pitié ;
 - tomber dans une attitude charitable et compassionnelle, dans un contexte fortement marqué par des valeurs religieuses.

Maîtrise de soi

- La maîtrise de soi doit permettre de comprendre les réactions des personnes vivant avec le VIH et de leurs proches, qu'elles soient négatives ou positives, tout en maîtrisant ses propres réactions.
Une motivation sincère est indispensable.
- Cet engagement doit cependant avoir des limites qui comprennent notamment la nécessité de séparer sa vie professionnelle de sa vie privée.

Connaissance de ses limites

- Connaître ses limites est indispensable au soignant pour savoir demander l'aide technique ou éventuellement psychologique devant une situation difficile.

5.2 Objectifs à atteindre

- Tout bon accompagnement commence par une explication claire des modalités, des enjeux et des éventuelles contraintes de la démarche.
- L'objectif est de favoriser une bonne communication, car ce n'est qu'en analysant ce qu'elle ressent que la personne pourra opérer des changements constructifs.
L'accompagnant doit l'encourager à exprimer ses sentiments même si, dans certaines cultures, l'habitude veut qu'on ne les exprime pas ouvertement, y compris quand ils sont très forts.
- L'objectif est aussi d'aider les personnes à devenir acteurs et autonomes vis-à-vis de la maladie. L'accompagnant doit délivrer à la personne toutes les informations nécessaires pour lui permettre de comprendre et de connaître sa maladie, de s'approprier son statut sérologique et de valoriser ses capacités ou ses compétences, afin de mettre en œuvre des stratégies d'adaptation à sa séropositivité.

Connaître ses limites, éviter le burn-out

L'accompagnateur psychosocial effectue un travail difficile et stressant ; il peut lui aussi se retrouver en situation de détresse. Il est donc important de prévoir pour lui :

- des séances de soutien psychologique et de gestion du stress ;
- des moments d'échanges avec les autres acteurs de la prise en charge, en particulier les médicaux (médecins, pharmaciens...).

Bases d'une communication efficace

- Adopter la démarche du *counseling* :
 - d'après l'OMS, « le counseling VIH/sida est un dialogue confidentiel entre un client et un prestataire de services en vue de permettre au client de surmonter le stress et de prendre des décisions personnelles par rapport au VIH/sida. Le counseling consiste notamment à évaluer le risque personnel de transmission du VIH et à faciliter l'adoption de comportements préventifs » ;
 - aspects spécifiques du *counseling* de dépistage du VIH

- Favoriser l'expression :
 - favoriser l'expression permet de mieux comprendre la situation individuelle et familiale de la personne vivant avec le VIH : niveau socio-économique, histoire de vie, principes et valeurs socio-culturelles ;
 - le prestataire pourra ainsi situer la personne dans un environnement, identifier sa position sociale, les personnes ressources dans son environnement familial ou professionnel, afin d'évaluer les contraintes et les opportunités ;

Tbl. 12 Principes et techniques de communication

QUELQUES PRINCIPES ET TECHNIQUES DE COMMUNICATION	
TECHNIQUES	EXEMPLES
Respecter les points de vue et les convictions de la personne Demander par exemple qu'elle explique certaines conceptions personnelles ou certains aspects culturels.	« J'avoue mon ignorance de cet aspect. » « Éclairez-moi. »
Clarifier le discours	« Que voulez-vous dire... ? »
Ne pas hésiter à corriger des erreurs scientifiques	« Non. On n'attrape pas le virus en mangeant dans la même assiette. »
Paraphraser Cela permet à la personne de confirmer l'interprétation du prestataire ou de la rejeter. Dans ce dernier cas, l'accompagnant devra poursuivre pour éclaircir le point.	« Si je vous ai bien compris, vous craignez que votre famille ne s'occupe pas de vous. »
Corréler	« Avez-vous remarqué que, lorsque vous vous repliez sur vous-même et ne parlez pas aux membres de votre famille, ils s'énervent contre vous ? »

Mettre en question Le prestataire doit mettre en question les incohérences du récit fait par la PVVIH ou son échec à suivre la ligne de conduite arrêtée, d'une manière positive et non sur le ton de la colère ou du reproche.	« Vous m'aviez pourtant dit avoir bien compris l'importance d'utiliser des préservatifs. »
Répéter En période de stress ou de crise, les patients peuvent ne pas saisir tout ce qui leur est dit parce qu'ils refusent de voir la réalité ou sont bouleversés. Le conseiller ne doit pas hésiter alors à répéter.	« Rappelez-vous qu'il est essentiel de bien respecter les horaires de prise du traitement. »
Mettre en évidence Amener la PVVIH à pouvoir exprimer ses propres problèmes pour faciliter l'accompagnement et/ou la prise en charge.	« D'après tout ce que vous m'avez dit, il me semble que votre principale préoccupation est... »
Motiver Le conseiller doit motiver les PVVIH en les encourageant à adopter de nouveaux comportements. Un moyen efficace de motiver ces personnes est de leur expliquer que ceci contribuera à protéger les êtres qui leur sont chers. La motivation découle de la perspective d'avantages plus grands que les efforts consentis.	« Utiliser un préservatif à chaque rapport vous permettra d'éviter de transmettre la maladie à votre partenaire. »

Tbl. 13 Exemples de sentiments possibles à l'annonce du résultat

EN SAVOIR +	
EXEMPLES DE SENTIMENTS POSSIBLES À L'ANNONCE DU RÉSULTAT	
CE QUE LA PERSONNE RESSENT/CE QU'ELLE PENSE	CE QUE LE PRESTATAIRE PEUT FAIRE
L'état de choc	Proposer à la PVVIH des mots pouvant lui permettre de décrire son état et de la revoir pour en reparler.
Le déni. La personne peut ne pas croire qu'elle est vraiment infectée. « Peut être que le laboratoire s'est trompé. » « C'est impossible. Moi, je suis en bonne santé. »	Il s'agit d'un mécanisme de défense contre le stress qui doit être identifié et respecté. Le prestataire doit éviter l'affrontement qui pourrait renforcer la personne dans ses positions et, au contraire, privilégier le dialogue.
La peur. La personne peut développer une peur liée à une éventuelle stigmatisation, au rejet social ou à la mort. Elle a donc besoin de parler à quelqu'un de compréhensif et raisonnable.	Les informations sur le VIH sont nécessaires. Le prestataire l'éclairera à ce sujet et pourra l'orienter vers un éducateur thérapeutique pour plus d'informations sur le VIH et les traitements.
L'angoisse. C'est un malaise plus ou moins intense qui surgit souvent de façon inattendue. Elle peut être momentanée ou s'installer durant de longues périodes. Lorsqu'elle est intense, s'ajoutent d'autres réactions psychologiques : difficultés à respirer, transpiration, palpitations, étourdissement, faiblesse, nausée.	Attention à ne pas passer à côté d'une crise d'angoisse, parfois confondue avec un malaise médical. Le prestataire devra notamment y penser s'il observe les symptômes décrits, après l'annonce d'un résultat positif au VIH.

La solitude. La personne vivant avec le VIH a souvent un sentiment d'isolement. Le soutien de sa famille, de ses amis, de ses proches est très déterminant.	Le prestataire va l'aider à se rappeler qu'elle n'est pas seule, qu'elle a autour d'elle une famille qui l'aime, qui pense toujours à elle, une communauté largement impliquée pour s'occuper d'elle et que beaucoup d'autres gens vivent avec le VIH/sida. Envoyer la personne vers les associations de soutien de son choix peut être une solution pour partager son vécu avec d'autres personnes qui vivent la même chose qu'elle.
La dégradation de l'image de soi. La personne peut penser que tout le monde la regarde ou parle d'elle, ce qui la pousse à se cacher de tous. Parfois, elle peut se sentir indignée d'amitié ou d'amour.	Le prestataire peut l'aider à rester active, intégrée dans son milieu et à parler de sa séropositivité comme on parle de son diabète ou d'une autre maladie chronique.
La culpabilité. La PVVIH a l'impression de ne pas être juste, d'avoir, en fantasme ou réellement, enfreint un tabou, de nourrir un désir défendu, d'avoir eu un comportement coupable face à telle personne ou à telle situation. Il en naît une forte angoisse et une tendance à l'auto-accusation. Elle s'accuse de ses comportements à risques et considère qu'elle est responsable de son statut sérologique VIH.	Accueillir la culpabilité et la mettre en mots est nécessaire. Le prestataire doit aider la personne à éviter que cette culpabilité devienne obsessionnelle.
Le repli sur soi (auto-discrimination)	Le soutien psychologique est nécessaire pour aider la personne à rester intégrée dans son milieu.
La recherche d'un soulagement par des croyances. « Dieu va me guérir si je m'abstiens de rapports sexuels. » « Les ancêtres vont me remettre sur pied si je leur offre une brebis en sacrifice. » « Je vais rester sage et le sida disparaîtra. »	L'accompagnant doit faire preuve d'empathie et tisser des relations de confiance sans tourner en dérision ce qui a été dit. Il faut que la personne connaisse sa disponibilité pour échanger à ce sujet, en cas de besoin.
La colère. C'est la réaction la plus courante, dictée par le remord et dirigée contre l'individu soupçonné de lui avoir transmis le VIH. La personne cherche un responsable à sa contamination, au lieu de prendre des mesures constructives.	En lui parlant, on peut aider la personne à dominer sa colère et à accepter sa situation.

CE QUE LA PERSONNE RESSENT/CE QU'ELLE PENSE	CE QUE LE PRESTATAIRE PEUT FAIRE
<p>La dépression. La personne qui découvre qu'elle est infectée peut penser qu'elle n'a pas de raison de vivre, avoir un sentiment d'inutilité et vouloir rester chez elle, enfermée dans sa chambre, sans manger ni parler à quiconque. La dépression et tous ses effets affaiblissent les organes et peuvent conduire la personne à la mort.</p> <p>Le dégoût de la vie. La personne s'abandonne, n'a plus de projet et ne veut même pas se faire soigner. « Je prends ces médicaments pour aboutir à quoi ? »</p> <p>La tendance suicidaire. La personne cherche des moyens de mettre fin à sa vie.</p> <p>Le sentiment d'abandon. La PVVIH croit que personne ne fait plus attention à elle. Peu ou pas de visites, de soutien matériel de la part de ses proches parents.</p> <p>Le désespoir. La personne pense que sa situation est irrécupérable, quoi qu'on fasse.</p>	<p>Il est important de rester à côté du malade afin de prévenir cette dépression et l'aider à la surmonter le cas échéant. Dans certaines cultures, la dépression ne s'exprime pas par un sentiment de dévalorisation et est parfois difficile à identifier. Des plaintes somatiques multiples peuvent parfois mettre sur la voie.</p> <p>Il ne faut pas hésiter à référer la personne vers un médecin ou un psychologue.</p> <p>Le prestataire donne des explications sur le progrès dans la prise en charge de l'infection à VIH par les ARV en précisant le but et les objectifs de ces traitements. L'identification à une autre personne séropositive (sans jamais la nommer) qui va bien peut aider à convaincre son patient (« Je connais quelqu'un qui était comme vous et qui maintenant... »).</p>
L'adaptation. En fonction de leur préparation et de leur personnalité, certaines personnes s'adaptent à la nouvelle situation et reprennent un rythme aussi normal que possible. Elles recouvrent leur estime de soi, changent de comportement de manière positive et planifient de façon efficace leur avenir.	Soutenir et accompagner cette évolution en vérifiant régulièrement que la personne est toujours dans cet état d'esprit.
Les préoccupations d'ordre spirituel. Certaines PVVIH trouvent le réconfort dans le soutien spirituel. Celui-ci les aide à surmonter la peur de la mort, les sentiments de culpabilité, de colère et d'anxiété.	Ne jamais tourner en dérision ce type de réaction qui peut beaucoup aider certaines PVVIH. Vérifier par contre qu'il n'y pas d'antagonisme avec la prise en charge.
Il y a aussi des réactions qui peuvent être apparemment « positives » au départ (acceptation, résignation...), des silences qui en disent long... Ce qui ne présage pas des réactions ultérieures, dont celles qui sont citées dans ce tableau, et qui peuvent survenir bien après l'annonce du dépistage (y compris au moment du passage à la mise sous traitement).	

5.3 Éducation thérapeutique (ETP)

De quoi parle-t-on ?

- L'éducation thérapeutique est une démarche d'apprentissage du patient (et de son entourage) pour acquérir des compétences lui permettant :
 - de comprendre sa maladie et son traitement ;
 - de prendre en charge de manière active sa maladie, ses soins et la prévention de la transmission, en coopération avec les soignants ;
 - d'améliorer son observance thérapeutique ;
 - de vivre le plus sainement possible ;
 - de maintenir ou d'améliorer sa qualité de vie.

Les grands principes

- Le point de départ de l'éducation thérapeutique est un diagnostic éducatif permettant d'identifier les compétences dont le patient a besoin pour mieux vivre avec sa maladie puis de construire en lien avec lui un programme répondant au plus près à ses besoins.
- Selon les besoins, l'éducation portera sur :
 - les modes de contamination ;
 - les moyens de prévention ;
 - l'évolution de l'infection à VIH ;
 - la prise en charge des IO ;
 - les traitements prophylactiques ;
 - l'utilisation des ARV ;
 - l'organisation de la prise en charge.
- L'éducation thérapeutique doit répondre à plusieurs critères de qualité. Elle nécessite :
 - une inscription dans le parcours de soin et une prise en charge globale du patient incluant l'accompagnement psychologique et social ;
 - l'implication de l'équipe de soins ;
 - un support écrit pour le suivi éducatif et la traçabilité des activités ;
 - l'établissement d'un partenariat soignant/patient ;
 - une définition du contenu du programme d'éducation thérapeutique dans un référentiel.
- L'éducation thérapeutique peut avoir lieu dans toutes les structures de prise en charge (CDV, centre de santé, site de prise en charge, hôpital,) ou au domicile du patient.
- Les séances peuvent être individuelles ou collectives en fonction des possibilités ou du souhait du patient. En séances collectives, ne pas dépasser 15 participants (pour préserver l'interactivité du groupe).
- Pour que l'éducation thérapeutique se déroule dans de bonnes conditions, le prestataire de soins veillera à orienter le patient vers une structure ou un service adapté.

À quel moment proposer l'ETP ?

Lors de la découverte de la séropositivité • (que ce soit lors d'un dépistage systématique ou à l'occasion d'une IO).

- À la mise sous traitement et pendant le suivi du traitement.
 - Phase de préparation au traitement :
 - 3 séances minimum dont le contenu doit être structuré et évolutif sur les 3 séances, le feu vert pour le traitement étant donné quand les principales données sont considérées comme acquises ;
- ces séances sont habituellement réparties sur 2 à 3 semaines maximum, voire sur quelques jours dans les cas où le traitement doit être débuté rapidement. En aucun cas les séances d'ETP ne doivent être un frein à l'initiation des ARV.

- Les 6 premiers mois de traitement :
 - les premiers mois après la mise sous traitement sont une période nécessitant une attention particulière pour repérer d'éventuelles difficultés ;
 - une première séance systématique suivant la prescription initiale est recommandée à J15 puis à M3 et M6.
- À chaque renouvellement des ARV (tous les mois en général) :
 - sous une forme brève au minimum (soutien à l'observance) avec référence du patient à une consultation d'ETP complète, si identification d'une difficulté ;
 - l'observance est, en effet, un phénomène dynamique qui peut varier dans le temps : un patient parfaitement observant pendant plusieurs mois ou années peut, à l'occasion d'un événement traumatisant, devenir in observant. À l'inverse, un patient régulièrement non observant peut devenir observant.
 - À tout moment en cas de :
 - demande du patient ;
 - problèmes d'observance ;
 - échec du traitement ;
 - modification du traitement ARV ;
 - désir de grossesse ;
 - partage du statut ;
 - difficulté de tout ordre : psychologique, sociale, économique, juridique, etc.

Tbl. 14 Les différentes séances d'éducation thérapeutique

	OBJECTIF	COMMENTAIRES
PREMIÈRE SÉANCE D'ETP PRÉ-THERAPEUTIQUE	<ul style="list-style-type: none">• Fournir des informations générales sur le VIH, de la contamination jusqu'à la prise en charge par les ARV, y compris en termes de gestion des effets secondaires	<ul style="list-style-type: none">• Le contenu et la rapidité de progression au cours de la séance doivent être adaptés à chaque patient
DEUXIÈME SÉANCE D'ETP PRÉ-THERAPEUTIQUE	<ul style="list-style-type: none">• Vérifier et renforcer les acquisitions de la 1^{re} séance• Rappeler les objectifs et le mode d'action du traitement ARV, ainsi que la relation CD4-CV-IO• Faire la synthèse de ce que sera la prescription des ARV	<div>AUTRES THÈMES À ENVISAGER</div> <div><div>1. CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE</div><ul style="list-style-type: none">• L'importance du traitement prophylactique (si le patient est concerné)• Les mesures de prévention de la surinfection• L'hygiène alimentaire• La conduite à tenir en cas de suspicion d'effets indésirables du traitement ARV (voir Module 5)• Les ressources pouvant aider le patient (communication des numéros de téléphone importants)• Le circuit du patient pour les consultations et le renouvellement de l'ordonnance</div> <div><div>2. POUR MIEUX CONNAÎTRE LE PATIENT</div><ul style="list-style-type: none">• Ses attentes vis-à-vis du traitement• Sa perception du traitement• Sa volonté de prendre le traitement• Sa compréhension de l'observance (prise correcte et continue des ARV, choix de l'horaire en fonction des activités quotidiennes et importance du respect de l'horaire de prise) et des conséquences d'une mauvaise observance</div>

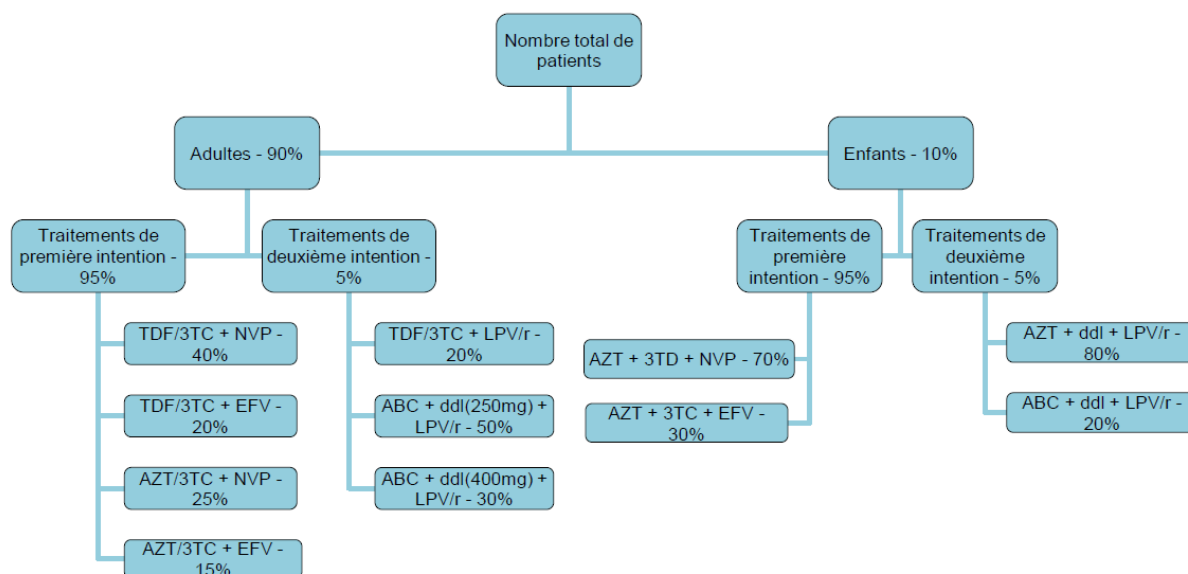
	OBJECTIF	COMMENTAIRES
TROISIÈME SÉANCE D'ETP PER-THÉRAPEUTIQUE : MISE SOUS TRAITEMENT	<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier et renforcer les acquisitions de la 2^e séance • Élaborer le planning thérapeutique avec le patient en se fondant sur les molécules prescrites pour s'assurer de sa compréhension du traitement et de l'horaire choisi • Convenir avec lui d'un calendrier en concordance avec son carnet de suivi 	<ul style="list-style-type: none"> • Si les principales informations ne semblent pas acquises, il faut reprogrammer une ou plusieurs séances supplémentaires • À l'inverse, le prestataire indique que les ARV peuvent être débutés
SÉANCES DE SUIVI D'ETP : J15, M3, M6 PUIS DÈS QU'UN PROBLÈME D'OBSERVANCE EST IDENTIFIÉ OU LORS D'UN ÉVÉNEMENT MARQUANT DE LA VIE DU PATIENT	<ul style="list-style-type: none"> • Développer des compétences adaptées aux besoins du patient 	
SOUTIEN À L'OBSERVANCE : À CHAQUE RENOUVELLEMENT DE TRAITEMENT	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les mesures d'observance à chaque consultation • Échanger avec le patient sur son traitement • Vérifier l'absence d'effets indésirables ou de difficultés que le patient aurait de la peine à verbaliser spontanément 	<p>En cas de non-observance ou de difficulté, le prestataire doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • identifier les causes de non-observance ou de la difficulté • aider le patient à trouver lui-même les solutions possibles • orienter si besoin vers un accompagnement psychologique et/ou social • redéfinir un calendrier de suivi si besoin (fixer les rendez-vous pour les autres séances)

6. Quantification

- ⇒ Voir Tableau Excel « Croisement/triangulation des données programmatiques et logistiques (VIH, TB et Paludisme) - Utilisation de services - disponibilité des intrants

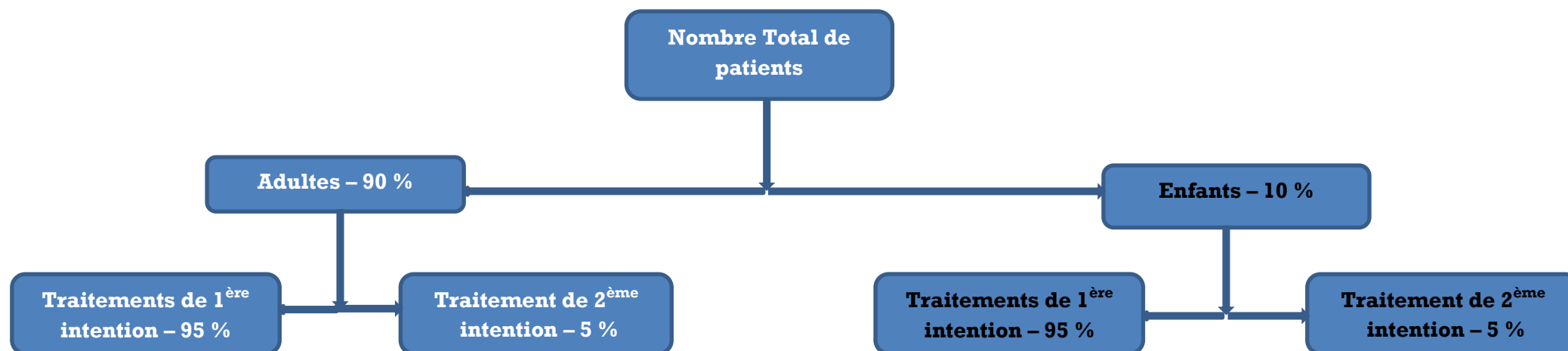
6.1 Statistiques utilisation différents types d'ARV selon protocoles

Graphique 1 Exemple d'arbre prévisionnel pour une quantification des médicaments ARV



Source : Quantification des produits de santé - Un guide pour les prévisions et la planification des approvisionnements pour les achats, 6/2014

Guinée – arbre prévisionnel quantification des médicaments ARV (à compléter)



7. Annexe

7.1 Points saillants des recommandations OMS 2013

Points saillants des recommandations figurant dans les lignes directrices unifiées 2013 de l'OMS sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH

CONSEIL ET DÉPISTAGE DU VIH	
Thème et population	Recommandations
Conseil et dépistage à assise communautaire	Épidémies généralisées et pour les populations clés dans toutes les situations d'épidémie ¹¹
Conseil et dépistage du VIH chez les adolescents	Tous les adolescents dans les situations d'épidémie généralisée et les adolescents des populations clés dans toutes les situations
QUAND METTRE LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH SOUS TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL	
Adultes et adolescents	<p>En priorité chez toute personne présentant une infection sévère ou à un stade clinique avancé et chez toute personne dont le nombre de CD4 est ≤ 350 cellules/mm³</p> <p>Chez toute personne vivant avec le VIH dont le nombre de CD4 est >350 cellules/mm³ et ≤ 500 cellules/mm³</p> <p>Chez toute personne vivant avec le VIH quel que soit le stade clinique de l'OMS ou le nombre de CD4 dans les situations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tuberculose active ; - co-infection par le VIH et le VHB avec des signes de pathologie hépatique chronique sévère ; - couples sérodiscordants.
Femmes enceintes et femmes allaitant au sein	<p>Une trithérapie doit être entamée et poursuivie au moins pendant toute la période de risque de transmission de la mère à l'enfant.</p> <p>Le traitement antirétroviral doit être poursuivi à vie chez les femmes qui remplissent les critères pour recevoir ce traitement.</p>
Enfants	<p>Tous les enfants infectés par le VIH âgés de moins de 5 ans, quel que soit le stade clinique de l'OMS ou le nombre de CD4</p> <p>Tous les enfants infectés par le VIH âgés de 5 ans ou plus dont le nombre de CD4 ≤ 500 cellules/mm³, quel que soit le stade clinique de l'OMS¹²</p> <p>Tous les enfants infectés par le VIH présentant une infection symptomatique sévère ou à un stade avancé, quels que soient l'âge et le nombre de CD4</p> <p>Enfants âgés de moins de 18 mois chez qui un diagnostic présomptif d'infection à VIH a été posé</p>
PAR QUEL SCHEMA THÉRAPEUTIQUE ANTIRÉTROVIRAL COMMENCER	
Antirétroviraux de 1 ^{ère} intention chez les adultes	<p>Association en doses fixes TDF+3TC+EFV comme option privilégiée</p> <p>AZT+3TC+NVP, AZT+3TC+NVP, ou TDF+3TC/FTC+NVP si l'association précédente est contre-indiquée</p> <p>Arrêt de l'utilisation du d4T</p>
Traitement antirétroviral de 1 ^{ère} intention chez les femmes enceintes et celles allaitant au sein et leurs nourrissons	<p>Association en doses fixes en prise unique quotidienne de TDF+3TC/FTC+EFV (pour la PTME et le TAR à vie)</p> <p>6 semaines de prophylaxie chez les nourrissons dont la mère est sous traitement antirétroviral et allaités au sein</p>

Traitement antirétroviral de 1 ^{ère} intention chez les enfants de moins de 3 ans	<p>Schéma thérapeutique basé sur du LPV/r, qu'ils aient été ou non exposés à un INNTI ; schéma basé sur de la NVP si le schéma basé sur du LPV/r n'est pas faisable</p> <p>Substitution du LPV/r par un INNTI après obtention d'une suppression prolongée de la charge virale, lorsque le suivi de celle-ci est disponible</p> <p>Association ABC+3TC+AZT pour les patients qui développent une tuberculose durant un traitement contenant de la NVP ou du LPV/r</p> <p>La base d'INTI à utiliser pour le schéma d'ARV doit être ABC+3TC ou AZT+3TC</p>
--	---

Traitement antirétroviral de 1 ^{ère} intention chez les enfants âgés de 3 ans et plus (y compris les adolescents)	<p>L'EFV est l'INNTI privilégié, la NVP est l'option de remplacement</p> <p>Chez les enfants infectés par le VIH de plus de 3 ans et moins de 10 ans (et chez les adolescents pesant moins de 35 kg), la base d'INTI doit être constituée d'ABC+3TC ou AZT/TDF+3TC/FTC (par ordre de préférence)</p> <p>Chez les adolescents infectés par le VIH âgés de 10 à 19 ans et pesant 35 kg ou plus, la base d'INTI doit être alignée sur celle utilisée chez les adultes</p>
--	--

SUIVI DE LA RÉPONSE AU TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL ET DIAGNOSTIC D'UN ÉCHEC THÉRAPEUTIQUE

Toutes les populations	<p>La mesure de la charge virale est la démarche de suivi privilégiée pour faire le diagnostic de l'échec du traitement et le confirmer</p> <p>Si la mesure de la charge virale n'est pas disponible, il faut avoir recours au suivi du nombre de CD4 et au suivi clinique</p>
------------------------	--

TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL DE DEUXIÈME INTENTION : À QUEL SCHÉMA THÉRAPEUTIQUE PASSER

Thème et population	Recommandations
Adultes et adolescents (y compris chez les femmes enceintes et les femmes allaitant au sein)	<p>Deux INTI + un inhibiteur de protéase potentialisé par le ritonavir</p> <p>Après échec d'un schéma thérapeutique de 1^{ère} intention basé sur du LPV/r, les enfants de moins de 3 ans doivent continuer à recevoir leur traitement de 1^{ère} intention, et il faut mettre en place des mesures pour améliorer l'observance, tandis que les enfants âgés de 3 ans ou plus doivent passer à un traitement de 2^{ème} intention, l'EFV étant l'INNTI privilégié</p> <p>Après échec d'un schéma thérapeutique de 1^{ère} intention basé sur ABC ou TDF + 3TC/FTC, l'INTI privilégié est l'AZT+3TC</p> <p>Après échec d'un schéma thérapeutique de 1^{ère} intention basé sur AZT ou d4T + 3TC/FTC, l'INTI privilégié est l'ABC/TDF+3TC/FTC</p>

OPÉRATIONS ET PRESTATION DE SERVICES

Interventions destinées à optimiser l'observance	L'envoi de SMS par téléphone portable peut être envisagé comme outil de rappel afin de promouvoir l'observance
Intégration des services et établissement de liens	<p>En situation d'épidémie généralisée, le traitement antirétroviral doit être entamé et poursuivi dans les établissements de soins de santé maternelle et infantile chez les femmes enceintes ou après l'accouchement qui remplissent les critères pour recevoir ce traitement ainsi que chez les nourrissons, en établissant des liens et en dirigeant les patients vers des services de soins continus du VIH et de traitement antirétroviral</p> <p>Dans les situations à charge de morbidité élevée due au VIH et à la tuberculose, le traitement antirétroviral est à entamer dans les établissements de prise en charge de la tuberculose, en établissant des liens avec des services de soins continus du VIH et de</p>

	<p>traitement antirétroviral</p> <p>Le traitement antirétroviral doit entamé et poursuivi chez les personnes vivant avec le VIH dans les établissements de soins où est fourni un traitement de substitution aux opioïdes</p>
Décentralisation du traitement et des soins	<p><i>Options à envisager :</i></p> <p>Mise en route du traitement antirétroviral dans les hôpitaux et poursuite dans les établissements de santé périphériques</p> <p>Mise en route et poursuite du traitement antirétroviral dans les établissements de santé périphériques</p> <p>Mise en route du traitement antirétroviral dans les établissements de santé périphériques et poursuite au niveau communautaire</p>

24

Délégation des tâches	<p>Des cliniciens non médecins, des sages-femmes et des infirmiers qualifiés peuvent mettre en route le traitement antirétroviral de première intention</p> <p>Des cliniciens non médecins, des sages-femmes et des infirmiers qualifiés peuvent assurer la poursuite du traitement antirétroviral</p> <p>Des agents de santé communautaires qualifiés et supervisés peuvent dispenser le traitement antirétroviral entre les visites cliniques régulières</p>
ORIENTATIONS À L'INTENTION DES ADMINISTRATEURS DE PROGRAMMES	
Orientations aux fins de la prise de décisions sur la mise en oeuvre des recommandations	<p>Les autorités nationales doivent suivre une procédure transparente, ouverte et éclairée, avec une large participation des parties prenantes, notamment une participation significative des communautés touchées, et prenant en compte les spécificités des recommandations concernées</p> <p>Le processus décisionnel prend en compte les données sur l'épidémiologie de l'infection à VIH aux niveaux national et local, les résultats actuels du programme de traitement antirétroviral et le contexte socioéconomique, politique et juridique, notamment les besoins en termes de budget et de ressources humaines et les autres implications pour le système de santé (ressources et systèmes actuellement disponibles et domaines nécessitant des investissements supplémentaires)</p> <p>Le processus décisionnel tient compte des questions éthiques, de l'équité et des droits de l'homme, de l'impact et du rapport coût/efficacité, ainsi que des occasions et des risques liés aux autres options de mise en oeuvre</p>

7.2 Glossaire

ACCIDENT AVEC EXPOSITION AU SANG : contact avec du sang ou un liquide biologique contenant du sang à l'occasion une effraction cutanée (piqûre ou coupure) ou d'une projection sur une muqueuse (oeil, bouche) ou une peau lésée.

ALLAITEMENT ARTIFICIEL : alimentation du nouveau-né ou du nourrisson par des substituts de lait (préparations de lait déshydraté reconstitué, par adjonction d'eau stérilisée ou bouillie).

ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF : alimentation du nouveau-né ou du nourrisson par le lait de sa mère, à l'exclusion de tout autre apport (y compris l'eau).

ALLAITEMENT MATERNEL PROTÉGÉ : allaitement maternel réalisé en association avec l'administration d'un traitement ARV (à la mère ou l'enfant) destiné à protéger l'enfant d'une contamination par le VIH présent dans le lait maternel.

ALLAITEMENT MIXTE : alimentation du nouveau-né ou du nourrisson par le lait de sa mère associé à une autre alimentation (substituts de lait, céréales, eau ou toute autre nourriture).

ANTISEPSIE : opération au résultat momentané permettant de détruire ou d'inactiver les germes infectieux présents au niveau d'un tissu vivant.

CHARGE VIRALE-VIH : quantité de virus VIH contenue dans le sang ou dans un liquide biologique (LCR par exemple). Elle s'exprime en nombre de copies d'ARN du VIH par millilitre.

COUNSELING : dialogue confidentiel entre un client et un personnel prestataire de services en vue de permettre au client de surmonter le stress et de prendre des décisions personnelles par rapport au VIH/sida. Le *counseling* consiste notamment à évaluer le risque personnel de transmission du VIH et à faciliter l'adoption de comportements préventifs

DÉPISTAGE OPT-IN : méthode de dépistage de l'infection à VIH nécessitant un accord de la personne après une information détaillée (*counseling*).

DÉPISTAGE OPT-OUT : méthode de dépistage de l'infection à VIH consistant à dépister les personnes dans tout lieu de soin en les informant de la réalisation du test VIH au même titre que les autres examens sanguins éventuellement réalisés. À l'inverse de l'*Opt-in*, l'*Opt-out* ne requiert pas d'accord spécifique de la personne concernée et le test n'est refusé que si la personne s'y oppose spécifiquement.

DÉSINFECTION : opération au résultat momentané permettant de détruire ou d'inactiver des germes infectieux.

DCI (DÉNOMINATION COMMUNE INTERNATIONALE) : nom scientifique d'un médicament, indépendamment de son nom commercial.

DYSPHAGIE : sensation de blocage au passage des aliments dans l'oesophage (signe de candidose oesophagienne par exemple).

ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE : processus continu, intégré aux soins et centré sur le patient, visant l'apprentissage du patient (et de son entourage) pour acquérir des compétences lui permettant de comprendre sa maladie et son traitement, de prendre en charge de manière active sa maladie, ses soins et la prévention de la transmission en coopération avec les soignants, d'améliorer son observance thérapeutique, de maintenir ou d'améliorer sa qualité de vie.

ELISA (ENZYME-LINKED IMMUNO-SORBENT ASSAY) : technique utilisée pour détecter des anticorps dirigés contre le VIH à l'aide d'antigènes du virus liés à une enzyme. Le principe de cette technique est applicable à d'autres agents infectieux.

FENÊTRE SÉROLOGIQUE : période succédant à la contamination par le VIH (primo-infection) pendant laquelle les anticorps dirigés contre le virus ne sont pas encore détectables.

IMMUNODÉPRESSION : affaiblissement des défenses immunitaires de l'organisme.

INFECTION ASSOCIÉE AUX SOINS : infection survenant au cours ou au décours d'activités de soins (quelle que soit leur nature) réalisées à l'hôpital ou en ambulatoire, alors qu'elle n'était ni présente ni en incubation au début de la prise en charge.

INFECTION NOSOCOMIALE : infection contractée lors d'un séjour en milieu hospitalier.
LYMPHOCYTES CD4 : globules blancs de la famille des lymphocytes T portant à leur surface une protéine appelée CD4 (cette protéine est le constituant sur lequel se fixe le VIH pour pénétrer dans les lymphocytes). Le taux de lymphocytes CD4 correspond au nombre ou au pourcentage de lymphocytes CD4 dans le sang.

MALADIE OPPORTUNISTE : maladie ne pouvant généralement apparaître que chez des patients ayant une baisse importante de l'immunité (dans le cas du VIH, elle classe le patient au stade SIDA).

OBSERVANCE : comportement d'une personne qui suit son traitement en respectant les règles d'administration et les recommandations formulées par le professionnel de santé prescripteur.

ODYNOPHAGIE : douleur au passage des aliments dans l'oesophage (signe d'ulcère oesophagien par exemple).

PCR (POLYMERASE CHAIN REACTION) : technique de biologie moléculaire permettant de détecter l'ARN ou l'ADN du VIH (même en très faibles quantités). Le principe de cette technique est applicable à d'autres agents infectieux.

PRÉVALENCE : nombre total de cas d'une maladie (anciens et nouveaux cas) à un moment donné (à distinguer de l'incidence, qui est le nombre de nouveaux cas observés pendant une période donnée).

PRIMO-INFECTION-VIH : premier contact du VIH avec l'organisme.

PROPHYLAXIE PRIMAIRE : traitement destiné à prévenir la survenue d'une maladie.

PROTÉINE : molécule constituée par l'assemblage de chaînes d'acides aminés (chaque chaîne contenant un nombre précis d'acides aminés dans un ordre déterminé).

PYRAMIDE DES ÂGES : répartition en fonction de l'âge et du sexe du nombre de personnes vivant dans un pays (sous forme de graphique).

RÉPLICATION VIRALE : mécanisme par lequel un virus se multiplie, en formant des particules identiques à l'élément originel.

RÉSISTANCE DU VIH : capacité du VIH à se multiplier malgré la présence d'un traitement antirétroviral (en raison de mutations génétiques du virus).

SENSIBILITÉ D'UN TEST : capacité d'un test à donner un résultat positif lorsque la maladie est présente (voir aussi, pour qualifier les performances d'un test, le terme de spécificité).

SÉROCONVERSION-VIH : moment d'apparition dans le sang des anticorps dirigés contre le VIH.

SÉROPOSITIVITÉ : état d'une personne dont le sang contient des anticorps dirigés contre le VIH.

SÉROPRÉVALENCE-VIH : nombre de personnes séropositives dont le sang contient des anticorps dirigés contre le VIH.

SIDA (SYNDROME D'IMMUNODÉFICIENCE ACQUISE) : stade final de l'évolution de l'infection à VIH, s'accompagnant de manifestations cliniques graves (infections opportunistes et néoplasies) et aboutissant au décès en l'absence de traitement.

SIV (SIMIAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS) : virus responsable d'un déficit immunitaire chez le singe, apparenté au VIH.

SPÉCIFICITÉ D'UN TEST : capacité d'un test à donner un résultat négatif lorsque la maladie est absente (voir aussi, pour qualifier les performances d'un test, le terme de sensibilité).

STÉRILISATION : procédé visant à détruire tous les micro-organismes vivants portés par un objet parfaitement nettoyé.

TDR (TEST DE DÉPISTAGE RAPIDE) – VIH : test à usage unique permettant de détecter en quelques minutes et avec un minimum de moyens la présence d'anticorps dirigés contre le VIH.

TEST SÉROLOGIQUE-VIH : test visant à détecter dans le sang la présence d'anticorps dirigés contre le VIH.

TRAITEMENT PRÉVENTIF INTERMITTENT (TPI) DU PALUDISME : prise systématique d'un traitement à dose curative à intervalles réguliers sans diagnostic parasitologique préalable dont l'objectif est de prévenir les conséquences de l'infection palustre chez la mère et l'enfant.
S'utilise chez la femme enceinte et parfois chez le jeune enfant.

TRAITEMENT PROBABILISTE : traitement débuté sans confirmation par des examens complémentaires de la cause d'une maladie (p. ex. traitement antibiotique probabiliste par amoxicilline d'une pneumopathie supposée due à un pneumocoque).

TRANSMISSION MÈRE-ENFANT DU VIH : transmission du VIH de la mère à l'enfant (pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement au sein).

8. Bibliographie

8.1 Sources principales de ce document

Prise en charge globale du VIH dans les pays à ressources limitées - Guide de formation à l'usage des paramédicaux

Coordination scientifique : Pr Olivier Bouchaud, IMEA et Université Paris 13, France
Pr Cheikh Tidiane Ndour, Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal

http://www.pathexo.fr/docfiles/prise_en_charge_globale_du_vih.pdf

VIH / TB Manuel clinique, MSF, 2015

<https://samumsf.org/en/resources/msf-hivtb-clinical-guide-2015>

Accès aux antirétroviraux dans les pays du Sud - ANRS

www.anrs.fr/sites/default/files/2017-07/acces_antiretroviraux_sud.pdf

Faire de charge viral un suivi de routine

<https://www.msf.org.za/about-us/publications/reports/faire-de-charge-viral-un-suivi-de-routine>

https://www.msf.org.za/system/tdf/publications/msf_making-viral_french_part2.pdf?file=1&type=node&id=7253

Siaps

<http://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/Js21925fr/>

Swaziland

<http://apps.who.int/medicinedocs/fr/m/abstract/Js21537en/>

CNLS

<http://apps.who.int/medicinedocs/fr/m/abstract/Js21653fr/>

<http://apps.who.int/medicinedocs/fr/d/Jh2932f/>

8.2 Manuel de procédures GAS gestion produits FM

Guide et procédures de gestion des intrants de sante lies aux IST et au VIH, programme national de lutte contre le SIDA, Madagascar 2011

https://www.jica.go.jp/madagascar/french/office/others/pdf/publications02_13.pdf

Gestion des produits en voie de péremption et périmés

Manuel de procédures de gestion des achats et des stocks des produits de santé de lutte contre le VIH/SIDA au Cameroun , CNLS/SIAPS, 2013

<http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js23229fr/>

6.9 Gestion de risques - Zero cash Policy

Gestion des risques dans les Etats fragiles : la santé d'abord ! - Optimiser l'efficacité des subventions du Fonds mondial

https://solthis.org/wp-content/uploads/2015/11/Solthis_FM_Gestion-des-risques-2014_rapport.pdf

8.3 Organisations-Site Web de référence

SIAPS

<http://siapsprogram.org/>

MSH

Manuel de procédures de gestion des achats et des stocks des produits de santé de lutte contre le VIH/SIDA