



RÉPUBLIQUE DU BÉNIN

MINISTÈRE DE LA SANTÉ

DIRECTION NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA/IST

**POLITIQUE, NORMES ET
PROCEDURES POUR LA PRISE
EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH AU BENIN**



Juillet 2012

© MS-BENIN/PNLS

SOMMAIRE

SOMMAIRE	1
LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES	2
PREFACE	5
REMERCIEMENTS	7
I. POLITIQUE NATIONALE EN MATIERE DE PRISE EN CHARGE DES PVVIH	8
1. PRESENTATION DU BENIN	8
2. SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DE L'INFECTION PAR LE VIH AU BENIN.....	12
3. ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH (PV VIH) AU BENIN	14
4. ANALYSE DE LA SITUATION ACTUELLE DE LA PRISE EN CHARGE	16
5. LA POLITIQUE NATIONALE DE PRISE EN CHARGE DES PVVIH	20
II CONSEIL – DEPISTAGE VOLONTAIRE	25
1. NORMES	25
2. PROCEDURE	33
III DIAGNOSTIC ET SUIVI BIOLOGIQUE	38
1. NORMES	38
2. PROCEDURE	40
IV LA PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS OPPORTUNISTES	43
1. LA PREVENTION DES INFECTIONS OPPORTUNISTES	43
2. TRAITEMENT CURATIF DES INFECTIONS OPPORTUNISTES	51
V LA PRISE EN CHARGE DES PVVIH PAR LES ARV	51
1. LES NORMES DE PRISE EN CHARGE PAR LES ARV.....	51
2. PROCEDURE DE PRISE EN CHARGE PAR LES ARV	73
VI PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DES ACCIDENTS PROFESSIONNELS D'EXPOSITION AU VIH	80
1. NORMES	80
2. PROCEDURE	81
VII PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE, SOCIALE ET COMMUNAUTAIRE	86
1- PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE	86
2. PRISE EN CHARGE SOCIALE ET COMMUNAUTAIRE	88
VIII PRISE EN CHARGE DES COUPLES SERODIFFERENTS(SERODISCORDANTS)	100
IX PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE	102
X. NORMES ET PROCEDURES DES COMPOSANTES DES SERVICES DE SOUTIEN	107
1. SOUTIEN A L'OBSERVANCE	107
2. GESTION DES MEDICAMENTS, CONSOMMABLES ET DES PRODUITS DE LABORATOIRE	100
3. LA FORMATION	116
4. LA SUPERVISION	119
5. LE SUIVI ET L'EVALUATION	123
6. LA RECHERCHE EN MATIERE DE PRISE EN CHARGE DE L'INFECTION PAR LE VIH	133
ANNEXES	138

LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES

ABC : Abacavir

ALAT (TGP) : Alanine Amino-Transférèse (Transaminase Glutamo-Pyruvate)

APH : Action Pro-Humanité

ARV : Antirétroviraux

ASAT (TGO) : Aspartate Amino-Transférèse (Transaminase Glutamo-Oxalique)

ATV : Atazanavir

AZT : Zidovudine

BHAPP : Benin HIV/AIDS Prevention Program

BK : Bacille de Koch

CAME : Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels

CD : Centre de Dépistage

CDC: Center for Disease Control

CEFORP : Centre de Formation et de Recherche en matière de Population

CHD : Centre Hospitalier Départemental

CIPEC : Centre d'Informations, de Prospectives et de Conseils

CNHU-HKM : Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert K. Maga

CNLS : Comité National de Lutte contre le SIDA

Cp : Comprimés

CREDESA/SSP : Centre Régional de Développement et de Santé/Soins de Santé Primaire

CTA : Centre de Traitement Ambulatoire

D4T : Stavudine

DANA : Direction de l'Alimentation et de la Nutrition Appliquée

DDI : Didanosine

DDS : Direction Départementale de la Santé

DPED : Direction des Pharmacies et Explorations Diagnostiques

DPP : Direction de la Programmation et de la Prospective

EFV : Efavirenz
fAPV/r : Fosamprénavir/r
FHI : Family Health International
FSTI : Fonds de Solidarité Thérapeutique International
FTC : Emtricitabine
G/l : giga par litre
GIP- ESTHER : Groupement d'Intérêt Public Ensemble pour une Solidarité
Thérapeutique Hospitalière En Réseau
HIA : Hôpital de l'Instruction des Armées
HZ : Hôpital de Zone
IBAARV : Initiative Béninoise d'Accès aux Antirétroviraux
IDV : Indinavir
IDV/r : Indinavir boosté par le Ritonavir
IMC: Indice de Masse Corporelle
INNTI : Inhibiteur Non Nucléosidique de la Transcriptase Inverse
IO : Infections Opportunistes
IP : Inhibiteur de la Protéase
IST : Infection Sexuellement Transmissible
Kcal : kilocalories
3TC : Lamivudine
LCR : Liquide céphalorachidien
LPV/r : Lopinavir boosté par le Ritonavir
MCZS : Médecin Coordonnateur de Zone Sanitaire
MS : Ministère de la Santé
NDNPB : Normes et Directives Nationales du Dépistage du VIH et de la Prise
en charge Biologique des PVVIH
NFS : Numération Formule Sanguine
NVP : Névirapine

OEV : Orphelins et Enfants Vulnérables
ONG : Organisation Non Gouvernementale
ORL : Oto-Rhino-Laryngologie
PAS : Programme d'Ajustement Structurel
(PAS I, II et III : premier, deuxième et troisième PAS).
PCR : Polymerase Chain Reaction
PNLS : Programme National de Lutte contre le SIDA
PNP PTME : Politique, Normes et Procédures de Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement
P O : Per os
PTME : Prévention de la Transmission Mère-enfant
PVVIH : Personne Vivant avec le VIH
REMECAR : Registre des Médicaments, Carnets, Actes et Recettes
RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat
(RGPH2 : deuxième recensement, RGPH3 : troisième recensement).
RTV : Ritonavir
SIDA : Syndrome d'Immuno - Déficience Acquise
SNIGS : Système National d'Informations et de Gestions Sanitaires
TAR : Traitement Anti Rétroviral
TDF : Ténofovir Disoproxil fumarate
UAC : Université d'Abomey-Calavi
USAID: United States Agency for International Development
VHB : Virus de l'Hépatite B
VIH : Virus de l'Immuno - Déficience Humaine
ZS : Zone Sanitaire

PREFACE

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

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

Le présent document est la troisième édition, actualisée compte tenu des dernières recommandations de l'OMS et de la nécessité de faire passer des patients en troisième ligne thérapeutique. Il permet d'informer les acteurs à différents niveaux de la pyramide sanitaire afin surtout d'harmoniser les procédures de prises en charge des PVVIH selon les normes ci- établies. Il précise les niveaux minima acceptables de performance dans la prise en charge (normes) y compris les qualifications requises pour les prestations de services ainsi que les aspects opérationnels de réalisation de ces normes. C'est un document de consensus, réalisé avec la participation des différents acteurs dans le domaine, (PNLS et ses structures décentralisées, les institutions de

formations médicales et paramédicales, ONGs, Institutions internationales ...).

Il s'inspire des normes et procédures de la prise en charge des PVVIH préconisées par l'Organisation Mondiale de la Santé. Sa diffusion permettra de satisfaire une exigence de qualité dans la prise en charge des PVVIH dans notre pays et contribuera à une meilleure coordination et évaluation des interventions. Le respect des normes amènera plus aisément à l'atteinte des objectifs de l'accès universel auxquels le Bénin adhère à travers le plan stratégique de notre pays. ; Ainsi la couverture des besoins des PVVIH à mettre sous traitement antirétroviral s'améliorera progressivement.

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

Le Ministre de la Santé,

Prof. Dorothee A. KINDE-GAZARD

REMERCIEMENTS

Je remercie, au nom du Gouvernement béninois, le projet ESTHER, et les acteurs des sites ainsi que tous les partenaires qui ont apporté leur précieuse contribution à l'amélioration de ce document.

Le Ministre de la Santé,

Prof. Dorothee A. KINDE-GAZARD

I. POLITIQUE NATIONALE EN MATIERE DE PRISE EN CHARGE DES PVVIH

1. PRESENTATION DU BENIN

1.1 Situation géographique

Située en Afrique occidentale sur le Golfe du Guinée, la République du Bénin s'étend de l'Océan Atlantique au fleuve Niger sur une longueur de 700 km et sur une largeur de 125 km sur la côte. Elle couvre une superficie de 114.763 km². La République du Bénin est limitée au Nord par le Niger, au Nord-ouest par le Burkina Faso, à l'Ouest par le Togo, à l'Est par le Nigeria et au sud par l'Océan Atlantique.

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

- i) un climat subéquatorial avec deux saisons pluvieuses et deux saisons sèches au Sud,
- ii) un climat tropical semi humide au Centre,
- iii) un climat tropical humide au Nord avec une saison sèche et une saison pluvieuse.

La température est relativement élevée avec de faibles variations.

Le Bénin est irrigué par de nombreux cours d'eau qui arrosent deux grands bassins : le bassin du Niger et le bassin côtier. Pour ce dernier, les lacs et les lagunes servent de relais vers la mer. Ce climat chaud et humide est favorable à la prolifération de certains vecteurs (mouches, moustiques, rats, etc.) et explique l'endémicité et l'éclosion périodique (parfois saisonnière) des maladies infectieuses et parasitaires.

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

1.2 Situation démographique

Les données statistiques issues des différentes opérations de recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) au Bénin montrent que cette population croît à un rythme élevé. La population était estimée en 1992 à 4.915.555 habitants (RGPH2) contre 6.769.914 habitants en 2002 (RGPH3).

La population béninoise est estimée à plus de 8.224.644 habitants en 2010 avec 51% de femmes et 47% d'enfants de moins de 15 ans. 41,8% de cette population vivent en milieu urbain et 47,6% des ménages vivent en dessous du seuil de pauvreté (Projections démographiques à partir du RGPH 3 de 2002 réalisé par l'INSAE).

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

1.3 Situation économique

L'économie du Bénin est basée sur l'agriculture qui occupe 56% de la population active. Les produits vivriers qu'on trouve dans le pays sont le maïs, le manioc, le haricot, le mil, le sorgho et l'arachide.

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

Les difficultés financières et économiques ont conduit le pays aux réformes structurelles. En effet, de 1983 à ce jour le Bénin a connu trois programmes d'ajustement structurel (PAS) ayant tous pour objectif de répondre à la nécessité de réorganiser la vie nationale, économique et sociale.

La combinaison des différentes stratégies sectorielles et des mesures d'ordre macro-économique a permis d'enregistrer une évolution croissante du

produit intérieur brut (PIB) par habitant et une croissance économique évoluant en dents de scie.

Sur la période de 1991 à 2001, le taux de croissance économique est légèrement supérieur à celui de croissance démographique mais l'écart moyen sur la période entre les deux taux ne permet pas une amélioration substantielle des conditions de vie des populations. Ceci explique, en partie, la faible accessibilité financière des populations aux soins.

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

1.4 Situation sanitaire

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

- le niveau central ou national
- le niveau intermédiaire ou départemental
- le niveau périphérique ou opérationnel (communal et villageois).

Le tableau ci-dessous résume cette organisation

TABLEAU I : SYSTEME NATIONAL DE SANTE AU BENIN

NIVEAUX	STRUCTURES	INSTITUTIONS HOSPITALIERES ET SOCIO-SANITAIRES	SPECIALITES
CENTRAL ou NATIONAL	Ministère de la Santé (MS)	-Centre National Hospitalier et Universitaire : hôpital H.K. Maga (CNHU-HKM) -Centre National Hospitalier de Pneumo-phtisiologie (CNHPP) -Centre National Psychiatrique de JAQUOT -l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL) -Hôpital d'Instruction des Armées	-Médecine -Pédiatrie -Chirurgie -Gynéco-obstétrique -Radiologie -Laboratoire -O.R.L -Ophtalmologie -Autres spécialités -Pharmacie -Service social
INTERMEDIAIRE ou DEPARTEMENTAL	Direction Départementale de la Santé (DDS)	Centre Hospitalier Départemental (CHD)	-Médecine -Pédiatrie -Chirurgie -Gynéco-obstétrique -Radiologie -Laboratoire -O.R.L -Ophtalmologie -Autres spécialités -Pharmacie -Service social
PERIPHERIQUE ou OPERATIONNEL	Zone Sanitaire (Bureau de Zone)	-Hôpital de Zone (HZ) -Centre de Santé de Commune -Formations sanitaires privées -Centres Médico-sociaux de Garnison -Centre de Santé d'Arrondissement -Maternités ou dispensaires isolés -Centre d'Action de la Solidarité et d'Evolution de la Santé (CASES) Unité Villageoise de Santé (U.V.S.)	-Médecine -Chirurgie d'urgence -Gynéco-obstétrique -Dispensaire -Maternité -Radiologie -Laboratoire -Pharmacie -Service social -Dispensaire -Maternité -Pharmacie ou dépôt pharmaceutique -Dispensaire -Maternité -Pharmacie ou dépôt pharmaceutique -Alphabétisation -Loisirs -Soins -Accouchements -Caisse de pharmacie

Source : DPP/SSDRO-SNIGS

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

Le premier cas de SIDA a été découvert au Bénin en 1985. Un système de surveillance épidémiologique du VIH / SIDA a été mis en place en 1990 sur la base de sites sentinelles et ciblant les femmes enceintes et les patients atteints d'infection sexuellement transmissible (IST). Ce système de surveillance a montré une progression rapide de la prévalence de 1992 à 1998 passant de 0,36% à 3,6%. Mais de 1999 à 2010, cette prévalence s'est stabilisée autour de 2%. Malgré cette tendance à la stabilisation, il existe des poches de concentration de forte prévalence au sein de certains groupes à risque comme les travailleuses de sexe (TS) et leurs partenaires, les prisonniers et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HSH) ...

Le VIH/SIDA constitue un sujet de grande préoccupation avec l'implication effective des autorités politico-administratives, des leaders religieux et d'opinion et des partenaires dans la lutte contre ce fléau. Le Bénin est en situation d'épidémie concentrée avec une prévalence estimée à 1,7% en 2010 auprès des femmes enceintes. Dans la population générale, la prévalence de l'infection par le VIH est estimée à 1,2%. Les femmes sont significativement plus infectées que les hommes (1,5% versus 0,8%). Le nombre de personnes qui vivent avec le virus est évalué à 59.355 dont 3960 enfants de moins de 15 ans en 2011. La moitié des PVVIH (25.183) a besoin des ARV, mais seulement 22.522 sont effectivement sous traitement au 31 décembre 2011.

La prise en charge par les ARV des personnes vivant avec le VIH en phase maladie est gratuite dans les limites d'un paquet essentiel de soins et est assurée actuellement dans 79 sites. Notons que, parmi ces sites, 35 prennent en charge aussi bien les adultes que les enfants.

Le nombre annuel de nouveaux cas de sida enregistrés dans les formations sanitaires est en nette progression. Il est passé de 100 en 2003 à 3341 en 2011.

La maladie touche et tue particulièrement les jeunes et les adultes (15 à 49 ans) qui constituent la force productive. L'espérance de vie à la naissance, qui était de 59 ans au recensement de 2002, risque de diminuer si l'épidémie n'est pas maîtrisée. L'estimation du nombre d'orphelins dus au sida reste élevée (288 073 orphelins dont 46 288 par le fait de sida pour l'année 2011).

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

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

3.1 Historique

Le programme national de lutte contre le SIDA (PNLS) dispose dans son organigramme d'un service de prise en charge créé depuis 1997. Ce service s'est occupé jusqu'en 2001 de la prise en charge des IST, des IO et de l'accompagnement psychosocial des PVVIH (soutien psychosocial, mise en associations des PVVIH, visites à domicile et appui aux orphelins et enfants vulnérables).

Les activités de prise en charge médicale se sont intensifiées avec la mise en place en 2001 de l'Initiative Béninoise d'Accès aux Antirétroviraux (IBAARV) avec l'appui de la Coopération Française à travers le Fonds de solidarité thérapeutique internationale (FSTI).

Ainsi, les domaines d'intervention de ce service sont :

- la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH (PVVIH),
- la prévention des accidents d'exposition au sang,
- la prise en charge psychosociale et communautaire des PVVIH,
- la prise en charge nutritionnelle des PVVIH.

Dans le cadre de la prise en charge médicale des PVVIH, l'accès à la trithérapie a démarré au Bénin en Février 2002 au niveau de trois sites, tous localisés à Cotonou (CNHU HKM, HIA et ex CTA sis au centre anti-tuberculeux d'AKPAKPA).

Dans le cadre de passage à l'échelle et conformément à l'initiative de l'OMS (3 by 5), le PNLS a opté pour une stratégie de décentralisation des sites de prise en charge des PVVIH à travers l'accréditation des structures de santé disposant de locaux adéquats, d'un laboratoire et ayant une équipe médicale formée sur la prise en charge globale des PVVIH. Ce centre peut être public, confessionnel ou privé.

L'accréditation d'un centre de Traitement Anti Rétroviral (TAR), est réalisée par le Programme National de Lutte contre le SIDA, sur proposition motivée des responsables de CIPEC, qui est une structure décentralisée du PNLS au niveau intermédiaire. Ainsi, au 31 décembre 2011, 79 sites de prise en charge de PVVIH ont été accrédités par le PNLS.

3.2 Organisation actuelle de la prise en charge

Les activités de prise en charge sont coordonnées :

- Au niveau national par le service de PEC des PVVIH dont la mission est d'amener un grand nombre de PVVIH à avoir facilement accès à la prévention des infections opportunistes (IO), au traitement par les ARV et par les médicaments contre les IO et aux soins de qualité ;
- Au niveau départemental par le personnel des Centres d'Informations, de Prospectives et de Conseils (CIPEC) des directions départementales de la santé ;
- Au niveau opérationnel par l'Equipe d'Encadrement des Zones Sanitaires (EEZS).

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

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

4.1 Les forces

Un cadre institutionnel fonctionnel pour la prise en charge des PV VIH existe. Il se compose de :

- Comité national de lutte contre le SIDA (CNLS) ;
- Programme national de lutte contre le SIDA (PNLS) ;
- CIPEC ;
- Sites de prise en charge (centres de santé).

Les stratégies suivantes ont été mises en œuvre pour renforcer les activités :

-Décentralisation/ intégration progressive de la prise en charge des PVVIH dans le paquet minimum des activités des centres de santé;

- Responsabilisation de la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels (CAME) dans l'approvisionnement, le stockage et la distribution des médicaments et spécifiquement des ARV ;

- Existence d'un partenariat entre les organismes internationaux, les hôpitaux du Nord et certaines structures locales de prise en charge des PVVIH ;

- Existence d'un cadre de formation (cours régional de prise en charge globale des PVVIH à la FSS de Cotonou, cours de Ouagadougou : DIU de prise en charge globale des PVVIH et formations décentralisées par les CIPEC).

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

- l'existence de laboratoires de suivi biologique (hématologie, biochimie, comptage des CD4) des patients sous ARV dans tous les départements ;

- L'existence de laboratoire pour le dosage de la charge virale dans 4 départements.
- l'existence d'un pool de prescripteurs formés ;
- l'existence d'un système de suivi et évaluation ;
- l'harmonisation du schéma thérapeutique pour la prise en charge des PVVIH par les ARV ;
- la collaboration entre les membres des équipes pluridisciplinaires composées de : médecins, infirmiers, biologistes, techniciens de laboratoire, psychologues, assistants sociaux, éducateurs et agents communautaires ;
- la disponibilité des ARV de première et deuxième ligne, des médicaments pour la prévention et le traitement des IO, des réactifs et consommables de laboratoire;
- la disponibilité d'un plan de suivi biologique.

4.2 Les faiblesses

Les faiblesses observées sont :

- Insuffisance de l'intégration de l'accès des PVVIH à la thérapie antirétrovirale dans les services des centres de santé, réduisant l'accessibilité géographique;
- Non disponibilité de toutes les formes pédiatriques d'ARV
- Insuffisance des ressources humaines au niveau des sites de prise en charge des PVVIH ;
- Faible intégration du suivi biologique des PVVIH dans les activités biologiques des laboratoires des centres de santé qui assurent l'accès à la thérapie antirétrovirale ;
- Rupture fréquente en ARV, médicaments pour les IO, consommables et produits de laboratoire,
- Prise en charge financière de certains actes par les patients, notamment ceux relatifs aux affections opportunistes sévères (Kaposi, toxoplasmose

cérébrales par exemple) et à certains effets secondaires tel que le Syndrome de Lyell ;

- Non fonctionnalité permanente des appareils de charge virale,
- Nombre limité de cyflows pour le comptage des CD4 (45 disponibles dont seulement 26 fonctionnels au deuxième trimestre 2012)
- Absence d’institutionnalisation du contrôle de qualité de la prise en charge médicale des PVVIH ;
- Faible documentation de la prise en charge des infections opportunistes ;
- Couverture des besoins des PVVIH en ARV relativement faible (89,4 % chez toutes les PVVIH (adultes et enfants) et 31,3% chez les enfants seulement) ;
- Gestion et exploitation informatique des dossiers médicaux non disponibles dans la plupart des sites ;
- Recherche opérationnelle encore timide
- Très faible implication du secteur sanitaire privé.

4.3 Les opportunités

Des opportunités existent pour que le Bénin poursuive de façon correcte la prise en charge des PVVIH notamment :

- le soutien du gouvernement et des différentes institutions politiques de notre Etat pour l’amélioration des conditions de prise en charge des personnes infectées par le VIH ;
- l’appui technique et financier des partenaires bilatéraux et multilatéraux pour le renforcement de capacité des acteurs intervenant dans la prise en charge des personnes infectées par le VIH ;
- l’implication des organisations de la société civile notamment des associations des PVVIH dans la prise en charge médicale ;
- Le dévouement des acteurs impliqués dans la prise en charge des PVVIH dans les sites de tout le territoire national ;

– l’organisation des ateliers de partage d’expériences entre les acteurs intervenant dans la prise en charge des PVVIH ;

- la participation des acteurs intervenant dans le domaine de la prise en charge des PVVIH aux conférences internationales.

5. POLITIQUE NATIONALE DE PRISE EN CHARGE DES PVVIH

Le plan stratégique national de lutte contre le VIH/Sida 2012-2016 a comme vision, zéro nouvelle infection, zéro décès et zéro discrimination. Les impacts et effets définis orientent la politique nationale de prise en charge.

5.1 Impacts et effets

Impacts

- Le nombre de décès annuel des PVVIH est passé de 1500 à 750 d'ici 2016
- D'ici 2016, les OEV jouissent de leurs droits fondamentaux

Effets

- 90% des PVVIH jouissent d'une prise en charge globale adéquate selon les normes et procédures
- D'ici 2016, 90% des OEV ont accès aux services sociaux de base (santé, éducation, alimentation, protection)

5.2 Les Principes directeurs

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

- L'intégration des interventions de prise en charge des PVVIH dans le paquet minimum des activités des sites de traitement à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- La gratuité de la prise en charge dans les limites d'un paquet minimum défini ;
- La mise en place de structures de coordination de la prise en charge des PVVIH au niveau départemental ;

- Une attention accordée à la prise en charge de certains groupes particuliers (femmes enceintes, tuberculeux, co infectés VIH-VHB, indigents et enfants nés de mères séropositives) ;
- La mise en place de stratégies acceptables au plan socioculturel et économique ;
- Le plaidoyer et la mobilisation des ressources ;
- La mise en œuvre effective de la participation multisectorielle ;
- La prise en charge à base communautaire.

5.3 Les stratégies de mise en œuvre

La mise en œuvre de cette politique utilise plusieurs stratégies :

- L'accréditation des structures de prise en charge en vue d'améliorer l'accessibilité géographique aux soins pour les PVVIH ;
- Le renforcement du plateau technique des centres de santé qui sont impliqués ;
- La mise à disposition des intrants (médicaments, réactifs et consommables) ;
- Le renforcement de capacités des prestataires et des acteurs intervenant dans la prise en charge ;
- Le contrôle de qualité des prestations offertes aux PVVIH.

5.4 Le paquet d'activités d'un site de prise en charge

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

- Le conseil dépistage de l'infection à VIH ;
- Le dépistage précoce de l'infection chez les enfants nés de mères VIH+ ;
- La prévention, le diagnostic et le traitement des IO ;

- Le traitement par les ARV ;
- Le suivi clinique et biologique des patients infectés, traités ou non par les ARV ;
- La prise en charge psychologique, sociale et communautaire ;
- La prise en charge nutritionnelle ;
- La prise en charge des accidents d'exposition au sang.

5.5 La prise en charge financière

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

- les subventions mises à disposition du PNLIS (intrants, équipements et ressources humaines)
- les ressources du patient,
- les ressources des centres de santé impliqués dans la prise en charge (frais de consultation et d'hospitalisation, ressource humaine).

Un paquet minimum de prestations gratuites a été défini et il comprend: la consultation avec les bilans biologiques (initiaux et de suivi), la prophylaxie des infections opportunistes et le traitement par les ARV.

Ainsi :

- Pour les patients non éligibles pour le traitement antirétroviral on a:
 - 2 consultations et 2 comptages des CD4 par an
 - la prophylaxie des infections opportunistes si $CD4 < 500/mm^3$.
- Pour les patients éligibles pour le traitement antirétroviral la gratuité concernera :
 - la consultation de suivi

- Pour les adultes : les 4 consultations dans la première année : J14, M1, M6, et M12 et 2 consultations les années suivantes : à raison d'une consultation tous les 6 mois.
- Pour les enfants : les 6 consultations dans la première année : J14, M1, M3, M6, M9 et M12 et 4 consultations les années suivantes : à raison d'une consultation tous les 3 mois.
- les consultations en cas de survenue d'une infection opportuniste
- le Bilan pré-thérapeutique : NFS + plaquettes, transaminases (ALAT), créatinine plasmatique, radiographie pulmonaire, AgHBs, glycémie ou à défaut glycosurie à la bandelette urinaire.

Les bilans de suivi **des adultes** sont résumés sur le tableau ci-dessous :

Tableau II : Bilans de suivi des adultes en fonction de la périodicité des consultations

	M1	M6	M12	Chaque 6 mois	Chaque 12 mois
NFS	x*	x*	x*	x*	
ALAT	x	x	x	x	
Si 1NNRT					
Glycémie			x		x
Créatinine plasmatique	x**	x**	x**	x**	
CD4		x	X	x	
Charge virale		x	X		X
Sérothèque			X		X

* si AZT ou plaquettes < 100 000 /mm³ au bilan initial

** si créatininémie du bilan initial > 15 mg/l

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

Une situation particulière relative à la gratuité sera admise aux cliniques privées qui accepteront d'être érigées en site de prise en charge. Ainsi, pour les patients qui se réfèrent aux cliniques privées, le paquet minimum gratuit sera: la thérapie antirétrovirale, la prévention des infections opportunistes, les bilans biologiques (initial et de suivi).

Le Programme National de Lutte contre le SIDA et les autorités nationales doivent engager des plaidoyers en direction du Gouvernement et des partenaires au développement afin d'évaluer la gratuité de l'accès à la prise en charge des PVVH avant d'envisager la mise en place d'un processus de pérennisation.

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

II. CONSEIL – DEPISTAGE

1. NORMES

1.1. Définition

Le conseil ou counseling¹ est un dialogue confidentiel entre un client et un conseiller en vue de permettre au client de surmonter le stress et de prendre des décisions personnelles et positives par rapport au VIH/SIDA.

Le conseiller aide le client à :

- acquérir des connaissances,
- évaluer le risque personnel de transmission du VIH,
- adopter des comportements préventifs en matière de VIH/SIDA et à utiliser les services de soins et de prise en charge,
- faire le dépistage.

Le conseil est anonyme lorsque l'identité réelle du client n'est pas révélée (tout au long de la procédure du conseil). Cette identité est remplacée par un mot-clé convenu avec le client.

Le conseil dépistage est à visée diagnostique lorsqu'il est motivé par l'existence de signes d'appel.

Le conseil dépistage à l'initiative du prestataire (CDIP) est une approche de dépistage d'un plus grand nombre de patients. Il consiste à proposer systématiquement, par le prestataire de soins, le test de dépistage à tout patient adulte ou enfant reçu dans un centre de santé.

1.2 Objectifs

Les principaux objectifs visent à :

- sensibiliser le client à connaître son statut sérologique,
- prévenir la transmission primaire du VIH,
- prévenir la transmission secondaire du VIH,

- soutenir le client sur le plan psycho-social en suscitant en lui, un sentiment de confiance afin d'atténuer la répercussion des problèmes liés à l'infection par le VIH (crainte d'avoir propagé l'infection, possibilité de discrimination, difficulté de prise en charge, conscience de la dégradation de son état de santé),
- s'assurer que la PVVIH reste bien intégrée socialement et économiquement.

1.3 Principales interventions

Les principales interventions en matière de conseil VIH/SIDA sont :

- la communication pour inciter au dépistage VIH,
- l'aide à la prise en charge,
- l'appui à l'accompagnement psychosocial.

1.4 Activités

Ces activités concernent le conseil en général, le conseil pré-test et post-test, et le conseil dans les cas particuliers.

1.4.1- Le Conseil en général

▪ Définition

Le(s) client(s) reçoit (vent) des informations sur le VIH/SIDA mais elles ne conduisent pas systématiquement à un dépistage.

▪ Prestataires

Il s'agit des personnes formées dans le domaine du conseil :

- Agents de santé (médecin, infirmier, sage-femme, éducateur thérapeutique, technicien de laboratoire etc...)
- Agents de l'action sociale
- Psychologue ou Sociologue
- PVVIH ou personnes affectées par le VIH

- Notables et leaders d'opinion formés
- Groupes de relais (ONG, Enseignants, animateurs ruraux).

- **Circonstances indiquées**

Le conseil peut se faire :

- à la demande d'un client ou d'un groupe
- dans le cadre d'une sensibilisation (malades qui attendent une consultation ou lors d'une grande manifestation)
- au cours de chaque grossesse
- au cours d'une consultation médicale quelque soit le motif
- à chaque consultation médicale pédiatrique.

- **Lieu**

Le conseil peut se faire dans les structures suivantes :

- Structures socio-sanitaires
- Service de conseil
- Banque de sang
- Service de psychologie ou de sociologie
- Partout (domicile, parcs, place publique...) à condition que la confidentialité soit respectée.

- **Niveaux**

Les activités de conseil peuvent se mener à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

- **Matériels**

L'usage de matériels n'est pas indispensable pour faire du conseil mais il peut en améliorer la qualité. Les matériels recommandés sont :

- Le matériel audiovisuel :
 - Les films sonores

- La télévision
 - Les diapositives sonores, ...etc.
 - Le mégaphone
 - La radio cassette.
- Le matériel visuel et graphique :
 - Les affiches
 - Les panneaux publicitaires
 - Les photos
 - Les boîtes à images et chevalet
 - Les dépliants.
 - Les préservatifs et modèles anatomiques de démonstration (phallus).

- **Groupes cibles**

La population générale et les groupes vulnérables sont concernés par ce type de conseil.

1.4.2- Les conseils pré-test et post-test

- **Définitions**

- **Le conseil pré-test** est un entretien entre le conseiller et son client ou un groupe cible dans le but de le préparer à faire le test de dépistage du VIH et à faire face au résultat. Il est obligatoire avant tout test de dépistage. Ce conseil ne doit en aucun cas retarder la proposition du dépistage.

- **Le conseil post-test** est un entretien confidentiel entre le conseiller et son client au cours duquel se fait l'annonce du résultat du test de dépistage du VIH.

- **Prestataires**

Il s'agit essentiellement des personnes formées dans le domaine de la communication inter personnelle. Ces personnes peuvent être :

- les agents de santé (médecin, infirmier, sage-femme, éducateur thérapeutique, technicien de laboratoire etc...)
- les agents de l'action sociale
- les psychologues ou sociologues.

- **Moments indiqués**

- Le conseil pré-test se fait avant la prescription du test VIH ou à la demande spontanée du test par le client.
- Le conseil post-test est indiqué au moment de l'annonce du résultat.

- **Niveaux d'application**

Le conseil pré-test ou post-test peut être fait à tous les niveaux de la pyramide sanitaire où le dépistage de VIH peut se réaliser.

- **Matériels**

Les matériels utiles pour l'activité des conseils pré et post-test sont :

- les modèles anatomiques pour le port de préservatifs,
- les préservatifs (masculin et féminin),
- les boîtes à image relatives au mode de transmission, au port du préservatif et à la prévention du VIH.

- **Lieu**

Tout lieu calme qui garantit la confidentialité pourvu ou non d'un laboratoire de dépistage est indiqué pour faire les conseils pré et post-test.

- **Groupes cibles**

La population générale et les groupes vulnérables sont concernés par ce type de conseil.

Le conseil post-test concerne tout sujet qui s'est soumis au test de dépistage précédé du pré-test.

1.4.3- Conseil de suivi

▪ Définition

Le conseil de suivi a pour but de :

- aider les PVVIH à réduire leur état de stress émotionnel et à faire face aux problèmes qui se présentent à eux : deuil, dépression, stigmatisation, discrimination,...
- encourager le patient à « vivre positivement » en le stimulant à maintenir une bonne santé (alimentation équilibrée, sommeil suffisant, rapports sexuels protégés, bonne hygiène de vie...).

▪ Prestataires

Il s'agit en particulier du personnel formé en communication interpersonnelle dans le domaine du VIH/SIDA.

A ces derniers peuvent s'ajouter : les personnes infectées ou affectées par le VIH, les notables et leaders d'opinion formés, les groupes de relais (ONG, enseignants, animateurs ruraux).

▪ Moment indiqué

Le moment indiqué varie en fonction des circonstances dans lesquelles le conseiller se retrouve. Ainsi, le conseil de suivi peut se faire à la demande du client, à l'occasion de consultation de suivi médical ou peut être motivé par un problème spécifique.

▪ Niveaux

Le conseil de suivi peut être fait à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

▪ Lieu

Tout endroit calme d'une structure de prise en charge des PVVIH garantissant la confidentialité.

- **Matériels**

Le matériel utilisé lors du conseil de suivi est spécifique au problème posé par le patient.

- **Groupes cibles**

Il s'agit des PVVIH.

1.4.4- Le conseil dans les cas particuliers

- **Co-infection VIH – tuberculose**

Il faut proposer à tout tuberculeux le dépistage du VIH et vice versa.

- **Co-infection VIH-Hépatite B :**

Il faut proposer à tout patient ayant un antigène HBs+ le dépistage du VIH et vice versa

- **Cas des enfants et adolescents et adultes incapables**

- ✓ **Dépistage des enfants**

Quand des enfants sont conduits dans un centre de dépistage (CD) pour y réaliser le test, le conseiller doit rencontrer les parents ou les tuteurs pour chercher à savoir ce qui motive le dépistage. Dans tous les cas le consentement du parent ou du tuteur légal est indispensable pour tout mineur (<18 ans).

- ✓ **Dépistage des adolescents**

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

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

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

✓ Dépistage des adultes incapables (LOI N°2005-31 du 05/05/2006)

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

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

2. PROCEDURE

2.1 Le conseil en général

- Bien accueillir le client (assurer la mise en confiance et garantir la confidentialité)
- Permettre au client de s'ouvrir et de s'exprimer
- Avoir une bonne technique d'écoute
- Informer le client sur le VIH/SIDA (avoir une bonne connaissance sur le VIH/SIDA)
- Avoir une bonne technique d'expression
- Aider à adopter un plan d'actions dans le sens du comportement sans risques.

2.2 Le conseil pré –test

Certaines étapes du conseil pré-test peuvent être réalisées en groupe.

Dans le cadre du conseil pré-test individuel il faut :

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

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

2.3 Le conseil post-test

Il faut :

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

✓ Contenu en cas de résultat négatif

- Expliquer ce que veut dire un résultat négatif, en tenant compte de la date du dernier comportement à risque (notion de fenêtre biologique)
- Ré expliquer la notion de fenêtre biologique
- Rediscuter avec la personne des changements de comportement possibles afin de réduire les risques de contaminations futures

- Proposer un rendez-vous ultérieur pour un nouveau test, si nécessaire.

✓ **Contenu en cas de résultat positif :**

- Notifier le résultat d'une manière claire et compréhensible
- Laisser du temps à la personne pour intégrer l'information et être attentif à ses réactions
- Être empathique avec la personne et l'encourager à dévoiler ses sentiments et émotions liés au résultat
- Apporter un soutien si la personne montre une détresse émotionnelle aiguë
- Réassurer de la confidentialité du résultat
- Discuter du sens et des implications du résultat
- Expliquer la différence entre le VIH (séropositivité) et le SIDA
- Insister sur le fait que la personne infectée par le VIH peut demeurer en bonne santé et être productive pendant longtemps
- Si le client est en bonne santé, expliquer ce qu'il peut faire pour se maintenir le plus longtemps possible en bonne santé
- Si le client présente déjà des symptômes en faveur de l'infection par le VIH ou des infections opportunistes, lui expliquer qu'un grand nombre de maladies associées au VIH peuvent être traitées
- Expliquer les possibilités de suivre un traitement antirétroviral, selon le stade de développement de la maladie. Ce traitement antirétroviral pris de manière régulière et sous supervision médicale permettra de vivre normalement de nombreuses années
- Insister sur la possibilité de vivre une vie normale sans risque d'infecter d'autres personnes si ce n'est au travers de relations sexuelles non protégées
- Discuter du désir d'enfants
- Discuter avec le client de ses préoccupations et peurs immédiates et comment y faire face

- Aborder certains problèmes pratiques comme : à qui en parler, comment en parler à son ou ses partenaires, à sa famille, comment protéger son partenaire de la contamination (montrer l'usage du préservatif), où trouver un soutien émotionnel
- Si la patiente est enceinte, rediscuter du programme PTME et la référer à ce service pour sa prise en charge
- Selon la situation, référer le patient vers un service de prise en charge globale des PVVIH pour évaluer le stade d'avancement de la maladie ou commencer un traitement médical
- Fixer un rendez-vous pour un prochain conseil ou le référer vers d'autres intervenants ou soignants selon sa demande.

Remarque : un client recevant un résultat positif au test de dépistage est habituellement incapable de recevoir beaucoup d'informations étant donné l'état de choc dans lequel il se trouve. Dans ce cas, il vaut mieux se concentrer sur le soutien émotionnel et moral immédiat et laisser les informations générales et pratiques pour une séance ultérieure. Deux ou trois séances de conseil peuvent être nécessaires pour l'aider à s'adapter à cette nouvelle situation.

✓ Contenu en cas de résultat indéterminé

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

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

2.4 Cas particuliers

- **PTME**

Conseiller toute femme enceinte à faire le dépistage du VIH.

- **Couple sérodiscordant ou sérodiffférent**

Le conseil doit veiller à donner une information éclairée au couple afin de préserver le statut séronégatif du partenaire non infecté sans chercher à provoquer la dislocation du couple.

- **Cas des adolescents nés de mères séro+ ignorant leur statut sérologique**

Le conseil doit :

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

- **Cas des adolescents positifs dont les parents sont séro-ignrants**

Proposer systématiquement le dépistage aux parents

III. DIAGNOSTIC ET SUIVI BIOLOGIQUE

1. NORMES

1.1 Définition

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

1.2 Objectifs

Objectif général

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

Objectifs spécifiques

- * S'assurer de l'efficacité du traitement ARV prescrit
- * S'assurer de la tolérance de ce traitement.

1.3 Les bilans biologiques

Il est nécessaire de noter que trois sortes de bilan sont réalisées au niveau des sites de prise en charge des PVVIH : le bilan d'inclusion, le bilan pré thérapeutique (initial) et le bilan de suivi.

Les examens biologiques faisant partie du paquet minimum sont gratuits pour le client lorsqu'ils sont prescrits au niveau d'un site de prise en charge.

Leur réalisation jusqu'à ce jour dépend du plateau technique du laboratoire existant au niveau du site. Aussi, certains prélèvements sont-ils acheminés au niveau supérieur.

A- Bilan d'inclusion

Ce bilan est nécessaire à l'inclusion des patients à la thérapie antirétrovirale. Il comporte :

- La confirmation du diagnostic qui se fait par :
 - la sérologie VIH pour les adultes et les enfants de plus de 18 mois
 - la PCR pour les enfants de moins de 18 mois nés de mère séropositive (cf DPNP pédiatrique et procédure PTME).

Il est à noter que :

- Les prélèvements sont à congeler et à adresser au laboratoire de référence du PNLS ou dans d'autres laboratoires pouvant réaliser cet examen biologique ;
- La PCR peut être prélevée sur papier buvard (DBS) pour être transmise aux laboratoires de référence ;
- La numération des CD4 doit être exprimée en valeur absolue pour les adultes et en pourcentage pour les enfants de moins de cinq ans.

B- Bilan pré thérapeutique

Il s'agit du bilan dont le prescripteur tiendra compte pour le choix des ARV à prescrire.

Les examens biologiques du bilan initial appartenant au paquet minimum gratuit sont :

- NFS + plaquettes
- Transaminases (ALAT)
- Créatinine plasmatique
- Radiographie pulmonaire
- AgHBs

Glycémie ou Glycosurie à la bandelette urinaire Un sérum est prélevé pour constituer une sérothèque en vue de faire ultérieurement, une charge virale plasmatique en sachant que cet examen n'est pas nécessaire à l'inclusion du patient mais qu'il pourra être indispensable pour son suivi ultérieur. Ce prélèvement doit être congelé et adressé au laboratoire de référence du PNLS ou des CIPEC.

C. Bilan de suivi des adultes

- Au contrôle du 1^{ier} mois (M1)
 - NFS + plaquettes si AZT prescrit
 - Transaminase si le malade a été mis sous un inhibiteur non nucléosidique de la reverse transcriptase (INNRT)
 - Créatinine plasmatique uniquement si le taux était >15 mg/l au bilan initial ou si le Ténofovir (TDF) est utilisé.
 - Au contrôle du 6^{ième} mois (M6)
 - Reprendre le bilan de M1 et ajouter les examens suivants :
 - Numération des CD4
 - Charge virale (si cet examen n'est pas réalisable sur le site, faire des prélèvements à congeler et à adresser aux laboratoires de référence de la région)
 - Glycémie ou glycosurie à la bandelette urinaire
 - Radiographie pulmonaire chez les patients co-infectés TB/VIH ou en cas de toux chronique.
 - Au contrôle du 12^{ième} mois (M12)
 - Reprendre le bilan de M1 et ajouter les examens suivants :
 - Numération des CD4
 - Glycémie ou Glycosurie à la bandelette urinaire
 - Amylasémie si le patient utilise un IP
 - Charge virale (faire des prélèvements à congeler et à adresser aux laboratoires pouvant réaliser cet examen)
 - Cholestérol total et HDL-cholestérol.
 - Triglycérides
 - Les contrôles ultérieurs
- Les contrôles ultérieurs comporteront tous les 6 mois le même bilan qu'à M6 sans la charge virale et tous les 12 mois le même bilan qu'à M12.

2. PROCEDURE

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

Le bulletin doit comporter obligatoirement tous les renseignements requis notamment : le nom et le code du malade, l'âge, le type de bilan, le mois de suivi, le résultat antérieur du même examen (pour les demandes de CD4 ou de charge virale) et le traitement ARV en cours.

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

L'inclusion se fait sur la base du stade clinique OMS ou du taux de CD4. Cet examen est gratuit à l'initiation de la thérapie antirétrovirale et au plus deux fois par an chez toute personne infectée par le VIH.

Le comptage de CD4 supplémentaire est à la charge du patient et ce dans les structures privées.

Quant à la charge virale, elle est gratuite et réalisée au 6^{ième} mois et tous les douze mois. Un prélèvement pour la charge virale est réalisé à l'initiation ; il ne sera manipulé qu'en cas de besoin pour mieux expliquer une CV encore élevée à M6. Une charge virale supplémentaire (optionnelle) gratuite est possible et laissée à l'appréciation du médecin prescripteur des ARV ou à la décision du staff thérapeutique (par exemple en cas de suspicion d'échec du traitement).

Pour toute autre disposition de fonctionnement, se référer au document «Normes et Directives nationales de dépistage VIH/SIDA et de la prise en charge biologique des PVVIH».

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

Notons par ailleurs que les résultats des examens doivent être adressés aux médecins demandeurs sous pli fermé. Le laboratoire doit mettre en place une procédure rapide du rendu des résultats de charge virale et des examens PCR pour le diagnostic précoce des enfants (Mail, SMS aux prescripteurs... portant seulement le code patient) afin que le résultat soit exploité rapidement par le prescripteur.

IV. LA PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS OPPORTUNISTES

Les infections opportunistes (IO) sont des infections par des germes habituellement saprophytes qui deviennent pathogènes du fait d'une immunodépression. La recherche et la prise en charge des IO doivent précéder le démarrage du traitement ARV. La prophylaxie des IO est importante et le PNLIS doit en faciliter la gratuité pour le malade.

1. LA PREVENTION DES INFECTIONS OPPORTUNISTES

1.1 Normes

- Définition

C'est l'ensemble des stratégies mises en œuvre pour diminuer de façon sensible l'apparition des infections opportunistes (prévention primaire) et la réapparition d'une IO antérieurement traitée et guérie (prévention secondaire) chez les PVVIH.

- Objectif

L'objectif de la prévention des IO est de réduire la morbidité et la mortalité liées au VIH.

- Affections à prévenir :

- ✓ En prévention primaire

- Toxoplasmose

- Pneumocystose

- ✓ En prévention secondaire

- Pneumocystose

- Toxoplasmose

- Cryptococcose

- Prestataires

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

- Lieu de la prévention

La prévention des infections opportunistes doit se faire dans toutes les formations sanitaires en particulier dans les sites de prise en charge des PV VIH.

- Moyens de prévention

- Conseils pour une bonne hygiène de vie
- Suivi médical régulier
- Chimio prophylaxie primaire et secondaire
- Traitement antirétroviral.

1.2 Procédure

La prévention des infections opportunistes doit débiter dès l'instant où le diagnostic d'infection par le VIH est fait.

Chronologiquement, il faut :

- donner des conseils pour une bonne hygiène de vie,
- donner des rendez-vous pour un suivi médical régulier du patient,
- prescrire au besoin une chimio prophylaxie primaire ou secondaire,
- préparer le patient pour un traitement antirétroviral.

A) Les conseils pour une bonne hygiène de vie

Ces conseils doivent être donnés à la première consultation et renouvelés aux consultations de suivi. Les points à aborder sont :

- le respect d'une bonne hygiène corporelle, vestimentaire et environnementale
- l'éviction de l'épuisement physique et mental, du tabac, de l'alcool
- l'intérêt de l'abstinence sexuelle ou de l'usage systématique de préservatifs lors des rapports sexuels

- l'alimentation saine et équilibrée
- la consommation d'eau en quantité suffisante.

B) Le suivi médical

Il doit être clinique et biologique et permet de prévenir les IO ou de les détecter précocement pour leur traitement.

Le bilan clinique est périodique et fait le point des facteurs de risque, des symptômes évocateurs, des conditions de vie sociale et du respect des prescriptions médicales.

Sa périodicité est de 6 mois pour les malades sous ARV et fonction de l'état clinique et immunologique pour les patients non traités par les ARV (au moins une fois par semestre).

Le bilan biologique est également périodique et se fait tous les 6 mois. Il apprécie l'état immunitaire (CD4 ou lymphocytes totaux), la toxicité des ARV (NFS, Biochimie) et le succès thérapeutique (charge virale). Il peut être élargi en fonction des signes cliniques.

C) La chimio prophylaxie des Infections Opportunistes

Elle peut être primaire ou secondaire.

Cette chimio prophylaxie cible les infections opportunistes parasitaires, bactériennes et mycosiques.

C1) La chimio prophylaxie primaire

Chez les adultes et adolescents (patients âgés de plus de 15 ans)

Elle est recommandée chez :

- les sujets symptomatiques au stade II, III ou IV de l'OMS
- les sujets avec un $CD4 < 500 / mm^3$
- la femme enceinte après le 1^{er} trimestre.

L'arrêt de la chimio prophylaxie primaire est décidé lorsque le taux de CD4 est supérieur à 350/mm³ sur deux prélèvements effectués à 6 mois au moins d'intervalle sous traitement ARV continu.

Chez les nourrissons et les enfants

Elle est recommandée :

- dès l'âge de 6 semaines chez tout nourrisson exposé au VIH (au cours de la grossesse ou pendant l'allaitement). Dans ce cas, elle sera poursuivie jusqu'à la preuve de l'exclusion de l'infection par le VIH par des tests sérologiques (enfants d'âge > 18 mois) ou virologiques (avant l'âge de 18 mois)
- à tous les enfants de moins de cinq ans chez lesquels une infection par le VIH est confirmée indépendamment des symptômes ou du pourcentage de CD4

Chez les enfants âgés de plus de 5 ans les recommandations sont les mêmes que chez l'adulte.

Médicament recommandé

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

Pour la Toxoplasma gondii, il est conseillé d'adjoindre au CTM le malocide et l'acide folique.

Les posologies de CTM recommandées sont :

Chez l'adulte :

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

Chez l'enfant :

- La dose est de 4 mg/kg de TMP et de 20 mg/kg de SMX par jour en 1 prise.
Soit pour ≤5 kg de poids : ½ mesure de sirop à TMP 40 mg / SMX 200 mg

par cuillère mesure ou 1 cp enfant de TMP20mg/SMX 100mg ou ¼ de comprimé standard à TMP 80 mg/SMX 400 mg.

- Entre 5 et 15 kg : ½ comprimé forme simple (TMP 80 mg / SMX 400mg) en 1 prise journalière
- Entre 15 et 30 Kg : 1 comprimé forme simple en 1 prise journalière
- < 30kg : 2 comprimé forme simple (TMP 80 mg / SMX 400mg) en 1 prise journalière.

Poids en kg	Cp 20mg TPM/100mg SMX pédiatrique(120mg)	Cp 40mgTPM/200mg SMX pédiatrique/ml (240mg)	TPM tablet 80mg/400mgSMX (480mg)
1-4	1	2,5ml/J	1/4cp/J
5-8	2	5ml/J	1/2cp/J
10-25		10ml/J	1cp/J
>25			2cp

Contre-indications du cotrimoxazole

Ce médicament est contre indiqué en cas de :

- antécédent d'allergie aux sulfamides
- anémie sévère (<7g/100ml)
- neutropénie sévère (<750 PNN/mm³)
- déficit en G6PD.

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

Effets indésirables du cotrimoxazole

Il s'agit de :

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

Suivi de la prophylaxie primaire

Il se réalise lors des consultations médicales de suivi et permet d'évaluer l'observance au CTM, de rechercher la toxicité du CTM et ses effets indésirables.

Interactions médicamenteuses

- Potentialisation de la neutropénie en cas d'association avec la zidovudine
- Risque potentiel en association avec des ARV dont la toxicité cutanée est avérée (névirapine, abacavir)
- Hémo toxicité aggravée en cas de traitement concomitant par l'amodiaquine.

C2) La chimio prophylaxie secondaire

Cette chimio prophylaxie est instituée après le traitement et la guérison des IO.

Elle peut être arrêtée lorsqu'on note une augmentation des CD4 \geq 350/mm³ sous ARV et ceci de façon stable sur une période de six mois. Les affections concernées par la chimio prophylaxie secondaire et les médicaments recommandés figurent dans le tableau IV.

TABLEAU IV : La chimio prophylaxie secondaire

Indications	Médicaments recommandés
Pneumocystose	CTM 800/160 mg chez l'adulte et 100/20 mg/5kg chez l'enfant per os Alternative : Dapsone per os à raison de 100 mg chez l'adulte et 2mg/kg chez l'enfant.
Toxoplasmose	CTM à la même posologie que supra, auquel il faut adjoindre la malocie et l'acide folique
Cryptococcose	Fluconazole à raison de 400 mg chez l'adulte si CD4 \leq 200 et 4 mg/kg chez l'enfant

D) Préparation du patient au traitement antirétroviral

Le traitement par les ARV a pour but de rendre indétectable pendant une longue durée la charge virale et de restaurer le fonctionnement du système immunitaire.

Il entraîne une diminution de la fréquence et de la gravité des IO induisant ainsi l'amélioration de la qualité de vie du séropositif, la diminution de la morbidité et de la mortalité liées au VIH.

E) Autre mesure préventive

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

Le tableau ci-dessous représente le calendrier vaccinal actuellement recommandé chez l'enfant infecté par le VIH.

Tableau V-Calendarier Vaccinal

CALENDRIER	ASYMPTOMATIQUES	SYMPTOMATIQUES
Naissance	BCG Polio oral	Polio oral*
6, 10, 14 semaines	DTCoq+Polio Oral Hépatite B Haemophilus B*** Pneumocoque***	HépatiteB DTCoq+Polio oral Haemophilus B*** Pneumocoque***
6 mois	Rougeole + Vit A	Rougeole**+ Vit A
9 mois	Antiamarile Rougeole HépatiteB	Hépatite B Rougeole**+

* remplacer par polio injectable si disponible

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

***Vaccins conseillés

2. TRAITEMENT CURATIF DES INFECTIONS OPPORTUNISTES

2.1 Normes

- Définition

C'est l'ensemble des mesures, spécifiques ou non, utilisées dans le but de supprimer les manifestations cliniques et/ou biologiques de l'IO.

- Objectif

L'objectif est de réduire la mortalité et la morbidité liées au VIH.

- Les moyens de prise en charge

Les moyens diagnostiques sont utiles mais ils ne font pas partie du paquet minimum gratuit.

Dans le domaine de la biologie il s'agit de :

- l'examen du LCR avec coloration à l'encre de chine,
- Test sanguin rapide de recherche d'antigène du cryptocoque
- l'examen des selles : recherche parasitaire standard et spécifique et coproculture
- l'examen des crachats à la recherche de bacilles de Koch (BK)
- l'hémoculture.

Dans le domaine de l'imagerie et autres il s'agit de :

- la radiographie
- l'échographie abdominale
- scanner
- la fibroscopie digestive (haute et basse) et respiratoire

- Les moyens thérapeutiques

- Moyens spécifiques : agents anti-infectieux (antibactériens, antiparasitaires, antimycosiques, antiviraux, antirétroviraux)
- Moyens non spécifiques (conseils et traitements symptomatiques)

- Les prestataires

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

- Lieu du traitement curatif des IO

Le traitement curatif des infections opportunistes doit se faire dans toutes les formations sanitaires en particulier dans les sites de prise en charge des PV VIH.

2.2 Procédure

Les infections opportunistes doivent être recherchées systématiquement au cours des consultations de suivi. Elles seront traitées en priorité avant la mise en route du traitement ARV.

A défaut d'un guide national de prise en charge des infections opportunistes qui sera prochainement rédigé, le traitement de ces infections au Bénin se fera selon les recommandations internationales.

Ainsi, sont uniquement indiqués ci-après les principaux médicaments devant être disponibles dans les structures de santé abritant les sites pour le traitement curatif des infections opportunistes.

A) Candidoses oro-pharyngées

Fluconazole per os ou injectable

B) Candidose œsophagienne

Fluconazole per os (cp et sirop pour les enfants) ou injectable

C) Œsophagite herpétique

Acyclovir injectable

D) Diarrhées

-Diarrhées bactériennes

CTM : Salmonella sp, Yersinia sp, Escherichia coli ,

Fluoro quinolone : Salmonella sp, Yersinia sp, Escherichia coli

Erythromycine : campylobacter sp

-Diarrhées virales :

Pas de traitement spécifique

-Diarrhée Parasitaires :

CTM : *Isospora belli*

Métronidazole per os ou injectable : *Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia*,

Mébéndazole per os : *Strongyloides stercoralis*, (anguillulose)

Albendazole per os : *Strongyloides stercoralis*, *Microsporidium sp* (*E.intestinalis*)

E) Tuberculose

Se référer au document normatif du Programme National de lutte contre la Tuberculose (PNT)

F) Infection herpétique récurrente ou zona multi métamérique

Acyclovir et valacyclovir per os

G) Cryptococcose neuro méningée

Fluconazole injectable ou per os

Amphotéricine B injectable

H) Toxoplasmose cérébrale

CTM injectable ou per os

Clindamycine + pyriméthamine + acide folinique per os

I) Pneumocystose

CTM injectable et per os.

V. LA PRISE EN CHARGE DES PVVIH PAR LES ARV

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

Elle consiste à donner accès au traitement antirétroviral à l'ensemble des patients adultes et enfants infectés par le VIH1, VIH2 ou VIH 1+2 qui répondent aux critères nationaux d'éligibilité de mise sous traitement.

Cette mise sous traitement ne peut s'appliquer qu'aux patients chez qui le diagnostic d'infection par le VIH a été posé avec certitude (cf diagnostic et suivi biologique)

1. LES NORMES DE PRISE EN CHARGE PAR LES ARV

1.1. Définition

La prise en charge des PVVIH par les ARV consiste à appliquer le schéma thérapeutique adapté à chaque patient éligible.

1.2. Objectifs spécifiques

- Etendre l'accès aux ARV à toutes les PVVIH qui en ont besoin
- Rendre les services disponibles et accessibles aux patients
- Améliorer la qualité de vie des patients.

1.3. Les critères d'éligibilité

Critères d'éligibilité pour les adultes :

Ces critères sont basés sur la numération des lymphocytes CD4 et/ou les stades cliniques de l'OMS.

Les adultes sont éligibles s'ils remplissent au moins une des conditions suivantes :

- Nombre de CD4 ≤ 350 /mm³

- Stade clinique 3 ou 4 OMS quel que soit le nombre de lymphocytes CD4
- Toute femme enceinte (selon les recommandations de l'OMS d'avril 2012, la grossesse est une indication de mise sous traitement ARV).
- Tout sujet infecté par le VIH membre d'un couple stable sérodifférent.

Critères d'éligibilité pour les enfants

- Enfants \leq 24 mois : tous les enfants chez qui l'infection est prouvée (preuve virologique ou sérologique selon l'âge) ou forte présomption clinique selon les critères définis par l'OMS (cf tableau sur le diagnostic présomptif clinique en annexe) quel que soit le pourcentage de CD4 ou le stade clinique
- Enfants 24 -59 mois : CD4 $<25\%$ ou $750 \text{ cellules/mm}^3$ quel que soit le stade clinique ou stade 3 ou 4 de l'OMS quel que soit le CD4
- Enfants de plus de 5 ans : CD4 $<350 \text{ cellules/mm}^3$ quel que soit le stade clinique ou stade 3 ou 4 de l'OMS quel que soit le pourcentage de CD4

Quelques recommandations

. Adultes

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

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

. Enfants

- Faire la PCR à tout enfant né de mère séropositive à 6 semaines ou à la date la plus proche
- La sérologie VIH a une valeur diagnostique qu'à partir de 18 mois.
- Proposer la sérologie VIH aux enfants malades vus en consultation

1.4. Les schémas thérapeutiques

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

1.4.1 Schémas thérapeutiques de l'adulte

▪ Première ligne

2INTI + 1INNTI

L'une des combinaisons suivantes peut être choisie :

(3TC ou FTC) +TDF+EFV ou (3TC ou FTC)+AZT+EFV

(3TC ou FTC) +AZT+NVP ou (3TC ou FTC) +TDF+NVP

NB : Le régime thérapeutique préférentiellement recommandé en première ligne chez l'adulte est : (3TC ou FTC) + TDF + EFV.

Cas particuliers

- VIH2 ou VIH1+2 : se référer au comité d'experts nationaux
- Co-infection VIH/TB : co prescription d'un traitement ARV avec IP/r et d'un traitement antituberculeux avec Rifampicine. Il convient de recourir au schéma dans lequel il aura : LPV/r 800 mg/200 mg 2 fois par jour ou LPV/r à 400/400.
- Co-infection VIH/Hépatite B :
 - TDF + (3TC ou FTC) + EFV (si transaminase < 3 fois la normale)
 - TDF + (3TC ou FTC) + LPV/r (si transaminase \geq à 3 fois la normale)
- Femme avec antécédent de PTME à la névirapine.

Si la femme a été préalablement exposée à la névirapine, à l'occasion d'une PTME, choisir directement un régime à base d'un IP boostée (LPV/r).

Modification du traitement ARV en cas d'intolérance ou d'échec au traitement en cours

En cas d'intolérance ou de contre-indication à une molécule d'ARV, différentes alternatives thérapeutiques peuvent être proposées ; il convient, avant tout, de distinguer avec précision ce qui est intolérance de ce qui est échec thérapeutique.

Intolérance ou Toxicité

Les effets secondaires dus aux ARV peuvent être détectés par des symptômes ou par des examens biologiques. Certains symptômes sont légers ou passagers, tandis que d'autres exigent un traitement symptomatique ou un suivi clinique plus rapproché (voir tableau des intolérances et toxicités en annexes). Lorsqu'apparaît une toxicité sérieuse due à un ARV spécifique, il est possible de lui substituer une seule molécule. Toutefois, dans certains cas, toute la thérapie doit être changée. Des effets secondaires graves peuvent exiger l'interruption temporaire du traitement.

Echec thérapeutique

Les thérapies ARV réussies apportent des améliorations cliniques et immunologiques grâce à l'interruption durable de la réplication du VIH. On peut raisonnablement s'attendre à ce qu'un patient symptomatique montre des améliorations cliniques dans les trois mois qui suivent le début du traitement ARV. Dans les six mois, le nombre de lymphocytes CD4 augmente généralement d'au moins 50 cellules/ mm³, bien que l'importance de l'augmentation dans le comptage des cellules CD4 dépende de la valeur de base. L'échec thérapeutique est le plus couramment associé à la non-observance

(voir les chapitres sur l'observance et la gestion des malades). Ainsi, il est impératif d'évaluer l'observance aux ARV avant de changer les médicaments.

Procédure de passage en deuxième ligne de traitement ARV

Les traitements ARV de deuxième intention doivent être utilisés dans les cas d'échec thérapeutique.

L'échec thérapeutique doit être identifié le plus précocement possible. Il doit donc être défini par l'échec virologique, c'est-à-dire par une CV >1000 c/ml sous traitement ARV. Pour cela, il convient de réaliser une CV chez tout patient sous ARV :

- selon le schéma recommandé au Bénin pour les adultes et les enfants (M6, M12 puis une fois par an) ,
- en "rattrapage", chez tout patient actuellement sous ARV, même ou a fortiori lorsque la CV n'a jamais été réalisée et si le traitement ARV est en cours (dispensé et pris par le patient) depuis longtemps.

Une mesure de CV ne doit être prescrite et ne peut être interprétée que si le patient reçoit bien un traitement ARV, ce dont il faut s'assurer avant d'en demander la mesure.

Si un échec thérapeutique est suspecté devant un échec immunologique ou clinique, le passage à la 2ème ligne peut être décidé en l'absence de résultat de charge virale, à condition que les traitements ARV aient été effectivement dispensés dans les 3 mois précédents. Si la dispensation ne peut pas être documentée et a fortiori si elle n'a pas été effectuée, il convient de s'assurer de la dispensation, d'optimiser l'observance et de programmer au bout de 3 mois soit une mesure de la CV soit directement une prescription de traitement de 2ème ligne, notamment si la situation du patient est inquiétante ou si l'accès à la mesure de la CV est difficile

Lorsque la CV est détectable, le clinicien en charge du patient doit prendre en compte ce résultat sans délai, en particulier sans attendre la consultation programmée suivante.

Tout résultat de CV > 1000 c/ml doit conduire rapidement (sous 15 jours) à discuter le dossier du patient au cours d'une réunion multidisciplinaire de site. La discussion du dossier doit aborder les points suivants avec les différents professionnels de santé concernés (médecin, éducateur thérapeutique, médiateur, biologiste, ...) :

- analyse des causes d'échec : observance, tolérance,
- évaluation de l'ancienneté de l'échec,
- reconstitution des séquences thérapeutiques administrées au patient (en prenant notamment en compte les intolérances médicamenteuses identifiées).

A l'issue de cette discussion :

- un "pré-choix" du traitement de 2ème ligne est effectué et consigné dans le dossier du patient,
- le patient est contacté pour être revu par son clinicien en vue d'actions de renforcement de l'observance/éducation thérapeutique à mettre en œuvre sans délai,
- un contrôle de la CV est programmé 3 mois après la consultation d'éducation thérapeutique et d'amélioration de l'observance.

En fonction du résultat de la CV de contrôle, 2 options :

- CV redevenue < 1000 c/ml : maintien du traitement en cours,
- CV toujours > 1000 c/ml : passage à la 2ème ligne, à mettre en œuvre sans délai, en recourant au schéma choisi identifié à l'étape précédente.

Dans les 2 cas, un accompagnement renforcé du patient doit être mis en place pour maintenir l'observance thérapeutique à un niveau maximal (objectif > 95%) (cf. paragraphe 7).

Il est important de retenir que : la mesure de la charge virale est inutile si le traitement ARV n'est pas prescrit, n'a pas été dispensé ou n'a pas été pris par la PVVIH.

Il n'y a pas d'indication à réaliser un test génotypique de résistance pour le choix du traitement de 2^{ème} ligne. Ce choix doit se baser exclusivement sur l'histoire thérapeutique du patient.

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

Tableau VI : 2^{ème} ligne thérapeutique chez l'adulte

Schéma de 1 ^{ère} ligne	Recommandation pour la 2 ^{ème} ligne
AZT + 3TC + 1 INNTI - Absence d'hépatite B chronique - AgHBs+ et ALAT > 3N	TDF + ABC + IP/r* TDF + 3TC** + ABC + IP/r*
TDF + 3TC + 1 INNTI - Absence d'hépatite B chronique - AgHBs+ et ALAT > 3N	AZT + (3TC** ou ABC) + IP/r* TDF + 3TC ** + (AZT ou ABC) + IP/r*

* : IP/r = ATV/r ou LPV/r ; le choix d'ATV a l'avantage de préserver plus d'options ultérieures dans la classe des IP

** : FTC constitue une bonne alternative à 3TC

Le passage en troisième ligne thérapeutique L'indication de passage en troisième ligne de traitement ARV est l'échec de la deuxième ligne documenté par la virologie. Le nombre de patients en échec de la 2^{ème} ligne est en augmentation au Bénin mais n'est pas évalué.

- **Procédure :**

Les principes généraux pour la gestion des échecs sous traitement de 2^{ème} ligne sont :

- L'échec virologique doit obligatoirement être documenté (CV > 1000 c/ml),

- Le dossier du patient doit être discuté en réunion multidisciplinaire sur le site de prise en charge,
- L'amélioration de l'observance est un préalable à tout changement de traitement,
- Le type d'ARV à intégrer dans la combinaison thérapeutique pour la troisième ligne sera : Darunavir/r et Raltégravir. Il convient donc d'anticiper un approvisionnement de chacun de ces 2 ARV,
- Dans un premier temps, la décision de passage à la 3^{ème} ligne devra être validée par un comité d'experts national
- Les premiers patients qui recevront un traitement de 3^{ème} ligne devaient être inclus dans une cohorte nationale destinée à évaluer l'efficacité de cette stratégie.

Tout résultat de CV > 1000 c/ml doit conduire rapidement (sous 15 jours) à discuter le dossier du patient au cours d'une réunion multidisciplinaire de site. La discussion du dossier doit aborder les points suivants avec les différents professionnels de santé concernés (médecin, éducateur thérapeutique, médiateur, biologiste, ...):

- analyse des causes d'échec : observance, tolérance,
- évaluation de l'ancienneté de l'échec,
- reconstitution des séquences thérapeutiques administrées au patient (en prenant notamment en compte les intolérances médicamenteuses identifiées).

A l'issue de cette discussion :

- le patient est contacté pour être revu par son clinicien en vue d'actions de renforcement de l'observance/éducation thérapeutique à mettre en œuvre sans délai,
- un contrôle de la CV est programmé 3 mois après la consultation d'éducation thérapeutique et d'amélioration de l'observance.

En fonction du résultat de la CV de contrôle, 2 options sont possibles :

- CV redevenue < 1000 c/ml : maintien du traitement en cours,
- CV toujours > 1000 c/ml : procédure de passage à la 3^{ème} ligne, à travers la rédaction du rapport + une demande adressés au comité national

Dans les 2 cas, un accompagnement renforcé du patient doit être mis en place pour maintenir l'observance thérapeutique à un niveau maximal (objectif > 95%) (cf. paragraphe 7).

Il est important de retenir que : la mesure de la charge virale est inutile si le traitement ARV n'est pas prescrit à une PVVIH.

Il y a indication à réaliser un test génotypique de résistance pour les 50 premiers patients dans le cadre du suivi de cohorte.

Ce n'est pas pour la PEC mais pour avoir un outil de surveillance de résistance chez les patients en échec de la 2^{ème} ligne au Bénin et valider à posteriori l'algorithme de PEC des 2^{ème} Ligne

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

Les options thérapeutiques pour la troisième ligne chez les adultes sont :
Raltégravir + Darunavir/r + truvada (TDF+FTC)

1.4.2 Schémas thérapeutiques de l'enfant

▪ Première ligne :

Avant 3 ans

AZT + 3TC + (LPV/r ou fAPV/r)

(En cas d'anémie on peut substituer à l'AZT, la d4T à titre transitoire)

Après 3 ans ou > 10 kg

AZT + 3TC + EFV

(En cas d'anémie on peut substituer à l'AZT, le TDF)

▪ **Deuxième ligne :**

· Avant 3 ans :

ABC + ddI + NVP ou EFV (si AZT ou D4T + 3TC + IP/r utilisés en première ligne)

Après 3 ans :

ABC + ddI + (LPV/r ou fAPV/r) (si AZT+3TC+EFV utilisés en première ligne)

AZT + ddI + (LPV/r ou fAPV/r) (si TDF + 3TC + IP/r utilisés en première ligne)

Pour les rares cas où la NVP ou l'EFV seraient prescrits en première ligne la seconde ligne devra comporter une IP/r (LPV/r ou fAPV/r)

Tableau VII : 2^{ème} ligne thérapeutique chez l'enfant

Schéma de 1 ^{ère} ligne	Recommandation pour la 2 ^{ème} ligne
<p>2 INTI + 1 INNTI si enfant > 3 ans (AZT ou TDF) + 3TC + (NVP ou EFV)</p> <p>ABC + 3TC + (NVP ou EFV)</p>	<p>ABC + ddI + (LPV/r ou fAPV/r)</p> <p>AZT + ddI + (LPV/r ou fAPV/r)</p>
<p>2 INTI + LPV/r si enfant < 3 ans (AZT ou d4T) + 3TC + LPV/r</p> <p>ABC + 3TC + LPV/r</p>	<p>ABC + ddI + (NVP ou EFV)</p> <p>AZT + ddI + (NVP ou EFV)</p>

• **Les options de traitement de 3^{ème} ligne**

A partir de 6 ans : Raltégravir + Darunavir/r

A partir de la puberté : Raltégravir + Darunavir/r + truvada (TDF+FTC)

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

1.4.3 Schémas thérapeutiques des co-infections

▪ VIH-Tuberculose

Le traitement antituberculeux est privilégié. Les patients co-infectés VIH-TB devraient être mis sous TAR dès que possible sans dépasser 8 semaines après le début du traitement anti TB. Les patients les plus immunodéprimés (< 50 CD4) devront être mis sous TAR dans les 2 semaines.

▪ VIH-Hépatites B

Le risque de toxicité hépatique des antirétroviraux, notamment des INNRT (et en particulier de la Névirapine), est augmenté chez les patients atteints d'hépatopathie chronique. Une vigilance particulière est souhaitable. Des adaptations posologiques (mal codifiées) peuvent être nécessaires en cas d'insuffisance hépatocellulaire.

En cas d'hépatite B chronique, l'utilisation de 3TC ou FTC associé au TDF est bénéfique sur la réplication du virus de l'hépatite B (VHB).

Le schéma utilisé en première ou deuxième ligne doit contenir : **TDF + (3TC ou FTC)**.

▪ VIH 2 ou VIH 1+2

Les INNRT n'étant pas efficaces sur le VIH2, ils sont remplacés ici par un IP dans le schéma de première ligne.

3TC + TDF + IP/r ou 3TC + AZT + IP/r

Tableau VIII: Schéma de traitement par les ARV en cas de co infection VIH/TB

Type de VIH	Anémie	Pas d'anémie
VIH 1	TDF+3TC + EFV	AZT+3TC + EFV
VIH 2 ou VIH 1+2	TDF+3TC + LPV/r*	AZT+3TC + LPV/r*

*** : doubler la dose du LPV/r ou ramener les doses de ritonavir à 400 mg par prise**

• Cas particuliers chez l'enfant

<p>1 - Co-infection TB VIH ou intolérance aux INNRT</p>	<p>LPV/r + 3TC + AZT</p> <p>Chez l'enfant de moins de 3 ans doubler la dose de la lopinavir/r ou établir un rapport LPV/r = 1</p> <p>3TC + AZT + EFV (si enfant a plus de 3 ans)</p> <p>A démarrer entre 15 j et 8 semaines après le démarrage des anti BK</p>
<p>2- En cas d'anémie ; jusqu'à correction de l'anémie avec une stabilisation de 3 mois</p>	<p>Utiliser D4T en cas d'anémie D4T+3TC+ LPV/r</p> <p>Le traitement de D4T ne devra jamais être utilisé au-delà de 9 mois</p>
<p>3- Co infection VIH/VHB</p>	<p>Eviter les INNTI et privilégier le 3TC ou le FTC</p> <p>Enfant < 3 ans :</p> <p>AZT + 3TC + LPV/r</p> <p>Enfant ≥ 3 ans</p> <p>3TC + TDF + LPV/r ou fAPV (3TC+TDF devant être appliqué)</p>

1.5 Etapes de la prise en charge

Les principales étapes sont :

- L'accueil
- La constitution du dossier
- La consultation

- Le diagnostic biologique
- L'enquête sociale
- La consultation d'observance et éducation thérapeutique
- La prescription des ARV et les conseils
- La dispensation des ARV et les conseils
- Le suivi clinique
- Le suivi biologique.

1.5.1 Accueil des patients

- Prestataires
 - Médecin,
 - Infirmiers ou sages-femmes
 - Educateur thérapeutique
 - Psychologue
 - Aide soignant,
 - Médiateur
 - Assistant social.

- **Lieu**

L'accueil doit se faire dans toutes les structures.

- **Groupes cibles**

Il s'agit des PVVIH.

1.5.2 Constitution du dossier initial

- Prestataires
 - Médecins généralistes ou spécialistes formés
 - Techniciens sociaux
 - Infirmiers et Sages-femmes formés.

- Niveaux

- Périphérique
- Intermédiaire
- Central.
 - Locaux et équipements
- Salle de consultation
- Supports de données.
 - Groupes cibles

Toutes PVVIH.

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

1.5.3 La Consultation médicale

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

Il s'agit des PVVIH.

1.5.4 Le Diagnostic biologique

- Prestataires
- Médecins biologistes

- Pharmaciens biologistes
- Bio technologistes
- Agents de santé formés.
 - Niveaux
- Périphérique
- Intermédiaire
- Central.
 - Locaux et équipements (Cf. document de Normes et Directives du dépistage du VIH et de la prise en charge biologique de la PVVIH)
- Local adapté
- Equipements appropriés.
 - Groupes cibles : Toutes les PVVIH.

1.5.5 Enquête sociale

- Prestataires :
 - Techniciens sociaux
 - Infirmiers/Sages femmes
 - Médiateurs/médiatrices formés.
 - Niveau
 - Périphérique
 - Locaux et équipements
 - Local adapté
 - Matériel roulant.
 - Groupes cibles
- Toutes PVVIH.

1.5.6 Consultation d'observance et éducation thérapeutique

- Prestataires
- Médecins généralistes et spécialistes

- Psychologues
- Pharmaciens
- Infirmiers et Sages-femmes formés
- Aides soignants et assistants sociaux formés
- Médiateurs formés.
 - Niveaux
- Intermédiaire
- Central
- Périphérique.
 - Locaux et équipements
- Local adapté
- Matériel d'aide à l'observance.
 - Groupes cibles
- PVVIH éligibles pour les ARV
- PVVIH sous ARV
- Parents ou tuteur des enfants infectés
- Victimes d'AES.

1.5.7 Délivrance de l'ordonnance des ARV et Conseils

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

- Ordonnanciers à double ou trois feuillets.

- Groupes cibles

PVVIH éligibles aux ARV.

1.5.8 Dispensation des ARV et Conseils

- Prestataires

- Pharmaciens

- Infirmiers ou sages-femmes formés

- Toute autre personne formée.

- Niveaux

- Périphérique

- Intermédiaire

- Central.

- Locaux et outils de gestion

- Pharmacie ou local adapté

- Etagères de rangement

- Outils de gestion : fiches de stocks, cahier journal, logiciel de gestion de stock en ARV- Disponibilité des médicaments et autres intrants.

- Groupes cibles

- PVVIH mises sous ARV

- Victimes d'AES

- Nouveau-nés nés de mères infectés.

1.5.9 Suivi clinique

- Prestataires

- Médecins généralistes ou spécialistes formés

- Infirmiers ou sages-femmes formés et expérimentés.

- Niveaux

- Périphérique

- Intermédiaire
- Central.
 - Locaux et équipements
- Local de consultation
- Matériel adéquat.
 - Groupes cibles
- Toutes PVVIH
- Victimes d'AES
- Nouveau-nés nés de mères infectés.

1.5.10 Suivi biologique

- Prestataires
- Médecins biologistes
- Bio technologistes
- Autres prestataires du suivi clinique.
 - Niveaux
- Périphérique
- Intermédiaire
- Central.
 - Locaux et équipements
- Laboratoire ;
- matériel adéquat.
 - Groupes cibles

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

1.5.11 Délégation de tâches

Le nombre de plus en plus croissant des PVVIH et le nombre insuffisant de médecins prescripteurs ont comme corollaire une surcharge de travail de ces

derniers, qui par ailleurs sont sollicités pour diverses activités. Ceci occasionne souvent d'importantes situations « d'occasions manquées de soins » qui conduisent fréquemment à une perte de vue des patients, une aggravation de leur état clinique et même au décès. Ainsi, un recrutement de personnel médical doit être envisagé ; à défaut, la délégation de certaines tâches de routine au personnel paramédical en matière de prise en charge des PVVIH s'impose.

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

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

Par ailleurs, il est recommandé d'éviter de déléguer aux collaborateurs paramédicaux la consultation d'initiation de traitement qui doit rester purement médicale. Dans le cadre de la PTME chez les femmes dépistées positives en salle de travail, la sage femme ou l'infirmière accoucheuse formée doivent initier le traitement ARV de la mère et de l'enfant.

Dans ce contexte de délégation de tâche, il s'impose de contrôler régulièrement la qualité des tâches déléguées.

Il revient alors aux responsables de sites d'organiser des rencontres ou staffs avec tout le personnel impliqué dans la prise en charge en vue de relever les insuffisances et problèmes rencontrés et d'y pallier.

2. PROCEDURE DE PRISE EN CHARGE PAR LES ARV

2.1 Consultation médicale

- Préparation de la consultation

Elle est assurée par le personnel paramédical (infirmiers, sages-femmes ou aides-soignants) aidés par les médiateurs. Elle consiste à :

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

- L'accueil

L'accueil est une circonstance déterminante pour le développement d'une relation soignant – patient de qualité. Pour faire un bon accueil, le prestataire doit :

- Saluer et souhaiter la bienvenue au client ;
- L'inviter à s'asseoir ;
- Rassurer le client ;
- Etre courtois ;
- Etablir un climat de confiance et de confidentialité.

- L'examen clinique

- ✓ L'interrogatoire

L'interrogatoire doit porter sur :

- Les questions générales ;
- Le(s) motif(s) de consultation ;
- Les antécédents et le mode de vie ;
- Les évènements cliniques permettant de préciser le stade OMS du patient
- L'évaluation du risque en cas de dépistage ;

- Le statut économique et nutritionnel ;
- Les médicaments en cours d'utilisation ;
- L'habitude sexuelle (utilisation du préservatif).

Pour l'enfant :

- Le déroulement de la grossesse et de l'accouchement
- Le statut VIH de la mère
- Les étapes du développement psychomoteur
- Le statut vaccinal
- Le mode alimentation (régime alimentaire)
- Le mode de garde et environnement de l'enfant
- L'utilisation de moustiquaire MIILD et déparasitage

✓ L'examen physique

- Se laver les mains au savon avant et après l'examen ;
- Préparer le client pour l'examen (expliquer la procédure de l'examen);
- Prendre le poids, la taille, le pouls, la tension artérielle et la température ;
- Calculer l'Indice de Masse Corporelle (IMC) ;
- Evaluer l'état nutritionnel ;
- Evaluer l'indice de Karnofsky ;
- Examiner la tête et la bouche ;
- Examiner les aires ganglionnaires ;
- Examiner la peau y compris les paumes et la plante ;
- Palper l'abdomen à la recherche de douleur et de tuméfaction ;
- Faire l'examen neurologique ;
- Examiner les poumons ;
- Examiner les organes génitaux ;
- Examiner les autres appareils.

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

- Après l'examen, il faut :
 - Evoquer les hypothèses diagnostiques d'infections opportunistes éventuelles ou d'autres affections ;
 - Rendre compte au patient du résultat de l'examen clinique et du diagnostic
 - Adresser le patient au laboratoire (ou en salle de prélèvement) et aux services spécialisés pour les examens complémentaires appropriés ;
 - Fixer un nouveau rendez-vous.

2.2 Examen biologique

L'interprétation des résultats des examens complémentaires conduit à :

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

2.3 Enquête sociale

Elle est réalisée par les techniciens sociaux et doit insister sur le revenu du patient, la taille de sa famille, ses charges sociales, l'appui éventuel des membres de sa famille.

Il convient de souligner que l'enquête sociale cherche seulement à déterminer les besoins du patient en termes de soutien socio-économique.

2.4 Consultation d'observance et éducation thérapeutique

Le Prestataire doit veiller à une bonne observance en insistant sur les points suivants :

- Avant la mise en route du traitement

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

Par ailleurs :

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

Ces informations nécessitent deux à trois consultations de suite avant la mise en route du traitement.

- La mise en route du traitement

Il s'agit d'adapter le traitement au mode de vie du client pour faciliter l'observance. Il est aussi important de l'aider à trouver des repères et astuces pour ne pas oublier les horaires de prise des médicaments. Il faut expliquer au patient le traitement et l'aider à identifier les molécules. Au moindre doute, ne pas démarrer le traitement et lui proposer une consultation d'observance par un personnel formé.

- Pendant le traitement

- Rester en contact avec le client (téléphone, visite à domicile)
- Donner des rendez-vous rapprochés au début du traitement (J14, M1, M6, M12)

A ces rendez-vous, il faut :

- Apprécier la tolérance au traitement
- Apprécier les difficultés rencontrées
- Vérifier l'observance (comptage de boîtes et des comprimés, interrogatoire du patient)
- Aider le client à gérer les effets secondaires et réadapter le traitement éventuellement (à son mode de vie)
- Changer le traitement si intolérance grave
- Motiver et encourager pour l'observance
- Impliquer autant que possible la famille pour le soutien
- Mettre le client en contact avec les médiateurs ou associations de PVVIH
- Rechercher les patients perdus de vue avec l'aide des médiateurs et des assistants sociaux.

2.5 Constitution du dossier initial

Ce dossier comporte :

- un volet médical : clinique, biologique portant : la date, le cachet et la signature du médecin
- un volet social et psychologique en cas de besoin
- un volet éducatif.

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

2.6 Délivrance de l'Ordonnance des ARV et Conseils

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

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

2.7 Dispensation des ARV et Conseils

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

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

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

En cas de rupture de stock d'une molécule, le traitement restant ne doit pas être délivré et le malade doit être envoyé à son prescripteur qui décidera d'une substitution éventuelle ou d'un arrêt thérapeutique supervisé tenant compte des demi-vies de chacun des antirétroviraux.

2.8 Suivi clinique

Le suivi clinique se déroule de la façon suivante :

A- Chez l'adulte :

- J14 : tout patient ayant reçu son traitement aux ARV doit être revu au 14^{ième} jour pour une évaluation de l'état clinique, des constantes physiques, de la

compréhension de traitement, de l'adhésion au traitement, de l'observance et d'éventuels effets secondaires.

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

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

B- Chez l'enfant

Chez l'enfant diagnostiqué au cours de la première année de vie :

Après les consultations de J14 et de M1 (identique à l'adulte) la périodicité reste mensuelle durant les 2 premières années de vie ; elle sera espacée au cas par cas en fonction de l'état clinique et de la qualité du suivi.

Chez l'enfant diagnostiquée plus tardivement :

La consultation doit être mensuelle au cours de la première année de traitement.

Il est à noter que le travail en réseau permet d'assurer au mieux le suivi des patients dans une collaboration interdisciplinaire. Ainsi, les paramédicaux devraient rapidement trouver toute leur place dans la surveillance des traitements ARV. Certaines consultations de suivi pourraient être avantageusement assurées par les paramédicaux afin de permettre l'extension de l'accès aux ARV.

VI. PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DES ACCIDENTS D'EXPOSITION AU VIH

1. NORMES

- Objectif

Minimiser le risque de transmission du VIH

- Prestataires

Les médecins, infirmiers et sages-femmes des sites de traitement.

Tous les agents de santé.

- Groupes cibles

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

- Lieux et temps

- La prévention de l'accident se fait dans les centres de santé, sur les lieux de soins, avant, pendant et après chaque soin.
- La prise en charge de l'accident se fait sur les sites de traitement antirétroviral au mieux dans les quatre heures et au plus tard dans les 48 heures qui suivent l'accident. L'accident est un évènement imprévu aboutissant à un contact une victime et un liquide biologique contagieux (pique accidentelle, projection de liquide organique dans les yeux ou sur la peau lésée, violence sexuelle, pique par le personnel d'hygiène, rupture de préservatif ...).

- Matériels

Gants, savons, eau, liquides antiseptiques, blouses, bavettes, spéculum, ...

2. PROCEDURE

La prévention de l'accident se fait en respectant les précautions universelles de soins. Ces précautions doivent également s'appliquer aux gardes malades qui aident le personnel pour les soins au lit du malade ou en dehors des lieux de soins.

Pour la prise en charge des plaies et piqûres accidentelles, il faut :

- Laver soigneusement le point d'impact de l'accident à l'eau et si possible au savon ;
- Désinfecter avec une solution antiseptique et garder la solution au contact du point d'impact pendant 5 minutes au moins (pansement humide ou tremper)
- Faire si possible immédiatement un test de dépistage du VIH au sujet source dans les 48 heures et le reprendre après un mois (en cas de négativité du premier test) ;
- Faire le premier test de dépistage de VIH à la victime dans les 48 heures et le reprendre après un mois et trois mois ;
- Faire immédiatement une déclaration obligatoire au supérieur hiérarchique ;
- Faire établir par un médecin un certificat médical qui décrit les lésions de l'accident ;
- Se rendre immédiatement auprès d'un agent référent sur un site de traitement antirétroviral ;
- Etablir un rapport décrivant exactement les circonstances de survenue de l'accident (geste en cause, aiguille pleine ou creuse, piqûre, blessure, saignement ou non ...etc..) et le déposer à l'agent référent.

La décision de chimio prophylaxie antirétrovirale sera prise par le médecin référent qui doit répondre à 3 questions :

- ✓ L'exposition est-elle réelle ?
- ✓ Le statut sérologique de la personne source est-il positif (ou inconnu) ?

- ✓ Le délai de l'accident à la visite chez le référent est-il inférieur à 48 heures ?

Une réponse par « non » à l'une de ces questions n'autorise pas la chimio prophylaxie antirétrovirale.

➤ **Conduite pratique :**

Nettoyage immédiat de la plaie :

- Pour les projections de liquide organique

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

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

- Pour les piqûres :

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

Evaluation du risque infectieux :

Elle se fait :

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

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

- **selon le liquide biologique :**

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

- **selon le patient source :**

Sujet VIH+ : plus son déficit immunitaire est important (évalué sur la clinique et si possible les derniers CD4 connus), plus le risque est élevé.

Indication de la prophylaxie antirétrovirale :

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

- Exposition massive : piqûre profonde avec aiguille creuse
- Exposition modérée : coupure avec bistouri à travers gants, piqûre superficielle avec aiguille creuse
- Exposition minime : érosion superficielle avec aiguille pleine (suture) ou creuse de petit calibre (IM ou SC), contact cutané muqueux.

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

TABLEAU IX : Critères de décision concernant l'indication de la prescription d'une prophylaxie post-exposition vis-à-vis du VIH

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

* Sont considérés comme patients à risque :

- les patients au statut VIH inconnu avec infection opportuniste majeure,

- les patients ayant de multiples partenaires sexuels, homosexuels ou bisexuels,
- les patients polytransfusés,
- les enfants nés de mères séropositives au VIH,
- les toxicomanes.

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

- examen général immédiatement suivi de
- désinfection locale,
- antibiothérapie pour la prévention des IST (céfixime 400 mg en prise unique ou Azythromycine 1 g en prise unique)
- test de grossesse,
- proposition d'une contraception d'urgence,
- soutien psychologique.

➤ **Chimioprophylaxie : ARV à faire : 2INRT +1IP**

La combinaison recommandée est : 3TC + (TDF ou AZT) + LPV/r. Ce traitement sera prescrit pendant 1 mois.

Les médicaments à proscrire dans le cadre d'un traitement post exposition sont :

- Abacavir (hypersensibilité),
- Indinavir (colique néphrétique),
- Efavirenz (troubles psychiatriques aigus),
- Névirapine (hépatite et toxidermie).

➤ **Suivi biologique de la victime :**

Le suivi sérologique a plusieurs finalités : d'une part, s'assurer que la victime n'est pas d'emblée infectée par le VIH (sérologie à réaliser dès la

première consultation (J0)) ; d'autre part, s'assurer que la victime ne fait pas une séroconversion à l'issue de l'AES (contrôle sérologique à M1 et M3).

Le suivi biologique de la tolérance face à la prophylaxie post-exposition est lui aussi important et se fera selon la périodicité décrite ci-dessous :

- J0 : NFS, créatinine, transaminases, test de grossesse ;
- J15 : NFS, créatinine en cas de prescription de TDF, transaminases.

VII. PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE, SOCIALE ET COMMUNAUTAIRE

1- PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE

Objectifs

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

1.1 Normes

- Prestataires

Il s'agit de : psychologue, assistant social, sage-femme, infirmier ou médecin.

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

- Groupes cibles

Les patients, leur famille, leur entourage et tout professionnel de santé.

- Moment

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

- Lieux

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

1.2 Procédure

- Offrir un bon accueil
- Avoir une bonne qualité d'écoute
- Mettre en confiance le patient et respecter la confidentialité
- Veiller à la clarté et à la précision dans les réponses
- Eviter les jugements de valeur
- Dédramatiser l'infection par le VIH
- Evaluer le risque
- Aider le patient à établir un plan de réduction de risque
- Aider le patient à prendre une décision
- Encourager à la mise en association pour le partage d'informations et d'expériences, le développement des activités génératrices de revenus (AGR), le soutien réciproque
- Proposer et encourager les visites à domicile.

2. PRISE EN CHARGE SOCIALE ET COMMUNAUTAIRE

Définition

La prise en charge sociale et communautaire est une démarche thérapeutique qui prend en compte les dimensions spirituelles, corporelles et un ensemble de mesures sociales, économiques, professionnelles, familiales et communautaires. Ces mesures visent à aider les PVVIH, leur famille et la communauté à trouver les ressources internes et externes leur permettant de s'adapter efficacement à la nouvelle situation liée à l'apparition du VIH/SIDA.

Objectifs

Objectif général

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

Objectifs spécifiques

- a. Mettre à la disposition du personnel social des outils et des moyens pour une prise en charge efficace des personnes infectées et affectées
- b. Impliquer la communauté dans la prise en charge à travers les associations, les médiateurs, la famille, l'environnement social et amical
- c. Disposer d'un cadre institutionnel et physique favorable à cette prise en charge
- d. Renforcer l'intégration des PVVIH au sein de leur groupe familial, social, culturel, professionnel, de parole et de leur réseau d'association et de communauté religieuse
- e. Aider le client/cliente à maintenir ou à reprendre son activité professionnelle.

2.1 Normes

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

- Le soutien matériel, financier, éducationnel, administratif, nutritionnel
- Les visites à domicile
- L'accompagnement et la relation d'aide
- La promotion des groupes d'auto-support et des associations de PVVIH (mise en réseau et en fédération)
- La référence communautaire
- L'existence des textes de loi
- La consultation sociale
- L'enquête sociale.

▪ LE SOUTIEN

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

✓ Approche

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

✓ Prestataires

- Le personnel médical et paramédical (médecins, infirmiers, sages-femmes, assistants sociaux, pharmaciens, psychologues, sociologue)
- Les médiateurs
- Les animateurs d'ONG
- Les membres des associations
- Les membres de communautés religieuses

- La famille et la communauté.

- ✓ Niveaux

Les niveaux d'intervention sont : familial et communautaire.

- ✓ Matériels

- Outils de collecte de données, (fiche de suivi à domicile, fiche d'enquête sociale etc.)
- Ressources nécessaires pour assurer le soutien matériel et financier.

- ✓ Groupes cibles

Toute personne infectée ou affectée par le VIH.

- **LES VISITES A DOMICILE**

- ✓ Définition

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

- ✓ Approche

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

- ✓ Prestataires :

- Les techniciens sociaux,
- Les médiateurs : les personnes qui joueront ce rôle doivent être proposées par une association. Elles doivent savoir lire et écrire le français,
- Les animateurs d'ONG et des membres d'associations : ceux-ci appartiennent à une Association/ONG régulièrement reconnue par l'Etat ou sont membres d'un réseau de santé et/ou de lutte contre le SIDA et ayant au

moins un agrément du PNLS. Un rapport technique de l'association doit être produit,

- Des membres des communautés religieuses,
- Le personnel médical et paramédical (Médecins, Infirmiers sages-femmes, pharmaciens, psychologues).

✓ Niveaux

Le niveau d'intervention est familial et communautaire

✓ Matériels :

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

✓ Groupes cibles :

Toute personne infectée ou affectée par le VIH.

▪ **L'ACCOMPAGNEMENT ET LA RELATION D'AIDE**

✓ Définition

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

✓ Approche

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

✓ Prestataires

- Le personnel médical et paramédical (médecins, infirmiers, sages-femmes, assistants sociaux, pharmaciens, psychologues, sociologues)

- Les médiateurs
- Les animateurs d'ONG
- Les associations
- Les communautés religieuses.

✓ Niveau

Le niveau d'intervention est familial et communautaire

✓ Matériels

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

✓ Groupes cibles

Toute personne infectée ou affectée par le VIH.

▪ **PROMOTION DES GROUPES D'AUTO-SUPPORT ET DES ASSOCIATIONS DE PVVIH (mise en réseau et en fédération)**

✓ Définition

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

✓ Objectif

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

✓ Approche

- Plaidoyer
- Formation continue
- Concertation.

✓ Prestataires

- Les assistants sociaux
- Les médiateurs
- Les associations/ ONG

- Le personnel médical et para médical.

✓ Niveau

Communautaire

✓ Matériels et locaux

- Supports d'IEC

- Matériel didactique

- Cadre adéquat pour l'écoute

- Siège d'ONG/ Associations

- Domicile d'un membre associatif

- Salle de réunion.

✓ Groupes cibles

- Les PVVIH

- Les associations de lutte contre le VIH/SIDA.

▪ **PROTECTION JURIDIQUE**

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

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

▪ **CONSULTATION SOCIALE**

✓ Définition

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

✓ Objectif

Evaluer la situation sociale de la PVVIH.

✓ Approche

- Entretien

- Observation

✓ Prestataires

Assistants sociaux.

✓ Niveau

- Périphérique

- Intermédiaire

- Central.

✓ Matériel et locaux

- Bureau de l'assistant social

- Dossier social

- Fiche de référence

- Fiche d'accompagnement social

- Fiche de consultation sociale.

✓ Groupe cible

PVVIH.

- ENQUETE SOCIALE

✓ Définition

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

✓ Objectif

Evaluer la situation sociale de la PVVIH.

✓ Approche

Entretien

Observation.

✓ Prestataires

Assistants sociaux.

✓ Niveaux

Familial

Communautaire.

- ✓ Matériel et locaux

Milieu de vie

Fiche d'enquête sociale.

- ✓ Groupes cibles

Personnes affectées ou infectées par le VIH.

2.2 Procédure

2.2.1 Les visites à domicile

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

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

NB : obtenir un consentement libre et éclairé du patient.

- Au cours de la visite
- Saluer le patient
- Se présenter et rappeler les buts de la visite
- Recevoir le malade en un lieu qui garantit la confidentialité

- S'entretenir avec le malade seul ou avec le malade et son accompagnant qu'il a librement choisi
- Evaluer la situation sociale du malade (qualité de l'habitat, état nutritionnel, conditions d'hygiène, état émotionnel, etc.)
- Evaluer l'observance pour les PVVIH sous ARV
- Collecter les données sur la fiche de visite à domicile
- Recenser tous les problèmes
- Discuter des approches de solution avec la PVVIH
- Prendre une date pour le prochain rendez-vous.
 - Après la visite
- Rédiger un rapport de la visite à domicile
- Remplir le cahier de visite à domicile
- Entreprendre les démarches pour la résolution des problèmes identifiés et non résolus lors de la visite à domicile.

2.2.2 Le soutien matériel, financier éducationnel, administratif, nutritionnel et juridique

Le soutien aux PVVIH est tributaire du statut social déterminé par une enquête sociale réalisée par un travailleur social. Les conclusions de cette enquête vont déterminer le type de soutien qu'il faut apporter aux PVVIH. Ces soutiens sont d'ordre matériel (dons de médicaments, de vivres), financier (activités génératrices de revenus), éducationnel, administratif, nutritionnel, juridique, etc.

2.2.3 L'accompagnement et la relation d'aide

✓ Définition

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

✓ Sujet

La PVVIH

✓ Approche

Entretien

✓ Qualités requises

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

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

▪ Critères d'intervention

- Création d'association
- Obtenir un certificat de reconnaissance officielle
- Suivre ces associations.

▪ Approche

- Dialogue
- Persuasion.

▪ Mise en réseau et fédération

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

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

La consultation sociale

✓ Accueil réel

- Inviter le patient à s'asseoir
- Etre courtois
- Etablir un climat de confiance, de confidentialité et de convivialité.

✓ Evaluation de la situation sociale

- Apprécier l'état nutritionnel du patient
- Evaluer la qualité de vie du patient : habitat, le maintien de la personne, état émotionnel...
- Evaluer les relations interpersonnelles
- Evaluer le pouvoir d'achat
- Evaluer les ressources
- Evaluer la relation avec sa communauté.

✓ Fiche d'évaluation

- Remplir la fiche d'évaluation
- Déterminer la conduite à tenir.

L'enquête sociale

✓ Préparation

- Elaborer un questionnaire
- Prendre les coordonnées de la PVVIH
- Prendre rendez-vous

✓ Exécution

- Saluer
- Demander d'après le patient
- Se faire accueillir
- Rappeler le but de sa présence au patient
- Demander un cadre idéal pour administrer le questionnaire

- Être attentif à tout ce qui est expressif non verbal (geste, environnement, mimique...).
- ✓ Après exécution
- Faire les observations nécessaires au patient
- Convenir de la suite de l'enquête.
- ✓ Conclusion
- Faire le rapport de l'enquête
- Déterminer la conduite à tenir.

VIII. PRISE EN CHARGE DES COUPLES SERODIFFERENTS (SERODISCORDANTS)

Définition

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

Problématique

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

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

Prise en charge psychologique et sociale

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

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

Les bonnes pratiques du couple

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

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

Counseling individuel

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

- l'importance du port du préservatif

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

Gestion du désir de procréation

Deux options sont possibles :

a) Femme infectée et homme séronégatif

Si les conditions de fécondité sont remplies chez la femme :

- CV indétectable
- Etat clinique bon
- CD4 supérieur à 350/mm³ pendant au moins 6 mois,

il faut proposer :

- Une introduction du contenu du préservatif après éjaculation ;
- une insémination intra-utérine.

b) Homme infecté et femme séronégative

Si les conditions de fécondité sont remplies chez l'homme :

- CV indétectable
- Etat clinique bon
- CD4 supérieur à 350/mm³ pendant au moins 6 mois,

il faut proposer :

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

Néanmoins, quelle que soit l'option, il faut toujours proposer l'adoption d'un enfant.

IX. PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE

Objectifs

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

1. NORMES

1.1 Profil des prestataires

Il s'agit de :

- nutritionniste,
- médecin,
- psychologue,
- assistant social,
- sage – femme,
- infirmier,
- tous autres agents formés sur la prise en charge globale et sur la nutrition (sociologue, psychiatre, médiateur, animateur d'ONG ou communauté, conseiller conjugal, associations de PVVIH).

1.2 Cibles

Tous les patients séropositifs adultes et enfants, plus spécifiquement les patients malnutris, démunis, les OEV.

1.3 Lieux

- Les sites de traitement,
- les milieux associatifs,
- les centres de promotion sociale
- le domicile du patient.

2. PROCEDURE

De façon générale le prestataire doit :

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

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

CAS DES ENFANTS

La prise en charge nutritionnelle passe par les étapes suivantes :

L'évaluation nutritionnelle

Elle apprécie :

- le poids,
- la taille,
- le périmètre crânien,
- voire le périmètre brachial.

Elle s'assure de l'adéquation entre la consommation alimentaire de l'enfant et les besoins nutritionnels pour l'âge.

Elle s'assure de la capacité familiale à satisfaire les besoins de l'enfant

L'intervention nutritionnelle

Elle dépend de deux facteurs

✓ L'enfant est asymptomatique ou cliniquement stable : les recommandations sont celles attendues pour son âge à savoir :

- de 0 à 6 mois : allaitement maternel exclusif protégé (mère sous ARV et observant durant la durée de l'allaitement) jusqu'à 6 mois ;

Ou

alimentation artificielle exclusive après vérification des 5 conditions (accessible, faisable, abordable, durable et sûre)

- L'enfant a plus de 6 mois : l'allaitement sera complété par les aliments de substitution.

A partir de 6 mois, il est recommandé de :

-Donner divers aliments riches en nutriments dont les produits animaux, des fruits et des légumes,

-Déconseiller les laits concentrés sucrés et les laits écrémés,

-Augmenter la quantité de nourriture et le nombre de repas avec l'âge

- Diversifier l'alimentation (aliments écrasés semi-solides de 6 à 8 mois et le repas familial sans épices de 8 à 12 mois)

-Supplémenter en fer et en acide folique (12,5 mg de fer + acide folique 50 microgrammes) tous les six mois jusqu'à deux ans

- Supplémenter en Vit A tous les six mois de 6 à 59 mois,

- Déparasiter systématiquement tous les six mois à partir de 9 mois

- Promouvoir l'hygiène des mains et des aliments pour éviter les infections, sources de diarrhée et d'autres infections.

Insister particulièrement sur l'augmentation des besoins nutritionnels, associée à la croissance et à la maladie chronique (il est recommandé de donner une bouillie enrichie la nuit)

✓ l'enfant est malade :

- troubles de la déglutition
- candidoses digestives
- gastroentérite sévère

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

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

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

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

CAS DES ADULTES

Un adulte actif non infecté par le VIH a besoin d'environ 2070 Kcal/jour. Par contre lorsqu'il est infecté par le VIH, il a besoin en plus de 10% à 15% d'énergie par jour (soit environ 400 Kcal supplémentaires pour les hommes et 300 Kcal pour les femmes).

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

Il existe aujourd'hui des produits béninois testés par la DANA et la Faculté des Sciences Agronomiques de l'Université d'Abomey-Calavi (UAC) qui ont fait leur preuve en matière de prise en charge des PVVIH et en matière de récupération pondérale tels que :

- la Spiruline
- la farine Mickelange
- la farine enrichie de Ouando.

X. NORMES ET PROCEDURES DES COMPOSANTES DES SERVICES DE SOUTIEN

1. SOUTIEN A L'OBSERVANCE

Objectif

Aider les patients à adhérer au traitement antirétroviral.

1.1 NORMES

1.1.1 Prestataires

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

- Les médiateurs : il s'agit de personnes membres d'une association de PVVIH et présentes sur les sites de prise en charge. Ces médiateurs font de l'accompagnement de leurs pairs sur les sites comme à domicile. Ils servent souvent d'interface entre patients et soignants.
- Les paramédicaux (travailleurs sociaux, infirmiers et sages-femmes) : s'ils sont formés, ils sont plus indiqués que les médecins pour assurer des consultations spécifiques de soutien à l'observance.
- Les associations spécialisées dans l'accompagnement et le soutien.
- Les autres : médecin, psychologue, sociologue, psychiatre, animateur d'ONG ou de communautés religieuses, membres de la famille ou conseillers conjugaux formés.

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

1.1.2 Groupes cibles

Les patients (adultes et enfants) sous ARV et leur famille.

1.1.3 Moment

Après la mise sous traitement.

1.1.4 Lieux

Sur les sites de traitement et/ou à domicile.

1.2 PROCEDURE

L'éducateur thérapeutique ouvrira un dossier d'éducation thérapeutique (adulte ou pédiatrique) au patient. Dans ce dossier, il mentionnera à chaque consultation d'ETP les thèmes abordés et les acquisitions faites par le patient.

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

- la dose des médicaments
- la régularité dans les prises
- le respect strict des horaires
- le comptage du nombre de comprimés
- la nécessité de ramener les boîtes de comprimés à chaque consultation
- les effets secondaires possibles
- les risques de résistance liés à l'arrêt volontaire et au non respect des posologies
- un suivi régulier (sur sites de consultation et à domicile au J14, M1, M6...).

2. GESTION DES MEDICAMENTS, CONSOMMABLES ET DES PRODUITS DE LABORATOIRE

La gestion des médicaments, consommables et des produits de laboratoire se fera par la pharmacie et le laboratoire du site.

Définition

La gestion des médicaments, des consommables médicaux et des produits de laboratoire est l'ensemble des activités visant à assurer leur disponibilité et leur accessibilité et garantir leur qualité et leur innocuité selon les normes requises.

Objectifs

Les objectifs d'une bonne gestion des médicaments sont :

- Assurer la disponibilité et l'accessibilité permanentes des médicaments sur les sites de prise en charge en fonction des normes ;
- Garantir la qualité et l'innocuité de tous les intrants VIH.

2.1 NORMES

2.1.1 Profil des prestataires

Il s'agit de personnel qualifié préalablement formé à la gestion des produits pharmaceutiques, des réactifs et des consommables bio-médicaux.

2.1.2 Niveaux

Tous les niveaux de la pyramide sanitaire (périphérique, intermédiaire et centrale).

2.1.3 Outils de gestion

Les outils de gestion des médicaments sont :

- L'ordonnancier à deux ou trois feuillets ;
- Le dossier pharmaceutique de chaque malade ;

- Le cahier de dispensation
- Le REMECAR ;
- La fiche de gestion de stock ;
- Le registre d'inventaire ;
- Le bon de commande ;
- Le bordereau de livraison ;
- Le procès verbal de réception ;
- La fiche de résumé mensuel de consommation
- La fiche des patients par schéma thérapeutique
- La fiche ou le cahier de relevé trimestriel de la température et de l'humidité dans les lieux de stockage
- Le cahier « péremption /avarie » ;
- Le procès-verbal de retrait des produits périmés ou avariés ;
- Les outils de gestion informatique (CS, HZ, CHD, CNHU et assimilés) ;
- Les armoires/étagères de rangement ;
- Les réfrigérateurs ;
- Les chemises de dossiers ;
- Le logiciel de gestion de stock des ARV.

Les outils de gestion des produits de laboratoire sont :

- La fiche de gestion de stock ;
- Le registre des mouvements (détaillé)
- Le registre d'inventaire ;
- Le bon de commande ;
- Le bordereau de livraison ;
- Le procès-verbal de réception ;
- Le cahier de « péremption /avarie » ;
- Les procès-verbaux de retrait des produits périmés ou avariés ;
- Les outils de gestion informatique (CS, HZ, CHD, CNHU et assimilés) ;

- Les armoires de rangement ;
- Les réfrigérateurs ;
- Les chemises de dossiers.

2.1.5 Lieu

Local propre et aéré garantissant la qualité, l'innocuité des produits.

2.1.6 Produits

Il s'agit des :

- Médicaments (ARV, médicaments pour les IO/IST)
- Consommables médicaux
- Réactifs de laboratoire
- Consommables de laboratoire.

NB : Pour les produits de laboratoire, se référer au document de Politique, Normes et Directives de laboratoire.

TABLEAU VIII : NORMES DE GESTION DES MEDICAMENTS ET CONSOMMABLES

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

2.2. PROCEDURE

2.2.1 La commande

- Calculer les besoins pour la période à pourvoir selon le seuil d'alerte prédéfini et les différents paramètres requis ;
- Remplir le bon de commande en totalité ;
- Garder un double du bon de commande et l'archiver.

2.2.2 La réception de la livraison

Lors de la réception des produits livrés, il faut :

- Ouvrir les colis ;
- Ranger tous les colis à l'abri de la chaleur, de l'humidité, des intempéries et des coulages ;
- Vérifier que tous les médicaments ou autres intrants sur le bordereau de livraison ont été livrés ;
- Vérifier les dates de péremption des produits livrés en fonction de celle du stock existant et des consommations moyennes mensuelles ;
- Regrouper et compter les produits reçus avec le double du bon de commande ;
- Comparer les quantités et/ou les qualités des produits livrés avec le bordereau de livraison ou la facture ;
- Vérifier l'intégrité des conditionnements (flacons et autres produits cassables) ;
- Faire la réception officielle avec le responsable du site, le financier du site (CSAE) et le gestionnaire ;
- Entrée sur les fiches de stock les quantités reçues en précisant la date, la provenance, les dates de péremption et numéros de lots et le numéro du bordereau de livraison ;
- Inscrire d'éventuelles observations (Ex retour de produit pour date de péremption non conforme etc...) ;
- Signer la fiche de stocks à la date du mouvement ;

- Ranger les produits sur les rayons selon la méthode « FIFO », en tenant compte de la date de péremption des produits reçus et des produits déjà en stock ;
- Inscrire la valeur du stock final sur la fiche de stock ;
- Archiver de manière chronologique les pièces justificatives des entrées.

2.2.3 Dispensation des produits aux patients

La dispensation des produits aux patients se fera selon les étapes suivantes :

- Délivrer les médicaments sur présentation d'une ordonnance rédigée en triple exemplaires par le médecin traitant ou autres prestataires formés ;
- Servir en quantité et en qualité les produits prescrits ;
- Remettre un exemplaire de l'ordonnance au patient ;
- Garder un exemplaire de l'ordonnance dans le dossier pharmaceutique du patient -Inscrire le nom du fabricant, la date de péremption et le numéro de lot pour chaque médicament délivré dans le dossier pharmaceutique du patient ;
- Retourner un exemplaire de l'ordonnance au médecin traitant ;
- Enregistrer dans le cahier de dispensation les produits délivrés et les inscrire en sortie sur les fiches de stock selon l'organisation interne de la pharmacie ;
- Quotidiennement, mettre à jour les fiches de stock en inscrivant en sortie les volumes délivrés de chaque produit.

2.2.4 Sorties pour péremption ou avarie

En cas de sortie de produits pour péremption ou avarie, il faut :

- Sortir les produits des étagères, inscrire les sorties sur les fiches de stock correspondantes et mentionner dans la colonne « observation » la mention « péremption /avarie » ;
- Entreposer les produits périmés et cassés dans une caisse spéciale ;
- Enregistrer ces produits dans un cahier « péremption /avarie » en précisant la quantité, la date de péremption, le numéro de lot par produit

et le nom des fabricants; cette étape est importante pour la traçabilité dans le rappel de lot.;

- Faire automatiquement la sortie définitive du stock ;
- Garder les produits périmés et cassés en lieu sûr pour le retrait par le PNLS via la CAME contre le procès-verbal dûment signé ;
- Inscrire le numéro et la date du procès-verbal de sortie définitive dans la colonne « observation » correspondant aux fiches de stock des produits concernés.

2.2.5 Inventaire

Il se réalise toutes les fins de mois, lors de la préparation des commandes de médicaments et tous les trimestres pour les réactifs et consommables. Il s'agit d'une tâche importante, car le résultat de l'inventaire permet de quantifier les besoins pour la commande et valorise le stock existant.

2.2.6 Prévention des ruptures de stock

Les sites disposent réglementairement de 4 mois de stock de médicaments dont 1 mois de stock de roulement et trois mois de stock de sécurité.

Pour prévenir la rupture de stock, il faut procéder à une commande à chaque fin de mois.

✓ Seuil d'alerte niveau 1

C'est lorsqu'il reste des médicaments pour 2 mois de traitement (valable même pour 1 molécule). Il faut faire une commande urgente et avertir le responsable du site.

✓ Seuil d'alerte niveau 2

C'est lorsqu'il reste des médicaments pour 2 semaines de traitement. Dans ce cas précis, il faut faire une commande urgente suivie de plaidoyer et avertir

les prescripteurs afin qu'ils ne mettent plus de nouveaux patients sous la ou les molécules concernées.

✓ Seuil d'alerte niveau 3

On parlera du seuil d'alerte niveau 3 quand le stock est fini (ultime alerte). Cette situation non souhaitable amène les prescripteurs à procéder à des substitutions à partir des molécules disponibles car les patients ne doivent pas interrompre leur traitement.

3. LA FORMATION

Définition

La formation à la prise en charge des PVVIH est le processus destiné à faciliter l'acquisition des connaissances (savoir), des attitudes (savoir-être) et aptitudes (savoir-faire) requises pour une prise en charge efficace des personnes infectées ou affectées par le VIH.

Objectifs de la formation

Objectif général

Renforcer les connaissances et les compétences (attitudes et aptitudes) des agents de santé et de la communauté pour assurer la prévention des Infections Opportunistes et la prise en charge adéquate des personnes infectées ou affectées par le VIH.

3.1.3 Objectifs spécifiques

Il s'agit d'amener la personne formée à :

- connaître l'importance et l'ampleur de l'infection à VIH au niveau mondial, régional (Afrique sub-saharienne) et au niveau national ;
- assurer la prise en charge des Infections Opportunistes ;

- pratiquer selon les normes le conseil dépistage volontaire de l'infection à VIH ;
- prendre en charge les AES ;
- pratiquer selon les normes les diagnostics et le suivi biologique des PVVIH ;
- traiter les PVVIH par les ARV ;
- assurer la prise en charge des PVVIH co-infectées (Tuberculose, Hépatite B et C) ;
- contribuer à la prise en charge sociale et communautaire des personnes infectées ou affectées par le VIH ;
- assurer une bonne gestion des médicaments, consommables et produits de laboratoire ;
- prendre en charge convenablement les PVVIH sur le plan nutritionnel ;
- assurer la documentation correcte des cas pris en charge ;
- assurer la supervision, le suivi / évaluation, et la recherche en matière d'infection à VIH.

3.1 NORMES

La formation sur le VIH doit être introduite dans les écoles de médecine, des infirmiers et sages-femmes. Elle sera également faite chez les professionnels de santé en cours d'emploi (par tutorat ou séminaire).

Les modules de formation nécessaires ont trait à :

- l'épidémiologie de l'infection à VIH
- conseil et dépistage volontaire de l'infection à VIH
- la prise en charge des IO
- la prise en charge par les ARV
- la gestion des médicaments, consommables et produits de laboratoire,
- diagnostic et suivi biologique
- la formation à la prise en charge sociale et communautaire
- la prise en charge nutritionnelle

- la formation à la prise en charge des AES
- la supervision, suivi / évaluation, recherche sur l'infection à VIH
- formation à la gestion des programmes de prise en charge des PVVIH.

3.2 PROCEDURE

3.2.1 Activités préparatoires

- Evaluer les besoins en formation ;
- Définir les objectifs de la formation ;
- Choisir les méthodes et techniques de la formation « apprendre pour maîtriser » ;
- Elaborer les modules de formations (manuel de référence, cahier du participant, fiches d'apprentissage, manuel du formateur) ;
- Identifier les personnes à former ;
- Identifier les facilitateurs et les formateurs et s'assurer de leur disponibilité ;
- Déterminer les ressources nécessaires ;
- Elaborer un calendrier de formation ;
- Informer les participants au moins 15 jours avant et s'assurer de leur disponibilité ;
- Choisir le lieu de la formation ;
- Tenir une réunion avec les facilitateurs.

3.2.2 Déroulement de la formation

- Accueillir les participants ;
- Définir les normes de travail ;
- Recueillir les attentes des participants par rapport à la formation ;
- Informer les participants sur les dispositions administratives ;
- Administrer la formation selon les indications des documents de référence ;
- Evaluer la formation.

3.2.3 Activités post formation

- Rédiger un rapport de formation ;
- Diffuser le rapport de formation ;
- Elaborer et mettre en œuvre un plan de suivi de la formation.

4. LA SUPERVISION

Définition

La supervision est un processus continu qui consiste à rassembler les informations sur la performance, la motivation et les conditions de travail des agents en vue d'améliorer la qualité des prestations de service. Elle a pour but de guider, de soutenir et d'assister le personnel pour lui permettre de bien exécuter les tâches qui lui sont assignées.

Elle peut être interne, c'est à dire effectuée par l'équipe de santé ou externe effectuée par le niveau supérieur.

Domaines

Les domaines sur lesquels doit porter la supervision en matière de prise en charge des PVVIH sont :

- Le conseil dépistage volontaire et diagnostic ;
- La prise en charge des Infections Opportunistes ;
- La prise en charge des accidents d'exposition au sang ;
- Le diagnostic et le suivi biologique ;
- La prise en charge par les ARV, y compris, l'observance au traitement et la prophylaxie au Cotrimoxazole ;
- La prise en charge des patients co-infectés ;
- La prise en charge sociale et communautaire des PVVIH ;
- La prise en charge nutritionnelle des PVVIH ;
- La gestion des médicaments, consommables et produits de laboratoire ;

- La formation ;
- Les conditions de travail de l'agent supervisé : locaux, équipements, plateau technique.

4.1 NORMES

4.1.1 Prestataires (superviseurs)

Le superviseur doit être un modèle de compétence et de performance. L'équipe de supervision sera constituée des personnes ayant une maîtrise dans :

- La gestion d'un programme ;
- La prise en charge des personnes infectées par le VIH ;
- La prise en charge des Infections Opportunistes et des accidents d'exposition au sang ;
- L'observance, le suivi médical et biologique des personnes infectées par le VIH ;
- La gestion des médicaments.

Ainsi, les personnes suivantes peuvent être membres de cette équipe :

- Les responsables de service au niveau du PNLS ;
- Les responsables des CIPEC ;
- Les collaborateurs des responsables de service au niveau national et ceux des responsables des CIPEC ;
- Les Médecins coordonnateurs de zones sanitaires ;
- Toutes autres personnes capables d'apporter un appui technique lors de la mise en œuvre de cette activité.

4.1.2 Outils

Les outils indispensables pour la supervision sont les suivants :

- La grille de supervision ;
- La description de poste ;
- Les documents normatifs.

4.1.3 Niveaux

Tous les niveaux peuvent être supervisés :

- National ;
- Intermédiaire ;
- Périphérique.

4.1.4 Périodicité

- Niveau central : une fois par an ;
- Niveau intermédiaire : tous les 6 mois ;
- Niveau périphérique : tous les 3 mois.

4.1.5 Groupes cibles (supervisés)

Les groupes cibles supervisés sont :

- Les agents de santé ;
- Les techniciens sociaux ;
- Les agents communautaires.

4.2 PROCEDURE

4.2.1 Préparer la visite de supervision

Pour préparer une visite de supervision, les étapes à suivre sont :

- l'élaboration d'un calendrier de supervision ;
- l'information du personnel à superviser et la négociation de la date ;
- la revue des documents de la formation à superviser ;
- l'élaboration du plan de visite du superviseur devant comprendre :
 - la définition des objectifs de la supervision ;
 - la détermination des activités et tâches à superviser et à réaliser ;
 - le choix des outils de supervision appropriés ;
 - la détermination du type de supervision à mener ;
 - l'évaluation des ressources nécessaires.

4.2.2 Exécuter la supervision

Pour exécuter une supervision, il faut :

- premièrement rencontrer le responsable de la formation sanitaire et le personnel ;
- deuxièmement réaliser la supervision en tenant compte des différents domaines d'interventions.

- Rencontrer le responsable de la formation sanitaire et le personnel
 - Passer en revue le plan de la supervision et discuter des buts et objectifs de la visite ;
 - Expliquer comment la visite sera menée ;
 - Examiner les recommandations et les engagements pris à la dernière visite de supervision ;
 - Discuter de la supervision des différents domaines d'activités ;
 - Prévoir une réunion de résolution de problèmes avec l'équipe de la formation sanitaire.
- Réaliser la supervision des différents domaines d'activités.
 - Organiser une réunion avec le personnel pour discuter des points forts et faibles du programme et proposer des solutions à court et long termes ;
 - Organiser une réunion de synthèse avec le responsable de la formation sanitaire ;
 - Elaborer un plan de résolution des problèmes avec le personnel.

4.2.3 Activités post-supervision

Après la supervision, les superviseurs devront :

- Rédiger un rapport de supervision dont une copie sera envoyée à la structure supervisée et une autre à la hiérarchie ;

- Suivre le plan de résolution des problèmes.

5. LE SUIVI ET L'ÉVALUATION

Définitions

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

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

Le suivi régulier des activités contribue à l'évaluation des projets et programmes et à l'amélioration de la qualité des services.

Le suivi est mensuel et toujours sanctionné par un rapport transmis au plus tard le 5 du mois suivant à la hiérarchie.

Cette activité serait facilitée par l'informatisation effective du suivi des patients.

5.1 NORMES

5.1.1 Indicateurs de suivi et d'évaluation

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

- La politique nationale de santé en matière de prise en charge des PVVIH
 - L'organisation du système de santé
 - Les priorités nationales y compris les normes et les procédures en matière de prise en charge des PVVIH
 - Le nombre de sessions tenues par les comités ou staffs thérapeutiques.

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

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

- L'accessibilité des soins
 - Le nombre de formations sanitaires offrant les services de prise en charge des personnes infectées par le VIH.

- Gestion du personnel
 - Le nombre et la répartition selon la charge de travail
 - La formation initiale et continue.

- La satisfaction et la réponse des usagers
 - La charge de travail due à la prise en charge des PVVIH

- La proportion de PVVIH ayant retrouvé une vie normale sur les plans médical, familial, professionnel et communautaire après une période d'un an de mise sous ARV
- La proportion de patients qui considèrent la structure de santé comme leur première option.
- Les besoins et l'allocation des ressources
 - Le suivi des coûts opérationnels
 - La gestion des fonds alloués à la structure
 - La gestion des intrants.

5.1.2 Types d'évaluation

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

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

5.1.3 Profil des évaluateurs

Toute évaluation sera effectuée par des personnes qualifiées et ayant les compétences requises. Il peut s'agir d'évaluateur interne ou externe provenant entre autres :

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

5.1.4 Niveau et périodicité

Les évaluations se feront :

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

5.1.5 Diffusion des résultats

Les résultats de toute évaluation feront l'objet d'un rapport écrit qui sera transmis dans un délai d'un mois après l'évaluation aux responsables des programmes et à tous les partenaires concernés.

5.1.6 Mécanismes de suivi

Le suivi concerne l'ensemble des niveaux du système de santé et repose sur les éléments suivants :

- Niveau central ou de référence
 - Rapports d'activités des directions départementales, des CIPEC et des sites de prise en charge au niveau départemental ;
 - Rapports des supervisions des directions départementales ;
 - Rapports du comité de coordination des activités de prise en charge des PVVIH (acteurs nationaux et partenaires).

- Niveau intermédiaire
 - Rapports d'activités des zones sanitaires, des sites de prise en charge au niveau des zones sanitaires ;
 - Rapports du comité de coordination de prise en charge des PVVIH au niveau local (acteurs nationaux et partenaires) ;
 - Rapports des supervisions des zones sanitaires ;
 - Monitoring des activités des formations sanitaires.

- Niveau périphérique
 - Rapports d'activités des formations sanitaires de base ;

- Rapports des supervisions du personnel des formations sanitaires de base ;
- Rapports de monitoring des activités des formations sanitaires ;
- Rapports de monitoring des activités au niveau communautaire.

5.2 PROCEDURE

5.2.1 Evaluation

La réalisation d'une évaluation nécessite plusieurs étapes qui sont détaillées ci-dessous :

- Planifier l'évaluation
 - Elaborer les termes de référence
 - Définir les objectifs
 - Constituer l'équipe d'évaluation
 - Identifier la méthodologie et les outils d'évaluation
 - Rassembler les documents de référence
 - Identifier les acteurs et les sites à évaluer
 - Faire la liste des activités à mener
 - Elaborer un calendrier
 - Communiquer le calendrier et les objectifs aux structures concernées
 - Rassembler le matériel nécessaire (supports et logistique).

- Réunion au début de l'évaluation
 - Présenter l'équipe d'évaluation
 - Présenter les buts et objectifs de l'évaluation
 - Présenter les activités prévues au cours de l'évaluation
 - Identifier les personnes directement impliquées dans l'évaluation
 - Discuter avec les participants des activités et du calendrier de l'évaluation.

- Evaluation sur le terrain
 - ✓ Visite de site
- Utiliser les outils d'évaluation pour :
 - Observer une séance de conseil dépistage

- Observer les normes et procédures cliniques en prise en charge des infections opportunistes
- Observer les normes et procédures en prise en charge par les ARV
- Observer les normes et procédures en prise en charge nutritionnelle, sociale et communautaire des PVVIH
- Observer les conditions de travail (locaux et équipements)
- Observer la gestion des médicaments, consommables et produits de laboratoire
- Demander aux clients leur point de vue sur les services offerts
- Identifier les besoins du site

- ✓ Visites des acteurs et partenaires
 - Présenter l'équipe d'évaluation
 - Présenter les buts et objectifs de l'évaluation
 - Discuter de l'exécution des axes principaux du programme
 - Discuter des contraintes institutionnelles, financières et techniques.

- Activités post évaluation
- ✓ Organiser une réunion de fin d'évaluation
 - Présenter à nouveau l'équipe d'évaluation
 - Rappeler les buts et objectifs de l'évaluation
 - Présenter les constats et les conclusions de l'évaluation
 - Proposer des recommandations.

- ✓ Finaliser l'évaluation
 - Rédiger le rapport d'évaluation
 - Envoyer les rapports aux autorités nationales et/ou partenaires au développement ayant financé l'évaluation
 - Diffuser le rapport aux différents acteurs et partenaires du programme et/ou ayant participé à l'évaluation.

5.2.2 Suivi

La réalisation d'un suivi nécessite plusieurs étapes qui sont détaillées ci-dessous :

- Organisation d'une réunion de coordination
- ✓ Préparation
 - Déterminer l'ordre du jour
 - Identifier les participants
 - Fixer la date, le lieu et l'heure de la réunion
 - Informer les participants au moins une semaine à l'avance
 - Réunir les documents et supports didactiques nécessaires
 - Décider des modalités de prise de décision.
- ✓ Animation
 - Désigner un animateur/président de séance
 - Désigner un secrétaire
 - Adopter l'ordre du jour de séance
 - Répartir le temps en fonction de l'ordre du jour
 - Veiller à la focalisation et à la progression de la réunion
 - Synthétiser et résumer les décisions prises à la fin de chaque partie
 - Conclure la réunion et décider de la date du prochain suivi.
- ✓ Activité post réunion
 - Rédiger le rapport
 - Partager le rapport avec les participants pour recueillir leurs ajouts et corrections
 - Finaliser et diffuser le rapport aux ayants droit.

- Monitoring des activités
- ✓ Déterminer les éléments à suivre
 - Les tâches (actions à accomplir pour mener à bien une activité)
 - La quantité des articles utilisés pour réaliser une tâche
 - Les résultats obtenus.
- ✓ Ordonner la liste des éléments à suivre en les organisant par type d'intervention
 - Indicateurs des programmes
 - Objectifs des programmes
 - Activités
 - Indicateurs d'activité
 - Niveaux attendus de réalisation des activités
 - Pratiques et résultats.
- ✓ Choisir les principaux éléments qui feront l'objet d'un suivi

Tenir compte des critères suivants :

- Lien entre l'indicateur et certaines activités majeures qui seront réalisées au cours de l'année
- L'existence d'une méthode de quantification de l'indicateur
- Le lien entre l'indicateur avec les objectifs de programme.
- ✓ Planifier le suivi des activités
 - Choisir des méthodes de suivi :
 - Rapports périodiques ou systématiques
 - Visites et rapports de supervision.
 - Spécifier la fréquence du suivi

Les intervalles doivent être suffisamment réguliers pour que les problèmes puissent être cernés et résolus à temps.

- ✓ Réaliser le suivi des activités
 - Superviser les responsables de chaque intervention
 - Etablir un système qui permette de superviser l'ensemble du personnel de façon adéquate
- ✓ Utiliser les résultats du suivi pour cerner les problèmes
- ✓ Résoudre les problèmes et apporter une information en retour (Feed-back à l'équipe de prise en charge ou de gestion)

6. LA RECHERCHE EN MATIERE DE PRISE EN CHARGE DE L'INFECTION PAR LE VIH

6.1 NORMES

6.1.1 Définition

La recherche en matière d'infection à VIH est un outil de résolution des problèmes, utilisé pour améliorer l'accessibilité, la disponibilité et la qualité des services. Cette recherche se concentre à la fois sur l'épidémiologie du VIH, les politiques, normes et procédures de prise en charge, et les opérations quotidiennes du programme de prise en charge des PVVIH.

Elle peut être fondamentale ou opérationnelle. Elle s'intéresse à tous les domaines de la lutte contre l'infection à VIH, y compris la médecine traditionnelle.

6.1.2 Objectifs

La recherche en matière d'infection à VIH est un instrument essentiel d'aide à l'orientation des interventions en matière de lutte contre le VIH / SIDA.

6.1.3 Priorités de recherche

Les recherches et études en matière d'infection à VIH doivent s'inscrire dans le cadre des priorités nationales de recherche établies en fonction des problèmes majeurs concernant la lutte contre le VIH/SIDA.

6.1.4 Profil du chercheur

En matière de recherche, on peut considérer comme chercheur toute personne qui en a la compétence et qui dans l'exercice de ses fonctions organise et/ou participe aux activités de recherche. La recherche doit se faire en équipe pluridisciplinaire impliquant les principaux acteurs : décideurs, chercheurs, prestataires de service et communautés.

6.1.5 Ethique

Tout projet de recherche en rapport avec l'infection à VIH doit comporter un volet éthique et être soumis à un comité d'éthique de la recherche ou à toute autre structure compétente équivalente. L'accord préalable de ce comité est obligatoire avant toute mise en œuvre.

6.1.6 Diffusion et utilisation des résultats

Le Ministère de la Santé, le Ministère chargé de la recherche ainsi que les institutions universitaires assureront une large diffusion des travaux d'intérêt particulier.

Les résultats de recherche seront utilisés pour améliorer les programmes de lutte contre le VIH / SIDA.

6.1.7 Financement de la recherche

Le PNLIS et les autres partenaires devront veiller à la mobilisation des ressources pour financer des recherches opérationnelles.

6.2 PROCEDURE

6.2.1 Préparation de la recherche

Dans la préparation de la recherche, il faut définir d'emblée les objectifs de l'étude projetée en s'assurant de leur pertinence par une analyse approfondie des publications et travaux antérieurs.

6.2.2 Protocole de recherche

Il doit être rédigé par les chercheurs et approuvé par le Comité d'Ethique national ou l'institution équivalente. Le protocole de recherche a pour corollaire la rédaction de fiches individuelles d'enquêtes sur lesquelles les résultats seront portés au fur et à mesure. Les fiches bien préparées facilitent considérablement l'exploitation ultérieure des résultats de l'enquête.

6.2.3 Préparation logistique

Elle consiste à :

- Rassembler le matériel technique et les moyens logistiques
- Réunir le personnel
- Former le personnel à ses tâches futures
- Etablir un budget prévisionnel
- Obtenir les autorisations administratives nécessaires.

6.2.4 Pré-enquête

Elle consiste à :

- prendre contact avec les responsables locaux, administratifs, politiques et traditionnels
- sensibiliser les futurs participants
- obtenir leur accord à l'enquête
- tester les outils de collecte de données

- corriger les outils de collecte en fonction des résultats de pré enquête
- élaborer un calendrier précis.

Par ailleurs, il est à noter qu'une logistique rigoureuse s'impose, surtout si l'enquête mobilise une équipe importante.

6.2.5 Exécution de l'enquête

La veille de l'enquête, il faut à nouveau expliquer à la population ses buts et ses modalités pratiques.

Ainsi, le jour de l'enquête l'enquêteur aura comme mission de :

- obtenir une bonne participation et réduire au minimum le nombre des « non répondants »
- Administrer le (les) questionnaires et autres outils d'enquête aux groupes cibles
- Assurer la coordination entre le laboratoire central et les responsables de l'enquête.

Ces derniers, assureront la supervision des différentes opérations sur le terrain.

6.2.6 Analyse des données

Deux types d'analyse seront faits : une analyse statistique et une analyse épidémiologique.

- **Analyse statistique**

Elle débute par l'étude des caractéristiques de la distribution des variables étudiées.

La seconde étape consiste à rechercher des corrélations entre deux ou plusieurs variables.

- **Analyse épidémiologique**

Elle consiste à :

- s'assurer que les corrélations statistiques significatives ne sont pas dues à un biais expérimental ou à un facteur de confusion
- essayer d'interpréter les résultats et d'en tirer des conclusions pratiques (prise de mesures de santé publique, prévision d'enquêtes complémentaires).

ANNEXES

Annexe 1 : Indications cliniques pour la considération de changement des ARV du aux problèmes de toxicité

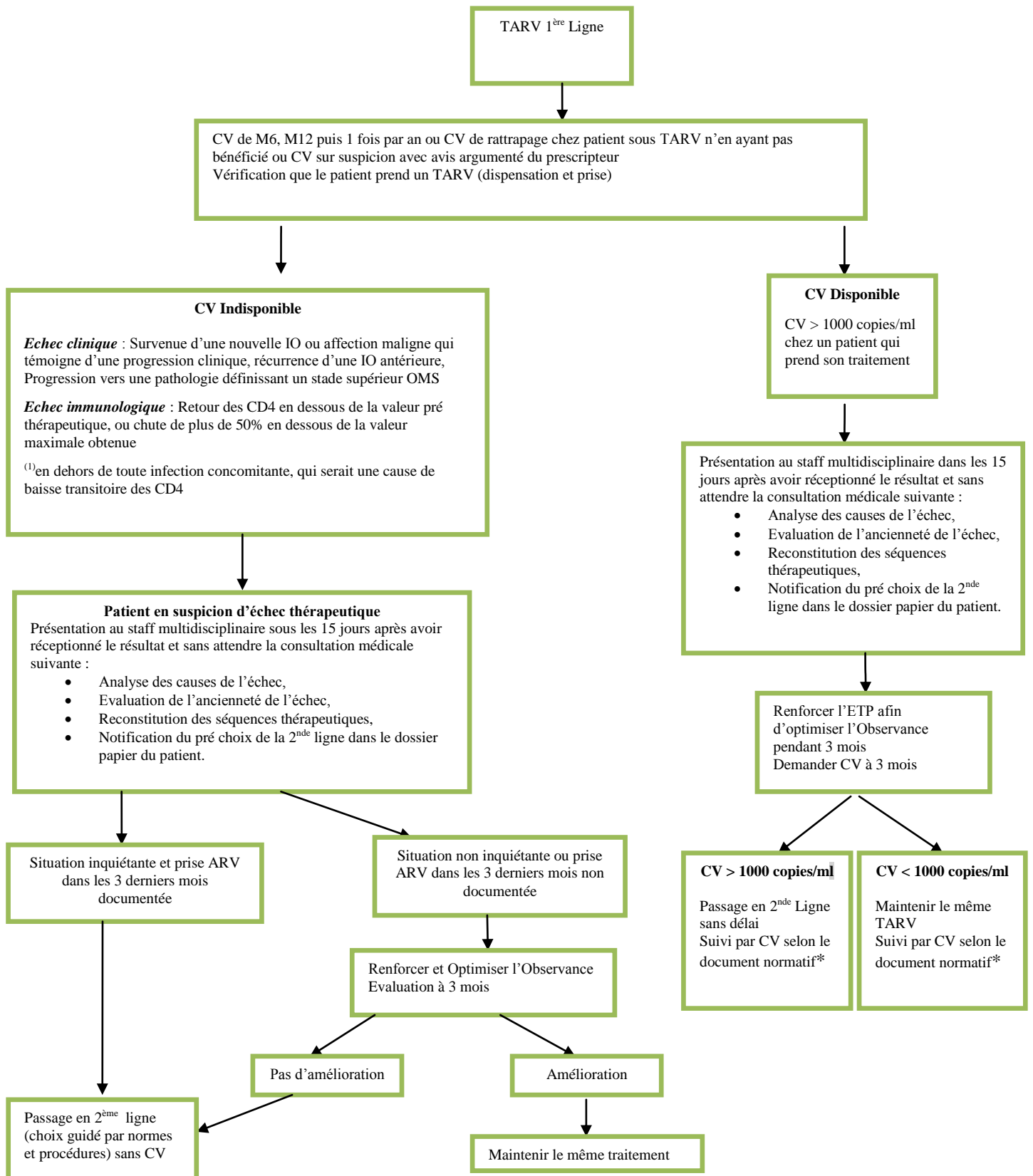
Symptômes	
Nausée	Malaises importants ou alimentation minimale pendant <u>plus de 3 jours</u>
Vomissement	Vomissement important et impossibilité d'alimentation liquide ou solide depuis 24h ou hypotension orthostatique ou état d'hydratation nécessitant une thérapie IV
Diarrhée	Hypotension orthostatique ou état d'hydratation nécessitant thérapie IV
Fièvre	Fièvre inexplicquée avec une température > 39,6 °c depuis une semaine.
Maux de tête	Graves ou qui exigent des antidouleurs majeurs (narcotiques)
Éruption cutanée	Toute éruption cutanée avec fièvre ou desquamation vésiculeuse ou bulleuse, ulcération, ou atteinte muqueuse, cas présumé de Stevens-Johnson, érythème polymorphe, dermatite exfoliative, ou nécrose nécessitant une intervention chirurgicale
Réaction allergique	Urticaire généralisé, œdème de Quincke ou anaphylaxie
Neuropathie périphérique	Douleurs a type de brûlures, sensations de picotement ou des fourmillements des extrémités, perte de sensibilité, faiblesse musculaire des extrémités, Hypo- ou aréflexie ostéo-tendineuse
Fatigue	Activité normale réduite de 50 %au moins

Annexe 2 : Examens biologiques pour envisager un changement de molécule de traitement à cause de problèmes de toxicité

Paramètres	Grade 3 de toxicité
Hématologie	
Hémoglobine	≤ 6,9 g/dL
Comptage des neutrophiles	≤ 749/mm ³
Plaquettes	< 49 999/mm ³
Chimie	
Sodium	< 122 mmol/L ou ≥ 159 mmol/L
Potassium	≤ 2,4 mmol/L ou ≥ 6,6 mmol/L
Bilirubine	≥ 2,5 x à la normale
Créatinine	≥ 3 x à la normale
Glucose	≤ 0 ,39 g/L ou > 2,51 g/L (non diabétiques à jeun)
Analyses de la fonction hépatique	
ASAT (SGOT)	≥ 5x à la normale
ALAT (SGPT)	≥ 5x à la normale
Phosphatase alcaline	≥ 5x à la normale
Enzymes pancréatiques	
Amylase*, lipase	≥ 5 x à la normale

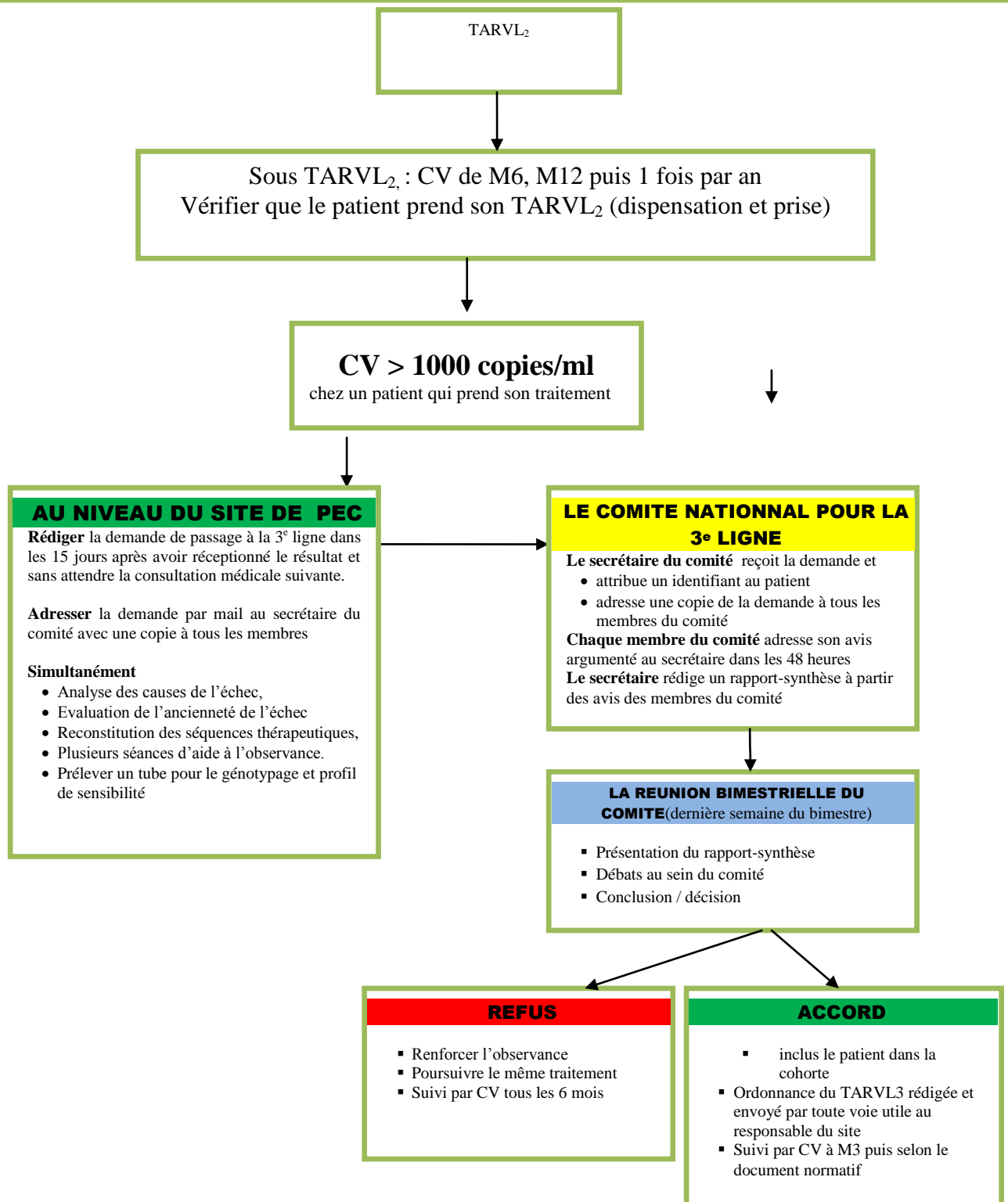
Annexe 3 : Algorithme de passage de la première ligne à la deuxième ligne

Passage à la 2^{ème} ligne thérapeutique chez les PVVIH en échec thérapeutique d'une 1^{ère} ligne de traitement antirétroviral (TARV)



Annexe 4 : Algorithme de passage de la deuxième ligne à la troisième ligne

Passage à la 3^{ème} ligne thérapeutique chez les PVVIH en échec thérapeutique d'une 2^{ème} ligne de traitement antirétroviral (TARVL₂)



° renforcer et optimiser l'Observance

Annexe 5 : Comité national de passage en troisième ligne

COMITE NATIONAL DE LA 3^e LIGNE

1. Objectif général : aider à mieux gérer les passages en troisième ligne
2. Objectifs spécifiques :
 - former les prescripteurs à la gestion des échecs de la 2^{ème} ligne
 - décider de la mise du patient sous traitement de la 3^{ème} ligne
 - Faire le suivi-évaluation de la cohorte adulte et enfant mis sous 3^{ème} ligne
 - Décentraliser la gestion des échecs de la 2^{ème} ligne vers les départements
3. Composition : 10 membres dont 1 secrétaire
4. Réunions : tous les 2 mois (dans la dernière semaine du deuxième mois du bimestre)
5. Procédure
 - 1) le médecin prescripteur envoie le rapport d'échec de la deuxième ligne du patient au secrétaire (+/- les autres membres)
 - 2) le secrétaire reçoit une demande de passage en 3^e ligne conforme au modèle ad hoc
 - 3) le secrétaire adresse une copie du rapport à chacun des membres
 - 4) chaque membre prépare un avis argumenté sur la demande et propose si besoin un traitement
 - 5) une date de réunion consensuelle sera fixée tous les 2 mois (dernière semaine du 2^e mois du bimestre)
 - 6) les conclusions sont adressées au prescripteur par la voie la plus appropriée
 - 7) si l'avis est favorable : inclure le patient dans la cohorte de 3^e ligne et poursuivre le suivi en se référant au DPNP.
 - 8) Si l'avis est défavorable : formuler des conseils au prescripteur

Annexe 6 : Modèle de rapport médical de passage en troisième ligne

RAPPORT MEDICAL

Concerne passage en 3^e ligne de Code du patient/...

Femme, née le (... 29 ans), **situation familiale**, **profession**, domicilié à est classé .. (..... **symptômes classant**) CD4 à cell. Mise sous ARV le avec **molécules ARV**.

Reprise Grossesse Acc / AME

MOIS	J0	M6	M12	M18	M24	M30	M36	M42	M48						
DAT															
E															
POID															
S															
ARV															
Indic															
ation															
du															
chan															
geme															
nt															
des															
molé															
cules															
CD4															
CV															

• **SUSPICION** /
CONFIRMATION /
ANCIENNETE DE L'ECHEC

ECHEC VIROLOGIQUE	ECHEC IMMUNOLOGIQUE	ECHEC CLINIQUE

• **RECHERCHE DES CAUSES D'ECHEC (OBSERVANCE/TOLERANCE)**

FACTEURS FAVORISANT l'observance et le succès thérapeutique futur	FACTEURS LIMITANT l'observance et le succès thérapeutique futur

• **DECISION du CTL :**

TARV de 3e ligne :