

**RÉPUBLIQUE D'HAÏTI**

**MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE  
ET DE LA POPULATION  
(MSPP)**

**Manuel de Normes de Prise en Charge  
Clinique et Thérapeutique  
des Adultes et Adolescents Vivant avec le VIH**

**HAÏTI 2008**

## PRÉFACE

Haïti se retrouve parmi les pays les plus touchés de la région des Amériques par l'épidémie du VIH/SIDA. Ce phénomène a un impact considérable sur les différents paramètres du développement humain et affecte toutes les forces vives de la société. Le gouvernement haïtien, conscient de l'ampleur de ce problème crucial, a élaboré, sous l'égide du Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), le plan stratégique national 2002-2006 en mettant l'emphase sur deux grands axes prioritaires : la prévention et la prise en charge. Ce plan étant arrivé à terme, un nouveau Plan Stratégique National Multisectoriel 2008-2012 (PSNM) est conçu, avec une forte participation des autres composantes étatiques en vue de mieux prendre en considération l'influence relative des autres déterminants de la santé et potentialiser les contributions des autres secteurs non seulement au renforcement de la réponse nationale au VIH/SIDA mais également à l'amélioration durable du statut sanitaire de la population dans la perspective de l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement d'ici 2015.

Depuis déjà plusieurs années, le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) s'est donné comme première priorité la promotion de l'accès universel aux services et aux soins en matière de VIH/SIDA en regard des grandes orientations mondialement adoptées par les Etats-membres des Nations Unies. A cet effet, un premier manuel de normes de « prise en charge clinique et thérapeutique » a été diffusé en 2003 en vue de la standardisation des soins destinés aux PVVIH. Aujourd'hui, tenant compte de nombreuses avancées scientifiques et de la disponibilité de nouvelles molécules d'ARV sur le marché, le MSPP a jugé nécessaire de procéder à l'actualisation de ce manuel de normes. Le processus a donc été initié les 9 et 10 Avril 2007 avec la tenue d'un atelier international de révision des « Normes de Prise en Charge Clinique et Thérapeutique des Adultes et adolescents Vivant avec le VIH ». Cet atelier de haut niveau, a réuni l'ensemble des Institutions partenaires travaillant dans le domaine du VIH/SIDA en Haïti et la participation d'experts nationaux et internationaux.

Ce manuel, à l'instar du précédent est destiné aux prestataires de services et est conçu en fonction des différents niveaux de hiérarchisation des soins par échelons au sein du système de santé. Le MSPP s'attend à ce que ces directrices normatives soient le guide officiel devant encadrer les nouvelles pratiques en matière de prestation de services de qualité sur toute l'étendue du territoire national.

Il s'agira surtout de mettre en œuvre les processus liés aux actes cliniques avec le maximum de rigueur technique possible, d'appliquer les dits protocoles avec précision, d'observer avec justesse les manifestations ou les effets des traitements, de les documenter et d'orienter la prise en charge vers l'efficacité et la satisfaction des PVVIH.

Le MSPP exhorte donc tous les intervenants à s'en approprier le contenu en vue de la standardisation de l'offre de services en appui à l'organisation d'un réseau de soins plus cohérent et intégré de services bio-psycho-sociaux tant au niveau institutionnel que communautaire et qui tienne compte de l'évolution des besoins en santé de la population cible et du développement des connaissances et des technologies.

Le MSPP remercie tous ceux qui d'une façon ou d'une autre ont contribué à la révision de ce manuel de normes notamment les partenaires nationaux multisectoriels, les agences de coopération externe et les institutions universitaires qui ont mis leur expertise à la disposition du MSPP. Grâce à leur engagement, ils ont significativement contribué à l'amélioration de la survie des PVVIH en leur permettant d'avoir accès à des soins de qualité pouvant satisfaire leurs attentes.

**Dr Robert AUGUSTE**

**Ministre de la Santé Publique et de la Population**

## **LISTE DES ACRONYMES**

<b>AES</b>	Accident à l'exposition du sang
<b>CDV</b>	Conseil et Dépistage Volontaire.
<b>CNLS</b>	Commission nationale de lutte contre le sida
<b>CS</b>	Centre de santé
<b>DOSS</b>	Direction d'Organisation des Services de Santé
<b>FHI</b>	Family Health International
<b>GHEKIO</b>	Groupe Haïtien d'étude du sarcome de Kaposi et des Infections Opportunistes
<b>HD</b>	Hôpital Départemental
<b>HS</b>	Hôpital Spécialisé
<b>HU</b>	Hôpital Universitaire
<b>INNTI</b>	Inhibiteur non-nucléosidique de la transcriptase inverse
<b>INTI</b>	Inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse
<b>IO</b>	Infections opportunistes
<b>IP</b>	Inhibiteur de protéase
<b>IST</b>	Infections sexuellement transmissibles
<b>IVA</b>	Inspection visuelle à l'acide acétique
<b>IVG</b>	Interruption volontaire de grossesse
<b>MSPP</b>	Ministère de la santé Publique et de la Population
<b>ONUSIDA</b>	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
<b>OPS/OMS</b>	Organisation panaméricaine de la santé / Organisation mondiale de la santé
<b>PEV</b>	Programme élargi de vaccination
<b>PF</b>	Planification familiale
<b>PNLS</b>	Programme national de lutte contre le sida
<b>PROMESS</b>	Programme des médicaments essentiels
<b>PTME</b>	Prévention de la transmission mère –enfant
<b>PVVIH</b>	Personnes vivant avec le VIH
<b>SSPE</b>	Service de soins de premier échelon
<b>TRO</b>	Thérapie de la réhydratation orale
<b>VIH</b>	Virus de l'immunodéficience humaine

# TABLE DE MATIERE

Préface .....	ii
Liste des Acronymes .....	iv
<b>INTRODUCTION ET MISE EN CONTEXTE.....</b>	<b>xi</b>
Justification .....	xii
Objectif général.....	xiii
Objectifs spécifiques.....	xiii
Resultats espérés.....	xiv
Champs d'intervention.....	xiv
Champs d'application .....	xv
<b>CHAPITRE I.....</b>	<b>16</b>
<b>NORMES GENERALES</b>	
1.1. Les normes de prise en charge des PVVIH.....	16
1.1.1 Vue d'ensemble .....	16
1.1.2 L'accueil .....	16
1.1.3 La Confidentialité.....	16
1.1.4 Le Consentement éclairé.....	17
1.1.5 La notification du partenaire .....	17
1.1.6 Le système de référence .....	18
1.1.7 La participation communautaire .....	18
1.2. Normes Générales et Spécifiques, champ d'intervention et niveau de complexité .....	19
1.2.1 Prise en charge des PVVIH au niveau primaire .....	19
1.2.2 Prise en charge au 2ieme echelon, niveau secondaire et tertiaire.....	20
<b>CHAPITRE II .....</b>	<b>24</b>
<b>LES PROTOCOLES THERAPEUTIQUES.....</b>	<b>24</b>
2.1 Mise en contexte.....	24
2.2 Quand faut-il débiter le traitement antirétroviral? .....	25
2.3 Prise en charge à long terme .....	25
2.3.1.-Patient symptomatique .....	25
2.3.2.- Patient asymptomatique .....	26
2.3.3 Bilan initial .....	28
2.3.4 Quel régime thérapeutique adopter ?.....	28
2.3.5. Schémas thérapeutiques.....	29
2.3.6 Critères d'initiation des antirétroviraux.....	29
2.3.7 Régimes de première ligne .....	30
2.4 Quand faut-il changer de régime thérapeutique? .....	33
2.4.1 Traitement en cas d'échec thérapeutique .....	34
2.5 Prise en charge a court terme.....	34
2.5.1. Prise en charge des accidents a l'exposition au sang (AES).....	36

2.5.2. Precautions Universelles .....	36
2.5.3. Prise en charge des cas de violences sexuelles .....	38

**CHAPITRE III.....46**

**APPROCHE DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DES INFECTIONS**

**OPPORTUNISTES.....46**

3.1. Mise en contexte.....	46
3.2. La tuberculose chez le PVVIH.....	49
3.2.1 Généralités .....	49
3.2.2 Dépistage de la Co-infection.....	49
3.2.3 Types de tuberculose.....	49
3.3. Risque de développement d'une IO en fonction des taux de CD4 .....	52
3.4. Particularités de la tuberculose chez les patients infectés par le VIH .....	52
3.5. Prise en charge des patients co-infectés .....	53
3.5.1 Traitement .....	54
3.6 Quand commencer le traitement antirétroviral .....	55
3.7 Prévention.....	56
3.8. Activités d'information, d'éducation et de communication .....	56
3.9 Prise en charge des diarrhées chroniques.....	59
3.9.1 Diarrhée chronique durant plus de 15 jours .....	60
3.9.2 Syndromes neurologiques et Toxoplasmose cérébrale.....	62
3.9.3 Pneumocystose .....	64
3.10. Prise en charge des infections cutanéomuqueuses .....	65
3.10.1 Infections a Candida .....	64
3.10.2 Prise en charge des infections virales .....	66

**CHAPITRE IV .....73**

**SUIVI DES PATIENTS .....73**

4.1. Suivi d'un patient non encore placé sous traitement antirétroviral .....	73
4.2. Particularités du Suivi au niveau primaire .....	75
4.3. Suivi d'un patient sous traitement antirétroviral.....	75
4.3.1 Calendrier de suivi .....	76
4.3.2 Principes généraux du suivi .....	76
4.3.3 Objectifs du suivi.....	77
4.3.4 Evaluation de l'adhérence au traitement .....	77
4.3.5 Evaluation de la tolérance et de la toxicité des médicaments .....	77
4.3.6 Surveillance de l'évolution clinique et biologique .....	78
4.4. Suivi clinique et biologique des patients sous traitement .....	79
4.4.1 Phase intensive .....	79
4.4.2 Phase de maintien .....	80
4.4.3. Indications des modifications du schéma thérapeutique.....	81
4.4.4 Eléments de Référence et contre référence.....	82
4.4.5 Normes d'accompagnement thérapeutique et adhérence.....	82
4.5. Les intrants stratégiques .....	85
4.5.1 Mécanismes d'interventions .....	86

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS .....	88
ANNEXES.....	89
ANNEXE 1 Suivi du patient VIH+ par niveau de soins.....	<b>89</b>
ANNEXE 2 Contrôle a faire a chaque visite.....	<b>92</b>
ANNEXE 3 Plan d'adherence .....	92
ANNEXE 4 Les groupes de medicaments pour la prise en charge des PVVIH ...	92
ANNEXE 5 Les examens necessaires si possible .....	92
ANNEXE 6 Liste des ARV disponibles en Haiti en 2007.....	92
ANNEXE 7 Dosage, posologie et effets secondaires des ARV .....	98
ANNEXE 8 Classification de l'OMS des stades cliniques .....	100
BIBLIOGRAPHIE .....	101

### **Comité technique de révision**

Georges Perrin	AIDS RELIEF
Yves Jean Gérard pierre Louis	FSGB
Jean Philippe Breux	OPS/OMS
Ermane Robin	SDSH-2007/MSH
Myriam Auguste	GHESKIO
Adrien Demès	I-TECH
Marie Junelle Jean-François Michel	UCP/PNLS

### **Experts internationaux ayant participé à l'atelier**

Chris Behrens	I-TECH
Papa Salif Sow	Université de Dakar, Sénégal
Anthony Amoroso	AIDS Relief/Univ. Maryland
Roy Gulick	GHESKIO/Cornell Univ.
Catherine Mc Gowan	Vanderbilt University



## Comité de synthèse

Marie Junelle Jean-François Michel	UCP/PNLS
Jean Ronald Cadet	UCP/PNLS
Georges Perrin	AIDS RELIEF
Yves Jean Gérard pierre Louis	FSGB
Jean Philippe Breux	OPS/OMS
Karoline Fonck	OPS/OMS
Ermane Robin	SDSH-2007/MSH
Myriam Auguste	GHESKIO
Adrien Demès	I-TECH
Marcarthur Charles	GHESKIO
Harry Théodore	GHESKIO
Richard Larosiliere	GHESKIO
Max Hélio Joseph	FHI
Antoine Fadoul	SCMS
Chantal Calvel	CONCERN
Fleurimonde Charles	ICC-CAT
Richard D'Meza	PNLT
Richard Milo	PNLT
Magalie Rosemond	DPMMT
Brunel Delonnay	UCP
Paula Brunache	MSH

## **Consultant Rédacteur du manuel**

- Paul Adrien

Group CFM

## INTRODUCTION ET MISE EN CONTEXTE

Le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), à travers son Programme National de lutte contre les IST/VIH/SIDA (PNLS) s'est engagé à maximiser les activités de prise en charge en vue d'améliorer la survie des PVVIH et par conséquent de diminuer l'impact de l'épidémie du VIH/SIDA en Haïti. Il a fallu déterminer les voies et moyens pour atteindre cet objectif, en mobilisant les ressources nécessaires.

Vers l'année 2001, l'ONU, à travers le Fonds Mondial, a décidé d'accorder une aide financière aux pays à ressources limitées dont Haïti est l'un des principaux pays bénéficiaires. Ce financement a permis de renforcer non seulement les stratégies de prévention mais aussi de faciliter l'accès aux médicaments antirétroviraux pour une meilleure prise en charge des PVVIH.

En 2004, le Plan d'Urgence Présidentiel pour l'Aide contre le SIDA (PEPFAR) est venu s'ajouter à la liste des autres agences de financement. Ces fonds ont permis de réaliser l'extension des sites de prise en charge clinique et thérapeutique des PVVIH tout en renforçant ceux déjà existants. Le MSPP a bien saisi ces opportunités financières et se fixe un objectif beaucoup plus large qui est : d'aboutir, d'ici 2015 à l'accès universel aux soins et aux ARV tout en continuant à intensifier les activités de sensibilisation et de prévention.

Le Nouveau Plan Stratégique National Multisectoriel 2008-2012 qui est le fruit d'un large consensus entre les différents secteurs de l'Etat et de la société, prône cette universalité de soins tout en déterminant les grands axes stratégiques devant permettre d'atteindre cet objectif.

Ce nouveau manuel est élaboré à partir de la synthèse des travaux issus de l'atelier, lesquels ont été soumis à l'appréciation et aux réflexions de spécialistes ayant une grande expérience dans le traitement des patients vivant avec le VIH/SIDA. Les experts ont travaillé sur l'analyse de nouvelles stratégies thérapeutiques applicables en Haïti et touchant

principalement les problèmes d'adhérence au traitement, l'accessibilité aux services, les infections opportunistes, la co-infection TB/VIH, la gestion des intrants de laboratoire et des médicaments, le suivi du patient,... Les régimes thérapeutiques de première et de deuxième ligne ont été choisis à partir de critères de qualité, d'efficacité, d'adaptabilité et d'accessibilité

Dans cette nouvelle démarche, le MSPP se charge de donner une réponse rationnelle en s'assurant non seulement de la disponibilité des antirétroviraux (ARV) et médicaments contre les Infections opportunistes (IO), mais aussi de l'actualisation et la diffusion de normes régissant l'utilisation de ces molécules. Ces nouvelles approches thérapeutiques offriront l'opportunité d'expérimenter de nouveaux modèles d'offre de services intégrés et de développer d'autres approches thérapeutiques en tenant compte du profil épidémiologique des pathologies les plus couramment rencontrées dans le domaine.

## **Justification**

Le droit à la santé est reconnu par la Constitution de 1987 qui libéralise dans son article 19, l'accès aux soins à tous les citoyens sans exclusive. Depuis 1982 le MSPP, en institutionnalisant les trois niveaux de complexité du système de santé, préconise l'intégration des services en vue d'atteindre des résultats synergiques.

La prévalence des infections sexuellement transmissibles et l'émergence de l'infection à VIH ont généré de nouveaux défis d'ordre éthique, biologique et juridico-légal que seule une approche concertée peut aider à relever. Les PVVIH ont des droits en matière d'accès aux soins qui sont garantis par la Constitution qui bannit toute forme de discrimination.

Les Normes Nationales de Prise en Charge Clinique et Thérapeutique des PVVIH ont été finalisées et diffusées au début de l'année 2004. Elles ont été élaborées en référence au Plan Stratégique National 2002-2006 qui prévoyait un ensemble de mesures devant permettre d'améliorer la qualité de vie des PVVIH. Il s'avérait nécessaire de normaliser la prise en

charge en vue d'offrir des soins de qualité selon les standards universellement reconnus et en adéquation avec les réalités d'un pays à ressources limitées comme Haïti.

L'ancien manuel de Normes publié en 2004 avait beaucoup de limitations et englobait la prise en charge de tous les PVVIH indépendamment de l'âge. Cependant en regard des nouvelles connaissances scientifiques, le MSPP a procédé à la révision de ces normes en vue de les adapter aux progrès internationaux enregistrés dans le domaine de la prise en charge clinique et thérapeutique du VIH/SIDA. Ce nouveau manuel de 2007 est conçu pour rationaliser la prise en charge clinique et thérapeutique des patients atteints de VIH/SIDA en tenant compte des bonnes pratiques en cours et des leçons apprises ces dernières années en Haïti et dans le monde. Il est destiné aux médecins, infirmières et toute autre catégorie de prestataires en fonction du niveau de compétences spécifiques et des niveaux de complexité de la pyramide sanitaire.

## **Objectif général**

Standardiser la prise en charge des adultes et adolescents vivant avec le VIH au niveau national en tenant compte des réalités du pays.

## **Objectifs spécifiques**

1. Produire un nouveau manuel de normes de prise en charge clinique et thérapeutique en tenant compte de l'évolution du contexte haïtien et des avancées scientifiques
2. Produire un nouveau manuel destiné au PVVIH adultes et adolescents en incluant les schémas thérapeutiques de deuxième ligne tout en révisant ceux de la première ligne
3. Etablir des protocoles standardisés pour la prise en charge du VIH/SIDA et de la co-infection TB/VIH.

## Résultats espérés

Offrir au personnel soignant des divers échelons du système de santé des méthodes actualisées, adaptées et simplifiées l'habilitant à assurer une bonne prise en charge des PVVIH.

Les nouvelles directives du manuel sont mises en application par les prestataires de services sur l'étendue du territoire :

- La qualité de vie des patients est améliorée
- La prévalence des infections opportunistes est considérablement réduite
- La résistance immunitaire chez les individus infectés au VIH est augmentée
- Un plan d'adhérence et de suivi systématique des patients est mis en place

## Champs d'intervention

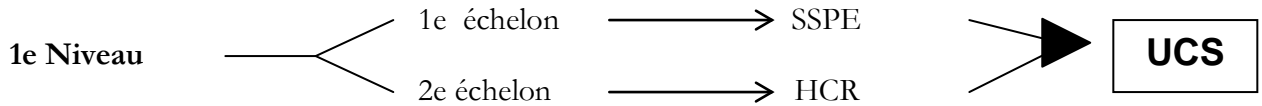
Quatre champs d'intervention ont été identifiés compte tenu de leur importance et de leur magnitude :

1. Prise en charge clinique et thérapeutique des PVVIH ne nécessitant pas d'ARV
2. Prise en charge clinique et thérapeutique des PVVIH qui ont besoin d'ARV
3. Prise en charge thérapeutique des cas d'exposition au sang
4. Prise en charge thérapeutique des cas d'agression sexuelle

Suivi systématique de tous les cas se rapportant aux quatre champs d'intervention susmentionnés

## Champs d'application

Les niveaux opérationnels définis par le MSPP regroupent les institutions de premier, deuxième et troisième niveau.



**SSPE** : Services de santé de premier échelon, regroupant les centres de santé ne possédant pas de structure de laboratoire ou disposant d'un laboratoire de base

**HCR** : Hôpital communautaire de référence disposant des 4 services de base et de laboratoire

**2e Niveau** : Hôpital départemental, doté de laboratoire équipé, des 4 services de base et d'autres services spécialisés.

**3e Niveau** : Hôpital spécialisé et universitaire disposant de laboratoires permettant de réaliser des tests sophistiqués

# **CHAPITRE I**

## **NORMES GENERALES**

### **1.1. Les normes de prise en charge des PVVIH**

#### **1.1.1. Vue d'ensemble**

La prise en charge clinique et thérapeutique dépendra de l'état général du PVVIH, de l'évidence de signes et symptômes cliniques, de son consentement éclairé et du niveau de prestation de soins. Le VIH/SIDA n'étant pas seulement un problème biomédical mais aussi un phénomène social pluridimensionnel, l'approche multidisciplinaire est un facteur déterminant dans la lutte contre ce fléau. Toutefois les éléments fondamentaux suivants doivent être pris en compte dans tous les cas de figure et à tous les niveaux du système de santé.

#### **1.1.2. L'accueil**

L'accueil sera organisé de façon confidentielle et non discriminatoire. Ce service fournira aux patients toutes les informations prévues dans le calendrier des séances d'éducation sanitaire de routine. Les PVVIH seront canalisés vers un service de soins intégrés, destiné à la prise en charge des maladies infectieuses incluant les IST, des pathologies d'affinité comme la tuberculose et à la prise en charge psychosociale.

#### **1.1.3. La Confidentialité**

Toutes les conditions doivent être réunies pour mettre en confiance le patient et lui assurer une confidentialité. Les dossiers seront codifiés et les numéros de code seront utilisés pour les demandes d'examen de laboratoire et d'autres procédures para-cliniques. Il sera remis à chaque patient son numéro de code à présenter au service d'accueil en vue du déclasserment des dossiers à chaque visite subséquente. Si le patient perd son numéro de code, il en fera la notification à la section d'enregistrement en rappelant son nom de famille ainsi que son lieu de résidence pour faciliter le déclasserment de son dossier. Une nouvelle carte lui sera donc remise.



En cas de référence d'un niveau à l'autre ou vers un spécialiste privé, le patient aura droit à une copie de son dossier médical s'il en fait la demande. L'Institution ne sera donc pas responsable de la divulgation d'informations résultant d'une mauvaise gestion du dossier par son détenteur. L'information sur la situation sérologique du PVVIH ne pourra être partagée avec son partenaire ou un membre de sa famille sans son consentement.

#### **1.1.4. Le Consentement éclairé**

L'individu doit être informé de façon claire et précise de sa situation sérologique, de ses implications sur sa santé, de ses incidences sur son partenaire, des possibilités thérapeutiques actuelles et des exigences de suivi médical. Tous les aspects de traitement seront abordés au cours de l'entretien en vue de déboucher sur un consensus quant à l'acceptation du régime ARV proposé, de sa durée, de son efficacité et de ses limitations. Le PVVHI doit participer de façon consciente à la prise de décisions sur le choix du régime ARV après en être renseigné des avantages et de ses éventuels effets secondaires.

Dans aucun cas le médecin ou tout autre prestataire ne sera autorisé à initier une thérapie si efficace qu'elle soit sans en discuter avec le PVVIH ou à défaut avec un proche ou un tuteur s'il s'agit d'un mineur.

Dans le cas de la recherche fondamentale, des essais cliniques ou vaccinaux, le PVVIH doit avant tout enrôlement être imbu de la nature des produits à expérimenter, de leur innocuité, des risques éventuels, des avantages attendus sur la santé collective et des procédures d'indemnisation dans la perspective d'invalidité ou d'accident mortel.

#### **1.1.5. La notification du partenaire**

Il est impératif d'encourager le PVVIH à informer son partenaire de sa situation sérologique et de l'inciter à se faire tester. Cette démarche vise à dédramatiser l'infection à VIH et à briser la chaîne de contamination. Elle ouvre aussi la voie à la tolérance qui permet de réduire l'impact du VIH sur l'individu et la communauté. Aucune contrainte de quelque nature que ce soit ne devrait être exercée sur le PVVIH pour amener son partenaire à l'institution de soins.

Le prestataire formé en counselling devrait aménager un espace permanent de dialogue avec le client pour mieux le préparer à aborder le sujet avec son partenaire et le décider à se présenter à l'établissement de soins pour une prise en charge intégrale comprenant le soutien conseil, le dépistage volontaire et le traitement. Dans cette dynamique la participation des réseaux de PVVIH serait grandement souhaitée et devrait servir de passerelles de communication entre la communauté, les établissements de santé fournissant les services de dépistage.

#### **1.1.6. Le système de référence**

La référence s'effectuera à travers les 3 principaux niveaux de complexité du système de soins A, B, C mais s'étendra aussi au secteur privé spécialisé. Des liens étroits devraient être établis entre le dépistage et la prise en charge clinique et psychosociale.

Des fiches codifiées seront utilisées pour le laboratoire tandis que les dossiers personnalisés seraient transmis au personnel soignant des différents niveaux ainsi qu'aux spécialistes privés. En vue de garantir le caractère confidentiel des résultats qui seront expédiés par le personnel ayant effectué le test, outre l'utilisation des codes, ils seront livrés sous pli cacheté.

Toute demande de consultation d'un niveau à l'autre devrait être accompagnée d'informations précises sur le statut sérologique de l'individu qui devrait en être renseigné au préalable pour avoir son avis. En cas de refus, l'individu bénéficiera d'une nouvelle séance de counselling jusqu'à ce qu'il accepte que son statut soit révélé au médecin consultant ou tout autre prestataire qui serait sollicité dans le cadre de sa compétence. La mobilisation communautaire sera un élément essentiel dans la mise en place et la bonne marche de ce système de référence.

#### **1.1.7. La participation communautaire**

L'équipe médicale et paramédicale ne pourra à elles seules assurer la prise en charge intégrale du PVVIH. Les leaders communautaires doivent jouer un rôle important dans la mobilisation sociale en vue d'augmenter la fréquentation des centres de CDV et de répercuter l'information sur la prévention IST/VIH à travers les différentes organisations locales. Ils interviendront aussi dans la prestation des soins primaires par la diffusion des messages et fourniront

l'encadrement psychosocial aux PVVIH. Le sida étant d'abord un phénomène de société, l'engagement de la communauté facilitera l'émergence d'une atmosphère de tolérance sans laquelle la prise en charge accuse des déficits aux incidences négatives sur la santé physique et mentale des PVVIH.

## **1.2. Normes Générales et Spécifiques, champ d'intervention et niveau de complexité**

Une personne qui est dépistée comme VIH+ sera classée cliniquement selon les stades cliniques de l'OMS (Voir annexe) :

- Stade I : asymptomatique
- Stade II : maladie peu sévère
- Stade III : pathologie modérée
- Stade IV : SIDA

### **1.2.1. Prise en charge au niveau primaire, 1er échelon (SSPE)**

La prise en charge au niveau du 1<sup>er</sup> échelon est surtout symptomatique, palliatif et supportif. Le prestataire devra utiliser la classification de l'OMS pour situer le stade clinique du patient en attendant que le taux de CD4 soit connu. A noter que tout patient séropositif doit bénéficier d'une évaluation médicale initiale.

#### **a. Normes générales**

Le PVVIH référé ou se présentant de son plein gré, muni de son statut sérologique est accueilli par le personnel du SSPE qui prépare un dossier codifié dont le numéro est remis à l'individu pour être ensuite orienté vers le service d'assistance conseil.

Une séance d'assistance-conseil sera réalisée par l'auxiliaire ou l'infirmière ou le travailleur social ou à défaut par un agent de santé formé au counselling pour le VIH dans une salle fermée en vue de garantir la confidentialité et la création d'une atmosphère de confiance entre l'individu et le prestataire.

## **b. Normes spécifiques**

L'anamnèse permettra de déterminer l'existence des facteurs de risque du VIH (sexuel, transfusionnel), les antécédents médicaux (IST, TB ou autres), familiaux (statut matrimonial), la situation socio-économique et la présence des signes ou symptômes d'une affection.

L'entrevue sera suivie de l'évaluation somato-fonctionnelle qui comprendra :

L'examen physique complet incluant :

- Le statut pondéral
- La recherche d'adénopathies
- La température
- La recherche de mugets bucco-pharyngés
- La recherche de lésions dermatologiques
- La recherche de troubles du transit intestinal

## **c. Conseils en PF**

Les méthodes de planification familiale sont proposées au PVVIH pour prévenir les grossesses non désirées. Outre le préservatif et la double protection, l'abstinence est une option à considérer.

Le prestataire accorde le temps nécessaire pour aider le PVVIH à maîtriser les principes de négociation du préservatif avec son partenaire. Il faut également le convaincre d'éviter de transmettre le virus et de s'exposer au risque de surinfections qui peuvent avoir des conséquences néfastes sur sa santé

### **1.2.2. Prise en charge au niveau primaire (2<sup>e</sup> échelon HCR), secondaire et tertiaire**

#### **a. Normes spécifiques**

- En plus des services offerts au niveau du SSPE, l'encadrement psychologique est fourni à tous les patients séropositifs par une équipe multidisciplinaire composée d'un psychologue et d'assistants sociaux, d'infirmières ou d'auxiliaires, formées en assistance-conseil. Ce support doit précéder toute évaluation clinique ou biologique.

L'examen physique comprend outre les procédures habituelles, la recherche systématique des signes suivants :

- Hépatomégalie
- Splénomégalie
- Troubles neurologiques
- Troubles du transit
- Impotence fonctionnelle
- Troubles de la fonction respiratoire et cardiaque
- Troubles visuels
- Troubles mentaux

Un examen gynécologique devrait être pratiqué pour la détection précoce de tumeurs néoplasiques. Il s'agit d'une inspection visuelle du col utérin à l'acide acétique (IVA) ou d'un Pap. Smear.

Le bilan biologique initial porte sur les examens suivants :

- Hémogramme
- Chimie sanguine
- Transaminases hépatiques
- Créatinine
- CD4
- PPD
- Examen des Crachats
- Radiographie du Thorax si nécessaire

Des visites de suivi doivent être programmées tous les mois en vue de maximiser le degré de motivation du patient et de prévenir toute complication. Le contrôle des CD4 se fera chaque six mois.

Des conseils nutritionnels seront prodigués au PVVIH en vue d'équilibrer sa diète quotidienne et de prévenir la malnutrition protéino-calorique.

## **1.3. Prise en charge thérapeutique des PVVIH symptomatiques**

### **1.3.1. Niveau primaire (1<sup>er</sup> Echelon)**

#### **a. Normes générales**

Le paquet minimum de services doit comprendre les éléments suivants :

- Séances d'assistance/ conseil
- Anamnèse /examen physique de routine
- Promotion des comportements sécuritaires
- Conseil nutritionnel
- Conseil en Planification Familiale

#### **b. Normes spécifiques**

Des séances d'assistance-conseil doivent se réaliser dans les conditions optimales de confidentialité par l'auxiliaire, l'infirmière ou à défaut par un agent de santé formé. Au cours de l'entretien, du matériel éducatif et préventif est distribué à chaque PVVIH. Des conseils sur son régime alimentaire lui sont aussi prodigués.

L'examen physique comprend :

- Le statut pondéral
- La recherche de troubles respiratoires

- La recherche de troubles du transit
- La recherche d'affections bucco-pharyngées
- La recherche de lésions dermatologiques
- La prise de température
- La recherche des adénopathies

En attendant que le personnel du premier niveau soit formé en vue d'assurer le suivi adéquat du PVVIH, l'usage de molécules anti-rétrovirales est recommandé à ce niveau seulement à titre prophylactique et de courte durée dans les cas d'agression sexuelle et d'exposition accidentelle au sang et de la PTME. Une trousse d'urgence sera mise à cet effet à la disposition du personnel soignant. Un aide-mémoire permettra au prestataire de cet échelon d'administrer ces produits en urgence avant de procéder à la référence de la victime de viol ou de l'accidenté.

## CHAPITRE II LES PROTOCOLES THERAPEUTIQUES

### 2.1. Mise en contexte

Les expérimentations thérapeutiques réalisées ces dernières années indiquent que certaines molécules sont mieux appropriées que d'autres et mettent à la disposition des prestataires de nouvelles opportunités de repenser les choix en cours. Ce développement accru des sciences médicales oblige à trouver des stratégies thérapeutiques de plus en plus adaptées aux différentes pathologies en vue d'une meilleure prise en charge des patients. Toutefois, les facteurs d'influence suivants doivent être pris en compte pour mieux articuler cette prise en charge.

- La population naïve, concept qui indique que le PVVIH n'a jamais reçu de médication anti-rétrovirale
- La disponibilité et l'accessibilité des médicaments, pré-requis pour l'élaboration des protocoles
- L'adhérence qui peut compromettre l'efficacité des régimes à doses multiples
- La résistance aux antirétroviraux
- L'entreposage des médicaments qui nécessitent parfois un traitement particulier en matière de conservation
- Les effets indésirables, susceptibles de réduire l'adhérence au régime
- Le pouvoir économique des patients conditionnant l'accessibilité au traitement
- Les infections intercurrentes notamment la tuberculose
- Les pratiques ataviques comme l'automédication qui est une cause de résistance
- Le suivi clinique et le support para-clinique
- Le niveau de complexité du système de santé
- L'acceptabilité par le patient de son statut sérologique
- La stigmatisation par rapport au sida
- La préparation de la communauté



## 2.2. Quand faut-il débiter le traitement antirétroviral?

L'institution de toute thérapie anti-rétrovirale dépendra des facteurs d'influence ci-dessus mentionnés et du statut clinique et immunologique du patient

La durée du traitement antirétroviral est illimitée mais la réponse immunitaire ainsi que la diminution de la charge virale peuvent être obtenues après 6 à 12 mois de traitement

Le traitement anti-rétroviral sera administré à tout PVVIH dont le compte lymphocytaire CD4 est  $< 200 \text{ mm}^3$  ou à tout patient se situant au stade 3 ou 4 de l'OMS.  
Le traitement anti-rétroviral peut être envisagé pour tout PVVIH avec taux de CD4  $< 350$

La prise en charge thérapeutique se divisera en prise en charge à long terme et comprendra les soins aux adolescents et adultes et en prise en charge à court terme regroupant l'approche prophylactique dans les cas d'accident à l'exposition au sang (AES) et d'agression sexuelle.

NB : La prévention de la transmission mère-enfant (PTME) n'est pas abordée dans le présent manuel et a fait l'objet d'un autre manuel séparé traitant spécifiquement de cette thématique.

## 2.3. Prise en charge à long terme

Cette section concerne les adolescents et les adultes éligibles à une thérapie anti-rétrovirale de longue durée et comprend les soins au patient symptomatique et asymptomatique.

### 2.3.1. Patient symptomatique

Le PVVIH symptomatique ou PVS se définit comme tout patient adulte infecté au VIH et présentant des signes cliniques (voir stades cliniques en annexe) et une ou des infections opportunistes.

Tout patient se présentant au stade 3 ou 4 de l'OMS est éligible au traitement anti-rétroviral même quand le compte lymphocytaire des CD4 n'est pas disponible.

En cas d'émergence d'infections opportunistes ou d'infections intercurrentes comme la tuberculose, la thérapie anti-rétrovirale sera différée en fonction de l'état clinique du patient. Ce report tiendra compte des conditions suivantes :

- a) Si l'état clinique du patient est conservé, le traitement anti-tuberculeux sera administré suivant les normes nationales.
- b) En cas d'altération modérée de l'état clinique du patient, la thérapie anti-rétrovirale devra être instituée après la phase intensive du régime de traitement anti-tuberculeux.

Mais si le patient est à un stade avancé du SIDA avec une détérioration significative de l'état clinique le traitement antirétroviral et le traitement anti-tuberculeux seront administrés simultanément.

### 2.3.2. Patient asymptomatique

Le PVVIH asymptomatique est tout individu infecté au VIH mais qui ne présente pas de symptômes ou de signes cliniques.

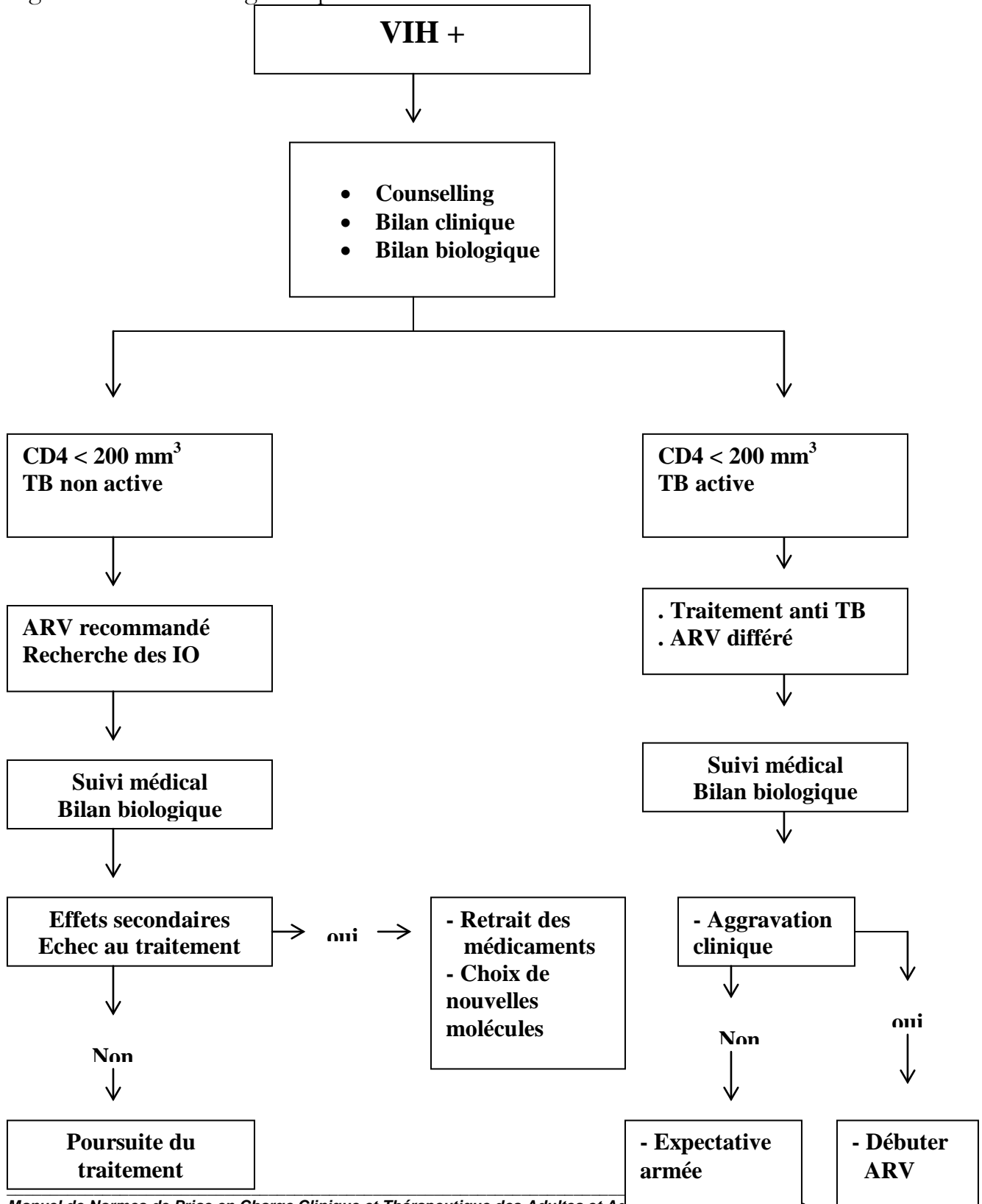
La conduite à tenir ainsi que le choix thérapeutique à adopter seront déterminés par l'évolution de l'infection et le niveau des CD4. Les niveaux de CD4 sont donc des repères importants pour initier le traitement comme l'indiquent les hypothèses suivantes :

- $CD4 \leq 200 \text{ mm}^3 \Rightarrow$  Traitement recommandé, suivi clinique chaque mois
- $CD4 \text{ } 201\text{-}349 \text{ mm}^3 \Rightarrow$  Suivi médical chaque mois + Traitement éventuel
- $CD4 \text{ } 350\text{-}500 \Rightarrow$  Suivi médical chaque 3 mois et abstention médicamenteuse.
- $CD4 > 500 \Rightarrow$  Suivi médical chaque 6 mois et abstention médicamenteuse

N.B : En l'absence du taux de CD4, le traitement antirétroviral peut être entamé si le patient est en stade clinique 3 ou 4, mais différé pour un patient en stade 1 ou 2.

Cependant il faut rappeler que le statut clinique peut servir de guide pour décider de l'opportunité du traitement quand pour des raisons technologiques le compte des CD4 n'est pas disponible.

Figure 1. Prise en charge des patients VIH+



### **2.3.3. Bilan initial**

Avant de débiter le traitement antirétroviral, la décision du clinicien quant au choix des molécules dépendra du bilan clinique et biologique du patient.

#### **a. Bilan clinique**

Le bilan clinique permettra de situer le stade de la maladie et d'évaluer globalement le patient. Il comprendra aussi un support psychologique au patient.

#### **b. Bilan biologique**

Le bilan biologique se fondera sur les paramètres biologiques suivants :

- Taux d'hémoglobine
- Transaminases sériques
- Taux de créatinine
- Glycémie
- Cholestérolémie
- Urine
- Compte T4 (CD4)
- PPD
- Crachats
- Bilan rénal

Il est à noter que cette liste n'est pas exhaustive car l'utilisation de certaines molécules peut commander le recours à d'autres tests spécifiques.

### **2.3.4. Quel régime thérapeutique adopter ?**

Avant d'élaborer un protocole, il faut s'assurer de la disponibilité des molécules qui seront utilisées dans les différents schémas à proposer. La sélection des molécules dépend des critères suivants :

- Les risques de résistance
- Les effets indésirables
- Les pathologies intercurrentes notamment la Tuberculose qui est de loin l'infection opportuniste la plus prévalente en Haïti

### 2.3.5. Schémas thérapeutiques

Les schémas thérapeutiques suivants représentent les principales alternatives pour le choix du régime à offrir au patient en fonction de son état. Cinq facteurs fondamentaux sont retenus pour la sélection des ARV recommandés :

- La conservation
- Niveau moindre de toxicité
- l'absence d'interactions avec les anti-TB.

Voici les principes fondamentaux qui ont guidé le choix des régimes de première ligne et de ceux de deuxième ligne en cas d'échec à la première ligne.

- Le régime de première ligne doit être facile à prendre pour encourager l'adhérence du patient et aussi facile à administrer afin que les travailleurs de soins ayant un minimum de formation clinique puissent l'administrer.
- Les nouvelles données scientifiques démontrent l'efficacité et le risque réduit de toxicité du régime TDF+FTC+EFV par rapport au régime AZT+3TC+EFV.

### 2.3.6. Critères d'Initiation des antirétroviraux

Les critères de l'OMS concernant l'initiation du traitement antirétroviral chez les adultes et adolescents infectés au VIH sont les suivants :

Tableau 1. Critères d'initiation des antirétroviraux

<b>CD4</b>	<b>Conduite à tenir</b>
<200	Amorcer le traitement antirétroviral
200-350	Considérer le traitement antirétroviral
>350	Différer le traitement antirétroviral

*En absence du taux de CD4, le traitement antirétroviral peut être entamé si le patient est au stade clinique III ou IV, mais est différé pour un patient en stade I ou II.*

### 2.3.7. Régimes de première ligne

Compte tenu des nouvelles données scientifiques sur le ténofovir (TDF) et les effets secondaires, le MSPP recommande les régimes de première ligne suivants :

Régime de première ligne préféré : **TDF + FTC + EFV ou NVP**

Régimes de première ligne alternatifs :

**AZT + 3TC + EFV ou NVP**

**d4T + 3TC + EFV ou NVP**

L'introduction du ténofovir (TDF) comme molécule de première ligne n'exclut pas son utilisation comme deuxième ligne chez certains patients non exposés antérieurement à cette molécule (voir ci-dessous).

L'utilisation de TDF nécessite une évaluation et un suivi des paramètres rénaux avant et durant le traitement, car son utilisation est contre-indiquée chez les patients avec des problèmes rénaux (fréquent parmi les PVVIH).

Il est à noter que l'utilisation du TDF n'est pas approuvée chez les enfants à cause du risque de toxicité osseuse ; son effet sur le fœtus est en cours d'investigation et par conséquent, son utilisation chez les femmes enceintes ou les femmes en âge de procréer peut poser un problème.

#### a. Cas particuliers :

- Le MSPP recommande **AZT/3TC/ABC** ou **AZT/3TC/TDF** comme régime de première ligne chez les tuberculeux qui doivent amorcer les deux traitements simultanément. A la fin de la thérapie antituberculeuse, on peut envisager de remplacer l'abacavir à l'efavirenz. En cas d'anémie, AZT peut être remplacée par d4T.
- L'efavirenz (EFV) n'est pas recommandé chez les femmes en âge de procréer. Toute femme en âge de procréer recevant l'efavirenz (EFV) doit consentir à utiliser deux méthodes contraceptives (i.e. préservatif et progestatif). Toute femme infectée au VIH qui deviendrait enceinte sous EFV doit être placée sous névirapine.
- La névirapine est contre-indiquée chez les personnes ayant un *taux initial* de lymphocytes CD4 supérieur à 350 cellules/mm<sup>3</sup>.

#### b. Régimes de deuxième ligne

L'inhibiteur de la protéase (IP) constitue l'élément essentiel d'un régime de deuxième ligne. Le MSPP recommande les régimes de deuxième ligne suivants suite à un échec thérapeutique :

- Si le régime de première ligne était AZT ou d4T +3TC + EFV ou NVP ou ABC, le régime de deuxième ligne serait **TDF/FTC + LPV/r**.
- Si le régime de première ligne était TDF/FTC + EFV ou NVP, le régime de deuxième ligne recommandé serait **AZT/3TC + LPV/r**.

Si le patient sous TDF/FTC+LPV/r se révèle intolérant au ténofovir (TDF) à cause d'un effet secondaire sévère ou d'une grave toxicité, le ténofovir peut être substitué par l'abacavir (ABC).

Si le patient sous AZT/3TC+LPV/r se révèle intolérant au zidovudine (AZT), celui-ci peut être substitué par le stavudine (d4T) à 30mg par jour.

Tableau 2. Régimes thérapeutiques

	Régime de 1ère ligne	Régime de 2ème ligne en cas d'échec
Préférable	TDF+FTC+EFV ou NVP	AZT+3TC <sup>1</sup> +LPV/r
Alternatif	AZT ou d4T +3TC+EFV ou NVP	TDF+FTC+ LPV/r

### c. Gestion des effets secondaires

Le MSPP appuie les recommandations de l'OMS (Révision en 2006) concernant la prise en charge des effets secondaires ou toxiques des antirétroviraux.

Tableau 3. Les effets secondaires et toxicité des antirétroviraux les plus fréquents

Toxicité hématologique	Suppression de la moelle osseuse dû au zidovudine (anémie, neutropénie)
Toxicité mitochondriale	Dû aux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (TI), comprenant acidose lactique, toxicité hépatique, pancréatite, neuropathie périphérique, lipomatrophie, et myopathie
Toxicité rénale	Néphrolithiase dû a l'indinavir (IDV) Insuffisance rénale tubulaire dû au ténofovir (TDF).
Réactions allergiques	Eruptions cutanées ou réaction d'hypersensibilité, plus fréquemment vues avec les inhibiteurs non-nucleosidiques de la TI, mais aussi avec certains inhibiteurs nucléosidiques comme l'ABC et quelques IPs.
Autres dysfonctionnements métaboliques	Plus fréquents avec les IPs et comprenant l'hyperlipidémie, le syndrome

<sup>1</sup> L'utilisation du 3TC ou FTC dans un régime de seconde ligne consiste à maintenir la mutation M184V qui aurait un effet bénéfique chez les malades.

	d'accumulation des graisses, la résistance à l'insuline, la diabète, et l'ostéopénie.
--	---

Grades des effets secondaires ou toxiques des ARV selon les recommandations de l'OMS :

- **Grade I** : Léger, faible sensation de gêne ; pas de limitation des activités ; aucune intervention médicale n'est nécessaire.
- **Grade II** : Modéré, limitation des activités ; pouvant nécessiter une intervention médicale
- **Grade III** : Sévère, limitation marquée des activités ; intervention médicale nécessaire et hospitalisation à considérer.
- **Grade IV** : Pouvant mettre la vie en danger ; grabataire ; hospitalisation impérative.

Tableau 4. Conduite à tenir face aux effets toxiques (grades III et IV) des antirétroviraux.

Molécule	Effet toxique	Substitution suggérée
ABC (abacavir)	Réaction d'hypersensibilité	AZT ou TDF ou d4T
AZT (zidovudine)	Anémie ou neutropénie sévère Toxicité gastro-intestinale sévère	TDF ou d4T ou ABC
	Acidose lactique	TDF ou ABC
d4T (stavudine)	Acidose lactique Lipo-atrophie ou syndrome métabolique	TDF ou ABC
	Neuropathie périphérique	AZT ou TDF ou ABC
TDF (tenofovir)	Insuffisance rénale tubulaire	AZT ou ABC ou d4T
EFV (efavirenz)	Toxicité persistante et sévère du système nerveux central	NVP or TDF or ABC
	Risque de tératogénicité (chez une femme enceinte durant le 1er trimestre ou une femme en âge de procréer n'utilisant pas une méthode adéquate de contraception)	NVP ou ABC
NVP (névirapine)	Hépatite	EFV ou TDF ou ABC
	Réaction d'hypersensibilité Eruption cutanée sévère ou syndrome de Stevens Johnson	TDF ou ABC

#### e. Quand penser à un échec thérapeutique ?

Après au moins 6 mois de thérapie antirétrovirale, s'il y a :

- Chute du taux de 50% ou plus ou retour du taux de lymphocytes CD4 au taux initial.
- Survenue d'infections opportunistes ou de maladies de stade III ou IV ou de tumeurs liés au VIH (Sarcome de Kaposi, lymphome).

#### f. Quels sont les signes d'échec au traitement ?

- Mauvaise adhérence durant les 6 premiers mois
- Chute de poids de 10% ou plus après 6 mois de traitement antirétroviral



- Chute du taux des lymphocytes CD4 de 50% ou plus ou retour au taux initial après 6 mois de traitement antirétroviral.
- Rechute de la tuberculose
- Diarrhée chronique

#### **g. Conclusions**

- Le MSPP recommande un régime de première ligne à base du ténofovir vu les récentes études démontrant l'efficacité et le risque réduit de toxicité des associations contenant le ténofovir par rapport à celles contenant l'AZT.
- Le MSPP supporte les recommandations de l'OMS concernant l'évaluation et la prise en charge des effets secondaires et toxiques des ARV.
- Le MSPP supporte également les recommandations de l'OMS concernant l'évaluation de l'échec thérapeutique, mais les recommandations pour un régime de seconde ligne en cas d'échec thérapeutique sont axées sur un IP (lopinavir/ritonavir) associé à des inhibiteurs nucléosidiques.

Ces régimes peuvent être utilisés sans risque en cas de grossesse et n'ont pas d'interactions avec la Rifampicine dans le cadre du traitement anti-tuberculeux. Ils ne sont pas très toxiques et ne sont pas tératogènes. Ils permettent aussi de réduire les problèmes d'adhérence en raison de leur posologie allégée.

## **2.4. Quand faut-il changer de régime thérapeutique?**

Au moment d'initier une thérapie anti-rétrovirale, le prestataire aura soin d'en préciser les limitations et de prévenir le patient des probabilités de changement du protocole qui lui est proposé. Le changement d'un régime dépendra des conditions suivantes :

- Toxicité du produit
- Intolérance, exprimée par le patient
- Echec thérapeutique, documenté par le bilan clinique et les paramètres biologiques et virologiques

En cas de toxicité, un arrêt de 15 jours de la molécule incriminée permettra de déterminer si les signes et symptômes disparaissent ou persistent. Dans le premier cas, la molécule à l'origine des effets toxiques sera remplacée par une autre molécule de classification similaire. Dans le second cas, c'est à dire si en dépit de la substitution les signes persistent, il faudra changer tout le régime.

***Il ne faut jamais réduire les doses des médicaments ou passer de la trithérapie à la bithérapie pour tenter d'atténuer des effets indésirables ou pour des raisons d'ordre économique.***

En cas de non-adhérence, le patient bénéficiera de séances intensives de counselling, de visites domiciliaires organisées par des auxiliaires, des agents de santé, des volontaires communautaires et des PVVIH pour l'encourager à adhérer au traitement.

#### **2.4.1 Traitement en cas d'échec thérapeutique**

L'échec se définit comme l'aggravation de l'état clinique de tout patient qui prend régulièrement ses médicaments aux doses prescrites mais sans une augmentation significative du nombre des CD4.

L'échec thérapeutique sera établi si les conditions suivantes se présentent :

- Diminution significative des CD4
- Augmentation de la virémie si charge virale possible
- Emergence d'infections opportunistes
- Altération marquée de l'état général du patient

*En absence de moyens spécifiques d'investigation des cas de résistance, l'évolution clinique sera considérée comme principal repère pour la prise de décisions concernant les modifications des protocoles*

Le traitement de rattrapage sera fonction du traitement initial. La molécule incriminée sera remplacée par une nouvelle au cas où la résistance spécifique a été prouvée sinon et en se basant sur des critères cliniques et immunologiques tout le protocole sera modifié.

## **2.5. Prise en Charge à court terme**

### **2.5.1. Prise en charge des cas d'accident à l'exposition au sang (AES)**

#### **Définition :**

L'AES est une exposition accidentelle à du sang (ou un liquide biologique) lors :

- d'une effraction cutanée due à une piqûre avec une aiguille ou une coupure avec un objet tranchant
- d'un contact avec du sang ou du liquide contaminé sur une plaie, une peau non intacte ou une muqueuse, permettant la pénétration de l'agent infectieux.

**Le personnel médical, infirmier et le personnel de soutien constituent la population exposée.**

Ces accidents sont surtout liés à la pratique professionnelle et à l'usage des instruments souillés (comme les rasoirs, seringues etc.).

L'institution où se produit l'accident a la responsabilité de la prise en charge de l'accidenté.

La notification formelle de tout cas d'exposition accidentelle au sang doit se faire dans les 24 heures qui suivent l'exposition.

#### **a. Prise en charge au niveau primaire (1<sup>er</sup> échelon)**

L'institution de soins doit :

1. Disposer d'une trousse d'urgence contenant des doses appropriées d'anti-rétroviraux et d'antiseptique pour initier la chimio-prophylaxie d'urgence dans les premières heures 72 heures qui suivent l'exposition
2. Etablir le statut sérologique du patient (VIH) si possible, et après consentement
3. Etablir en urgence par des tests rapides ne nécessitant aucune réfrigération et par consentement éclairé le statut sérologique du patient source quand son statut n'est pas connu.
4. Prévenir le tétanos chez l'accidenté en établissant son statut vaccinal pour décider de l'administration ou non du vaccin anti-tétanique selon les procédures nationales
5. Fournir un encadrement psychologique à l'accidenté et lui préciser les limites de l'approche thérapeutique. Il faudra aussi l'encourager à utiliser une double protection contraceptive.
6. Référer l'accidenté au niveau supérieur dans les meilleurs délais c'est-à-dire avant 72 heures. Au delà de 72 heures, la prise en charge n'est plus de mise.

#### **b. Prise en charge au niveau primaire (2<sup>e</sup> échelon), secondaire et tertiaire**

L'institution de soins doit :

- Disposer d'une trousse d'urgence à l'usage du personnel, entraîné en thérapie anti-rétrovirale spécifique aux AES.
- Si le patient index est VIH+, instituer le traitement anti-rétroviral dans les premières heures suivant l'exposition. La durée du traitement est de 28 jours
- Fournir un encadrement psychologique à l'accidenté
- Assurer un suivi médical rigoureux échelonné sur 12 mois en vue de déterminer le statut sérologique de l'accidenté.

### **2.5.1.1. Conduite à tenir immédiate**

#### **a. Nettoyage immédiat de la plaie**

- En cas de piqûre ou de blessure cutanée : nettoyer immédiatement à l'eau courante et au savon la zone atteinte, ensuite rincer, puis désinfecter.

Pour désinfecter, il est recommandé d'utiliser :

- Le soluté de Dakin ou l'eau de javel à 12% dilué au 1/10 avec un temps de contact de 10 minutes ou, à défaut

- De la polyvidone iodée solution dermique pure avec un temps de contact d'au moins de 5 minutes ou, à défaut,

- De l'alcool à 70° avec un temps de contact d'au moins 5 minutes.

- En cas de projection sur une muqueuse ou sur les yeux : rincer abondamment avec du sérum physiologique ou à l'eau pendant au moins 5 minutes.

#### **b. Evaluation du risque d'infection**

Cette évaluation sera assurée à chaque fois que cela sera possible en liaison avec l'équipe clinique qui a en charge le patient source.

Elle tiendra compte du fait que la plupart des accidents d'exposition au sang contaminé ne conduisent pas à une infection.

Le risque d'infection par le VIH lors d'un AES est faible, de l'ordre de 0,3 % lors d'effraction cutanée, 0,09% en cas de projection sur une muqueuse.

Le niveau de risque dépendra :

- du type d'agent pathogène (VIH, VHB, VHC)
- du type d'exposition : piqûre, coupure, profondeur de la plaie...
- de la quantité de sang incriminée ; une aiguille creuse à prélèvement est plus risquée qu'une aiguille creuse à injection, elle-même plus risquée qu'une aiguille pleine utilisée pour les sutures
- du stade clinique et de la charge virale du patient source au moment de l'accident. Dans le cas où il est connu comme séropositif il est important de se renseigner sur le stade de son infection, c'est à dire son taux de CD4, son stade clinique (primo-infection, sida). Si le statut de la personne source n'est pas connu ou ne peut pas être déterminé, la prophylaxie sera envisagée en présence de symptômes évoquant un SIDA ou de facteurs de risque chez la personne source

- Le risque d'infection est faible en cas d'exposition superficielle à une petite quantité de sang peu virémique.
- Le risque d'infection est élevé en cas d'exposition importante à un sang fortement virémique (inoculation profonde, par une aiguille creuse, d'une quantité notable de sang à charge virale élevée).

Trois niveaux d'exposition sont établis : minime, modérée, massive

Encadré 1. Niveaux d'exposition en cas d'AES

<b>Exposition massive</b>	Blessure profonde, saignement Aiguille creuse contenant du sang, Ponction veineuse ou artérielle Exposition à une grande quantité de virus (personne source au stade de primo-infection ou de SIDA)
<b>Exposition modérée</b>	Coupure avec un bistouri à travers des gants Blessure superficielle avec une aiguille creuse contenant du sang
<b>Exposition minime</b>	Blessure épidermique avec une aiguille pleine (suture) ou de petit calibre (IM, SC), pas de saignement, exposition muqueuse

### c. Tests sérologiques

Une fois établi, le niveau d'exposition on procédera à l'examen sérologique de la personne source de l'infection et de l'individu accidenté. L'accidenté doit être testé au moment de la notification ce, pour éviter tout biais.

L'examen sérologique se fera dans les heures qui suivent l'exposition. Si le patient source est négative il faut arrêter immédiatement le traitement initié mais si son test est positif la thérapie anti-rétrovirale lui sera administrée en tenant compte du niveau de risque.

En cas de séroconversion observée chez l'accidenté le protocole conventionnel de prise en charge des PVVIH leur sera appliqué. Dans tous les cas un paquet de services comprenant le counselling pré et post test et le support psychologique sera offert tant à la personne source qu'à l'individu exposé.

Le suivi clinique et biologique s'étendra sur une période de six mois. L'accidenté sera testé à J0 puis 3 mois et 6 mois après l'exposition.

#### 2.5.1.2. Choix du régime prophylactique

##### a. Exposition minime :

Counselling et sérologies immédiate et à 4 semaines

##### b. Exposition modérée et massive:

- Counselling et sérologie immédiate
  - AZT 300 mg 1cp 2 fois par jour + 3TC 150 mg 1cp 2 fois par jour pendant 28 jours à débiter le plus tôt possible après l'accident sans dépasser 72 heures
  - Cas particuliers:
    - Anémie:
      - D4T 30 mg 1cp 2 fois par jour + 3TC 150 mg 1cp 2 fois par jour
    - Suspicion de résistance (patient source traité et en échec thérapeutique):
- Trithérapie : AZT 300 mg 1cp 2 fois par jour + 3TC 150 mg 1cp 2 fois par jour + IP selon disponibilités; Préférentiellement Ritonavir/Lopinavir 133,3mg/33,3mg 3cap 2 fois par jour au cours d'un repas ou en son absence: Nelfinavir 250mg, 5cp 2 fois par jour au cours d'un repas, pendant 28 jours.

**NB : la névirapine ne doit pas être utilisée dans cette indication**

Un hémogramme est souhaitable à 15 jours de traitement.

### **2.5.1.3. Responsabilités selon les niveaux**

#### **a. Premier Echelon**

L'accidenté recevra les soins suivants :

- Lavage de la plaie à l'eau courante
- Nettoyage aseptique de la zone affectée avec l'une des solutions suivantes : Dakin, Polyvidone, Alcool. S'il s'agit d'une muqueuse le lavage se fera avec du sérum physiologique ou de l'eau.
- Counselling pour expliquer la nécessité de la prophylaxie et de l'adoption de mesures sécuritaires
- Test rapide pour établir le statut sérologique de l'accidenté et de la personne source
- Dose d'urgence d'anti-rétroviraux pour 48 heures en cas d'exposition modérée ou massive : AZT 300 mg 1cp 2 fois par jour + 3TC 150 mg 1cp 2 fois par jour ; référer en urgence pour le suivi du traitement
- Déclaration de l'accident

#### **b. Prise en charge au niveau du 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> Echelon**

La prise en charge est plus intégrale et comprend le paquet de services suivant :

- Lavage de la plaie selon les mêmes procédures utilisées au 1<sup>e</sup> échelon

- Soutien-conseil pré et post test et appui à l'observance du traitement
- Sérologies par test rapide à J0, 3 et 6 mois
- Sérologie HBV, la vaccination est recommandée si l'accidenté n'a jamais été immunisé contre le HBV
- Débuter la prophylaxie en cas d'exposition massive ou modérée et la poursuivre pendant 28 jours
- Suivi biologique du traitement (en dehors du suivi sérologique)  
Hémogramme souhaitable à 15 jours et transaminases à 1 mois
- Utilisation de préservatif jusqu'à la sérologie des 3 mois
- Déclaration de l'accident

### 2.5.2. Précautions universelles

La prévention des accidents d'exposition au sang repose sur l'observation systématique par le personnel de santé et de soutien des précautions universelles :

- Se laver les mains avant et après soins
- Porter un masque et des lunettes en cas de risque de projection ;
- Décontaminer les surfaces souillées par du sang avec de l'eau de Javel diluée à 10 % ou avec un autre désinfectant approprié.
- Ne pas re-capuchonner les aiguilles après utilisation
- Ne pas toucher l'aiguille du vacutainer après utilisation (utiliser une pince)
- Utiliser des Conteneurs spéciaux pour le matériel usagé
- Porter des gants pour manipuler les matériels souillés
- Panser ses plaies (des mains)
- Former le personnel soignant sur la prévention des AES et sur la conduite à tenir en cas d'accident.
- Promouvoir la vaccination de la population exposée (personnel de santé et de soutien) contre le VHB
- Ne pas pipeter à la bouche
- Transporter les prélèvements dans un récipient adapté
- Disposer des équipements de protection.

### 2.5.3. Prise en charge des cas de Violences sexuelles

#### **Définition :**

Tout acte de pénétration sexuelle, (c'est ce qui différencie le viol des autres agressions sexuelles) de quelque nature qu'il soit (c'est à dire toute pénétration sexuelle: vaginale, anale, orale ou pénétration par la main ou des objets) commis sur la personne d'autrui (une femme, un homme ou un enfant, connu ou inconnu, appartenant ou non à la famille) par

violence, contrainte, menace ou surprise (moyens utilisés par l'agresseur pour imposer sa volonté, au mépris du consentement de la victime).

### **2.5.3.1. Normes générales à tous les niveaux**

La déclaration de l'agression se fait dans la plus grande confidentialité dans les heures qui suivent la perpétration du forfait.

Un encadrement psychologique est fourni au moment de la déclaration

L'examen du patient se fait avec son consentement éclairé. Un formulaire de consentement doit être disponible à tous les échelons.

Un certificat médical sera délivré à la victime à des fins de poursuite judiciaire éventuelle

### **2.5.3.2. Normes spécifiques**

#### **a. Prise en charge au niveau primaire (1<sup>er</sup> échelon)**

Les antécédents sexuels doivent être établis au cours de l'évaluation clinique en vue de préciser une éventuelle corrélation entre l'agression et le statut sérologique de la victime.

L'anamnèse doit renseigner sur les points suivants :

- Intervalle entre l'agression et l'évaluation physique
- Date du dernier rapport sexuel librement consenti
- Mode de pénétration (vaginale, orale ou anale)
- Nombre d'agresseurs
- Lieu de l'agression

Ces informations doivent être collectées dans une fiche spécifique aux cas de viol, disponible au niveau de l'institution.

L'examen consiste à rechercher les lésions ou traces de violence au niveau du corps, des organes génitaux et de l'anus.

- Un test rapide VIH est pratiqué après consentement éclairé de la victime. Indépendamment du résultat, l'abstinence ou l'usage constant du préservatif ou une double protection est fortement recommandé par le prestataire.
- Le prestataire est autorisé à administrer des doses d'attaque standardisées d'anti-rétroviraux dans les heures qui précèdent la référence vers le 2<sup>e</sup> échelon/ niveau supérieur en vue d'une prise en charge globale.

#### **b. Prise en charge au niveau primaire (2<sup>e</sup> échelon), secondaire et tertiaire**



- Une attention particulière est accordée au traitement syndromique des IST les plus courantes notamment la syphilis, la gonorrhée, la chlamydiae, les trichomonias, le chancre mou.
- Le test VIH est effectué à J 0, M3, M6.
- Le traitement anti-rétroviral est administré à la victime pendant 4 semaines
- Si après 90 jours, le patient ayant reçu une thérapie d'anti-rétroviraux de 4 semaines, séroconvertit, il sera suivi selon les normes de prise en charge du PVVIH asymptomatique
- Toute personne victime d'agression sexuelle est soumise au test de détection de l'hépatite B avant de recevoir le vaccin correspondant. La femme enceinte violée doit suivre la médication anti-rétrovirale prévue en cas d'agression sexuelle mais l'éventualité de son éligibilité au protocole relatif à la transmission verticale sera évoquée au cours de l'entrevue.
- *Le prestataire doit promouvoir l'abstinence ou l'utilisation du préservatif de façon régulière.*

### **2.5.3.3. Principes de prise en charge de la personne victime de violences sexuelles**

#### **a. Prise en charge médicale**

- Contraception d'urgence
- Dépistage du VIH
- Prophylaxie post exposition pour IST/VIH
- Suivi médical

#### **b. Prise en charge psychologique**

- Assistance-conseil
- Thérapies individuelles
- Groupes de support

### **2.5.3.4. Prise en charge psychologique : rôle du soignant**

#### **a. Principes généraux**

L'interaction du médical et du psychologique est continue et se déroule en complémentarité.

L'accompagnement psychologique vise dans un premier temps :

- L'acceptation par la personne violée de recevoir de l'aide en cas de refus
- L'efficacité de la prise en charge médicale

Les agressions sexuelles, spécialement le viol, chez tout individu, quelque soit son statut social, ses antécédents, son itinéraire de vie entraînent des conséquences physiques et psychologiques immédiates et/ou à long terme.

Le personnel soignant est très souvent le premier recours auquel s'adresse une victime de violence sexuelle. Il a donc un rôle primordial dans le processus de la prise en charge pluridisciplinaire, pas seulement comme dispensateur de soins, mais encore et surtout comme personne ressource qui saura accueillir cette victime de façon adéquate et l'accompagner, la conseiller pour un suivi au cours duquel elle retrouvera dignité, estime de soi lui permettant de se réinsérer dans sa communauté. Tout faux pas de sa part peut compromettre tout le processus.

### **Adopter la conduite adéquate face aux signes d'une atteinte psychologique observée au moment de l'accueil et de l'examen médical**

#### **Accueil**

Le personnel soignant qui reçoit la victime devra donc être capable de mener avec elle un premier entretien fondé sur la compréhension empathique et d'adopter la conduite adéquate face aux signes d'une atteinte psychologique au moment de l'accueil et de l'examen médical.

#### **Suivi et référence de la victime**

Il est extrêmement important que le personnel soignant puisse amener la victime à accepter l'aide qui peut lui être offerte et les avantages qui en découlent. Par la suite, lui et ses collègues assureront le suivi de la victime sur le plan médical et le plan psychologique selon les capacités de l'institution à laquelle ils sont affectés. Ils devront également avoir un réseau de références capable de prendre en charge tous les aspects qui dépassent les capacités de l'institution ou qui ne relèvent pas d'elle : médical, communautaire (hébergement), social, psychologique, légal.

Les différents aspects de la prise en charge devront être considérés: la sécurité immédiate et à moyen terme de la victime, l'accompagnement légal, un support financier, les références nécessaires capables de prendre la relève dans tout domaine dépassent les capacités de l'institution.

Il faudra aussi accorder une attention particulière et le support nécessaire à l'entourage de la victime : partenaire, enfants, etc.

### **Le personnel soignant doit donc apprendre à reconnaître les signes immédiats de l'atteinte psychologique lors de la première visite et les séquelles à moyen ou à long terme lors des visites médicales subséquentes**

- Dans l'immédiat : l'aspect de la patiente/ du patient est
  - calme et coopérante(e) (attitude qui souvent masque le véritable état de le-la victime)
  - déprimé(e) (tristesse, larmes, amorphe)

- agité(e)
  - agressif (-ve)
  - sidéré(e) (parle très peu ou ne parle pas du tout)
  - Autre
- A moyen ou a long terme, le-la patient-e rapporte :
    - Anxiété, nervosité et/ou apathie
    - Troubles du sommeil (insomnies, hypersomnies, cauchemars)
    - Troubles de l'appétit (diminution ou augmentation de l'appétit)
    - Troubles de la mémoire
    - Arrêt et/ou abandon des activités habituelles
    - Dénî (ex : cache les événements traumatiques à l'entourage par peur de n'être plus respecté(e) par le-la partenaire, les parents et/ou la famille
    - Culpabilité, honte, colère, dégoût de soi et tristesse
    - Vulnérabilité, dépression et pensées suicidaires
    - Obsession, compulsion et épisodes de panique
    - Peur (préciser objet de la peur)
    - Autres

Presque toujours ces séquelles sont accompagnées de la peur de la grossesse et/ou du VIH, exprimée ou pas.

### **2.5.3.5. Prise en charge médicale**

#### **a. Prévention de grossesse**

- Test de grossesse à l'arrivée,  
si le test est négatif
- Commencer avant 72 heures
  - Pilule combinée normodosée : 50µg d'éthinyl-oestradiol + 0,5 mg de norgestrel 2 co stat, puis 2 co 12 h après
  - ou
  - Progestatif seul: Levonorgestrel 0,75 mg 1co stat, puis 1 co 12 heures après
  - Référence si nécessaire

#### **b. Dépistage du VIH**

- Counselling pré et post test
- Sérologies à J0, 3 mois et 6 mois

### **2.5.3.6. Prophylaxie post exposition des IST et du VIH**

(Niveau primaire (1<sup>e</sup> et 2<sup>e</sup> échelon) et niveaux secondaire et tertiaire)

## a. Prévention des IST

### Prévention des IST chez l'adulte

- Pénicilline Benzathine 2.400.000U stat
- Ciprofloxacine 500mg stat
- Métronidazol 2 gr stat
- Doxycycline 100 mg 2 fois/jr/7jours

### Cas particulier 1 :

Personne est allergique à la pénicilline

- Doxycycline 100 mg per os 2 fois / jour pendant 15 jours,  
ou
- Tetracycline 500 mg per os 4 fois / jour pendant 15 jours

## b. Prévention du VIH

### Estimation du risque

Le risque est estimé < à 1%, il peut être plus élevé dans certaines circonstances

- Plus d'un agresseur sexuel
- Blessures
- Rapport anal
- Premier rapport sexuel
- Rapport pendant les règles

### Prophylaxie

- AZT (300 mg X2) + 3TC (150 mg X 2) pendant 28 jours à débiter le plus tôt possible après l'agression sans dépasser 72 heures.
- Cas particuliers :
  - Anémie: D4T (300 mg X2) + 3TC (150 mg X 2) pendant 28 jours
  - Haut risque \*:Trithérapie pendant 28 jours avec :  
AZT (300 mg X2) + 3TC (150 mg X 2) + EFV (Efavirenz) 600mg le soir au coucher ou IP selon disponibilités : Préférentiellement Ritonavir/Lopinavir 133,3mg/33,3mg 3cp 2 fois par jour au cours d'un repas ou en son absence: Nelfinavir 250mg, 5cp 2 fois par jour au cours d'un repas

***\*Plus d'un agresseur sexuel, lacération, pénétration anale, pendant les règles, premier rapport sexuel***

**c. Suivi**

- Appui à l'observance du traitement : Intervention souhaitable d'une accompagnatrice pendant la durée de la prophylaxie
- Suivi biologique du traitement ; sérologie à j0, 3 mois et 6 mois. Un hémogramme souhaitable à 15 jours et un dosage des transaminases à 1 mois
- Utilisation de préservatif jusqu'à la sérologie des 3 mois

**N.B. Prévention du tétanos si nécessaire et si la victime n'a pas été totalement vaccinée**

# CHAPITRE III

## APPROCHE DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DES INFECTIONS OPPORTUNISTES.

### 3.1. Mise en contexte

L'une des particularités du virus de l'Immunodéficience humaine réside dans sa capacité à détruire le système immunitaire. Ce travail de destruction du système de défense de l'hôte explique la survenue d'infections opportunistes diverses. Elles sont considérées comme des maladies évocatrices de l'infection à VIH et constituent des repères pour l'agent de santé, l'infirmière ou le médecin généraliste ne disposant pas de support para-clinique permettant de faire un diagnostic étiologique du sida. Le traitement et la prévention des infections opportunistes conditionnent l'évolution du sida même en absence d'une thérapie anti-rétrovirale. Des procédures thérapeutiques simplifiées et adaptées au système national de santé devraient fournir aux prestataires de soins des différents niveaux les éléments indispensables à une prise en charge efficace des patients se présentant avec une infection opportuniste.

Les infections opportunistes décrites dans ce manuel sont les plus courantes en Haïti et sont classées selon les manifestations cliniques suivantes :

- *Pulmonaires: Tuberculose, Pneumonie*
- *Digestives : Candidose de l'œsophage et coccidioses*
- *Cutanéo-muqueuses: prurigo, zona, lésions herpétiques*

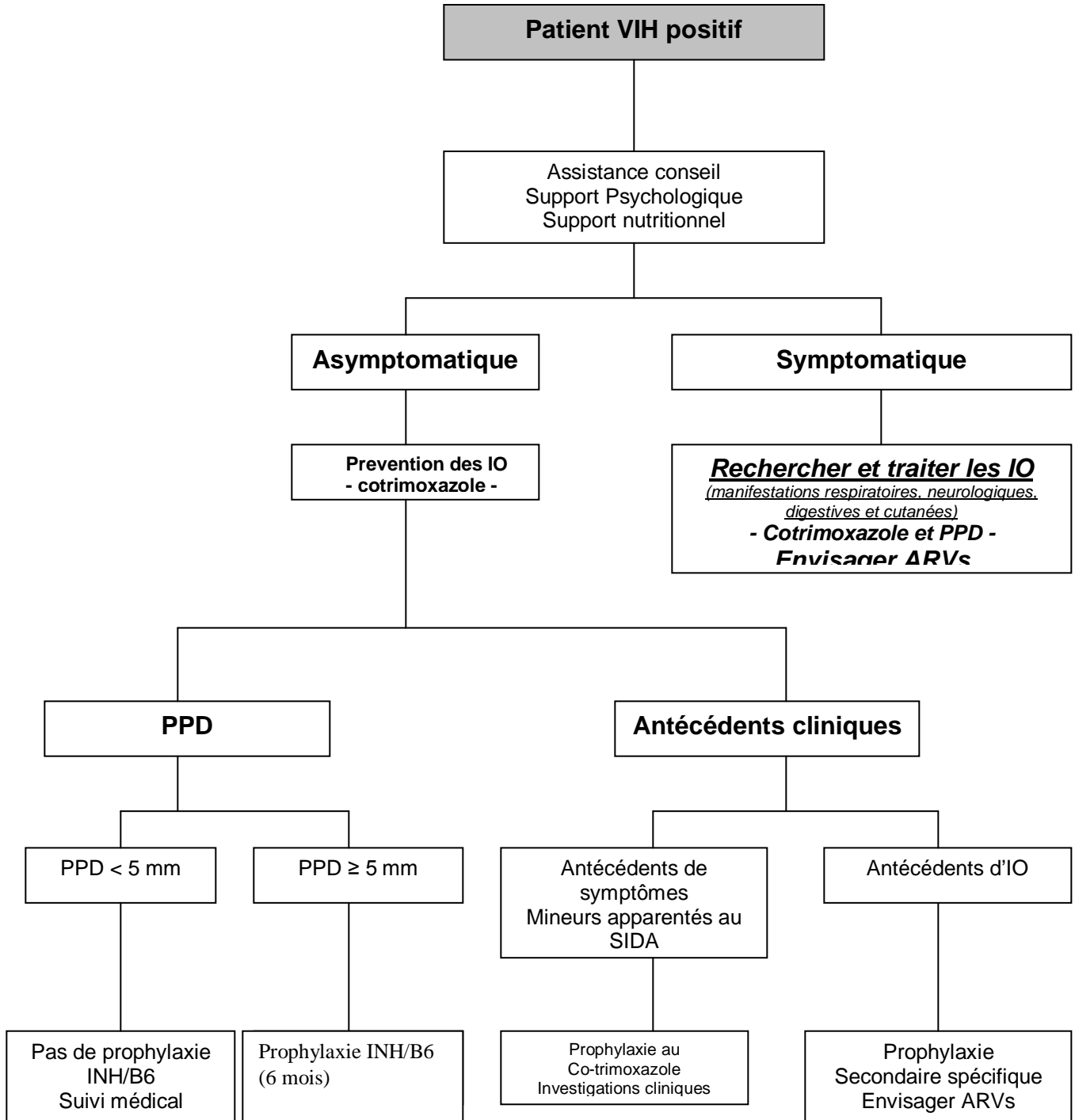
D'autres infections notamment la Toxoplasmose, la candidose vaginale, la Mycobactériose atypique, la cryptococcose seront abordées dans ce document.

Du point de vue pragmatique seuls les diagnostics para cliniques disponibles et accessibles seront recommandés en évitant ceux dont le coût est trop élevé ou ne débouchant sur aucune thérapeutique.

A ceci s'ajoutent d'autres infections dont le diagnostic est indispensable, telles le paludisme, l'amibiase, la giardiase, l'anguillulose ou d'autres parasitoses intestinales fréquentes en zone tropicale et qui peuvent survenir chez un séropositif et simuler une affection opportuniste.

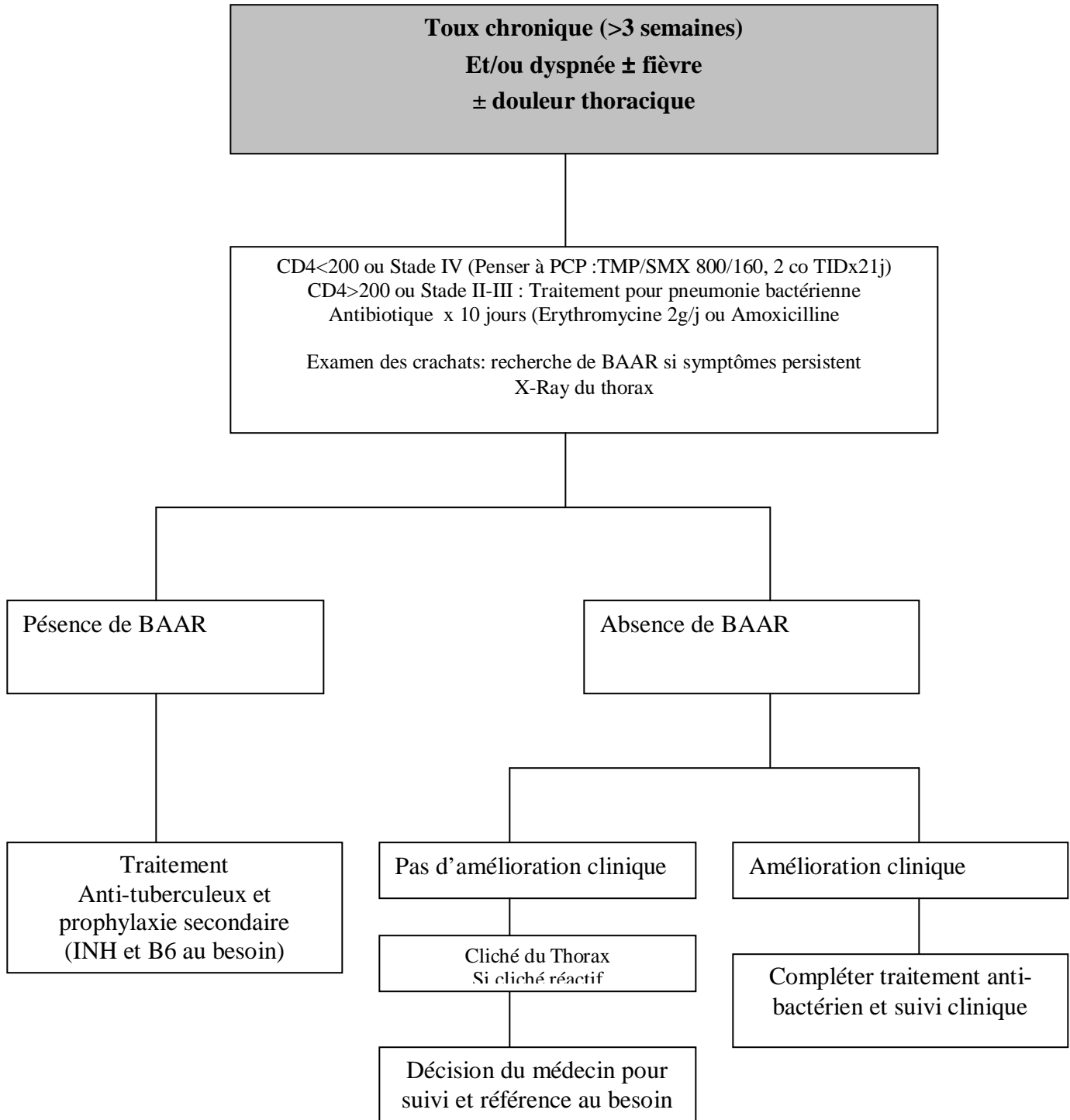
Figure 2- Algorithme pour la prévention et le traitement des infections opportunistes

Niveau primaire (2<sup>e</sup> échelon), secondaire et tertiaire



**Figure 3.- Conduite à tenir  
Devant la survenue d'une toux avec dyspnée  
Chez un patient infecté par le VIH**

Niveau primaire (2<sup>e</sup> échelon), secondaire et tertiaire





## **3.2. La tuberculose chez le PVVIH**

### **3.2.1. Généralités**

Dans les pays à forte prévalence de la tuberculose, l'infection par le VIH est le facteur le plus important qui rend une personne susceptible de développer la tuberculose maladie.

On estime à au moins 1/3 le nombre de patients séropositifs qui auront à développer la tuberculose.

### **3.2.2. Dépistage de la Co-infection**

#### **1. Recherche de Tuberculose parmi les patients VIH+**

Chez tout patient VIH+, il est recommandé de rechercher la tuberculose selon les étapes successives suivantes :

- Le Mantoux test
- Un interrogatoire soigneux pour rechercher les Symptomatiques Respiratoires.
- L'examen des Symptomatiques Respiratoires par bacilloscopie directe des crachats.
- La radiographie du thorax, si la série de bacilloscopies est négative.
- La culture, si elle est disponible

#### **2. Recherche de VIH parmi les tuberculeux**

Le dépistage du VIH doit être systématique chez tous les symptomatiques respiratoires.

Tout patient diagnostiqué tuberculeux devrait bénéficier:

- D'une séance de counselling pour le porter à se faire tester.
- Si le patient refuse de se faire tester lors de la première visite, le prestataire de soin s'efforcera au cours des visites subséquentes de déterminer les raisons du refus tout en mettant l'emphase sur l'importance du test au VIH.

### **3.2.3 Types de tuberculose**

Comme pour les patients HIV-, les malades HIV+ peuvent présenter une tuberculose pulmonaire ou extra pulmonaire. La forme pulmonaire est la plus fréquente ; cependant le pourcentage de cas avec crachats négatifs est plus élevé comparativement aux patients non infectés au VIH.

Les patients HIV + sont plus susceptibles de présenter une tuberculose extra pulmonaire (ganglionnaire, pleurale) et même une forme grave comme la méningite ou la miliaire. Parfois on observe une septicémie sévère pouvant entraîner une mort rapide si le traitement n'est pas immédiatement institué.

## **1. Diagnostic**

Dans les conditions ordinaires, les mêmes procédés sont utilisés pour diagnostiquer la tuberculose chez les patients VIH positifs (quelque soit le statut sérologique):

- Le Mantoux test
- Bacilloscopie directe des crachats
- Radiographie du thorax
- La culture

### **a. Mantoux test**

La réaction du Mantoux test dépend du degré de l'immunodéficience. On le considère positif à partir de 5mm de diamètre. Cependant, sa négativité n'exclut pas la présence du *Mycobacterium tuberculosis*.

### **b. Bacilloscopie directe**

Elle est souvent positive. Cependant, cette positivité est moins fréquente chez les patients VIH que celle enregistrée chez les patients immunocompétents. Une seule lame directe positive peut suffire pour poser le diagnostic de TPM+ chez un PVVIH.

### **c. Radiographie du thorax**

Les lésions radiologiques dépendent du stade de l'immunodéficience.

- Au stade précoce de l'infection au VIH, les lésions observées sont identiques à celles trouvées chez les patients VIH négatifs.
- Au stade avancé de l'immunodéficience, on note surtout des infiltrats aux bases pulmonaires et parfois une tuberculose miliaire.

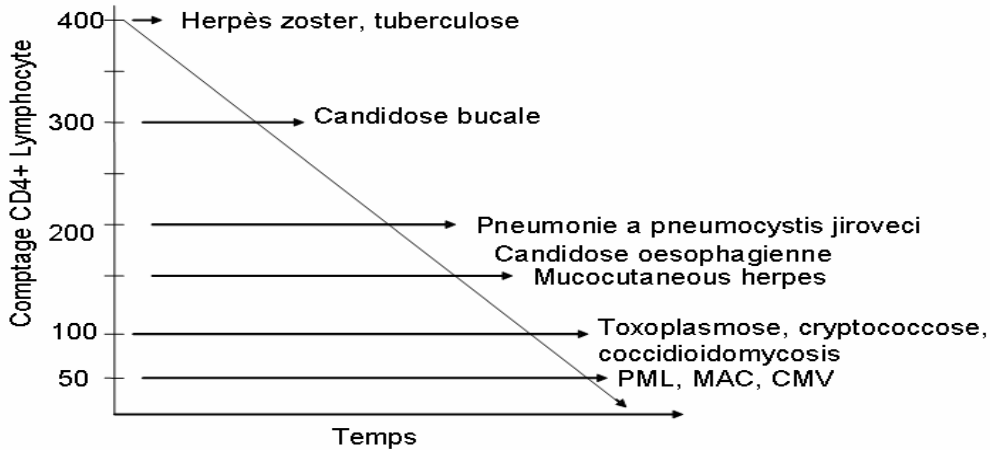
#### **d. La culture**

Elle est indispensable pour confirmer la souche mycobatérienne de la tuberculose. La culture sera pratiquée toutes les fois que c'est nécessaire.

### **3.3. Risque de développement d'une IO en fonction du taux de CD4**

- Avec un CD4 autour de 400, la PVVIH peut développer un herpes zoster ou la TB.
- Avec un taux de CD4 autour de 300, on peut avoir une candidose buccale.
- Avec un taux de CD4 autour de 200 ou de moins de 200, le PVVIH peut développer, une pneumonie à pneumocystis jiroveci ou une candidose oesophagienne.
- Avec un taux de CD4 autour de 100, on peut avoir une toxoplasmose et une cryptococose
- Avec un taux de CD4 autour de 50 ou moins de 50, on peut avoir MAC et un CMV

Figure 4 : Association entre le compte absolu de CD4 et le risque pour les infections opportunistes. (Source: C. Behrens, University of Washington)



### 3.4. Particularités de la tuberculose chez les patients infectés par le VIH

#### Présentation clinique parfois atypique

- Chez l'adulte, les manifestations cliniques, si elles sont banales en cas d'immunodépression légère, deviennent plus atypiques au cours de l'évolution de l'infection à VIH. On observe alors, plus volontiers, des formes pulmonaires à type d'infiltrat. Les formes extra-pulmonaires ne sont pas rares : pleurésie, adénite, péricardite, méningite, miliaire et autres formes disséminées à hémocultures positives dans les stades avancés de SIDA.

#### Diagnostic bactériologique plus difficile

Les formes cavitaires riches en bacilles sont plus rares en cas d'immunodépression et les examens de crachats sont alors le plus souvent négatifs.

#### Pronostic plus sombre

- Le terrain sur lequel survient l'infection tuberculeuse (dénutrition, co-infections...) explique en grande partie la surmortalité observée en cas de co-infection VIH

### **Risque de syndrome inflammatoire de reconstitution immunitaire**

Il arrive parfois que les sujets ayant une TB associée au VIH présentent une exacerbation temporaire des symptômes, des signes ou des manifestations radiologiques de la TB après le début du traitement antituberculeux. On pense que cette réaction paradoxale est due à une reconstitution de l'immunité qui se produit avec une administration concomitante des ARV et des antituberculeux. Une forte fièvre, une adénopathie, un développement des lésions du système nerveux central et une dégradation de l'image radiologique en sont les signes et les symptômes. Une évaluation minutieuse est nécessaire pour exclure les autres causes possibles, notamment l'échec du traitement antituberculeux, avant de diagnostiquer cet état comme une réaction paradoxale. Pour les réactions les plus graves, la prednisone semble être utile (1 à 2mg/kg pendant 1 à 2 semaines, puis diminution progressive de la posologie), bien qu'on n'en ait pas formellement la preuve.

### **Risque accru de rechute**

- Le taux de rechute peut être jusqu'à 10 fois plus élevé en cas de co-infection par le VIH. Ces rechutes, à l'inverse de ce qui se produit chez le patient indemne d'infection VIH, sont, chez les patients infectés par le VIH, le plus souvent dues à des réinfections par un nouvel agent.

### **Risque de tuberculose multi-résistante**

- Les patients VIH positifs tuberculeux présentent le plus souvent une tuberculose multi-résistante comparés aux patients VIH négatifs, d'où la nécessité d'insister sur l'adhérence au traitement.

## **3.5. Prise en charge des patients co-infectés**

Le patient VIH positif avec un diagnostic de tuberculose active doit bénéficier :

- **D'une séance d'éducation spécifique**

Tout malade co-infecté doit recevoir une éducation appropriée à ces deux maladies portant sur les notions telles : l'adhérence au traitement, les mesures préventives pour empêcher l'évolution et la dissémination du VIH et les effets secondaires des médicaments.

- **D'un examen clinique approfondi**

Tout patient co-infecté doit être complètement examiné (voir Formulaire d'évaluation du patient). A chaque visite, le patient est évalué en vue de rechercher des infections opportunistes, des pathologies associées ou des réactions dues aux médicaments.

- **D'examens para-cliniques**

Les examens biologiques suivants constituent le minimum indispensable à pratiquer lors du diagnostic et du suivi des patients co-infectés particulièrement, s'ils reçoivent des ARV.

- Hémogramme : chaque mois
- Urine : chaque mois
- SGOT – SGPT : chaque mois
- CD4 : chaque 6 mois
- Chimie sanguine : chaque 3 mois
- Bacilloscopie selon les normes du PNLT (0, 2<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup> et 8<sup>e</sup> mois) et la surveillance biologique du VIH selon les normes du PNLS

### **3.5.1. Traitement**

#### **1. Patient VIH+ sans tuberculose active**

Pour les patients VIH+ et PPD+ (infectés au *Mycobacterium tuberculosis* mais non malades, sans lésion radiologique) on doit :

Instituer le traitement préventif avec Triméthoprim/Sulfaméthoxazole (TMP/SMX)

Doses : 400/80 mg, 1 co par jour à vie

#### **2. Patients VIH+ et Tuberculose maladie**

- Les tuberculeux VIH+ reçoivent les mêmes schémas thérapeutiques que les patients non co-infectés.
- L'évaluation clinique du patient doit être plus régulière parce que les réactions secondaires aux drogues antituberculeuses sont plus fréquentes chez les PVVIH. Elle permet également de détecter précocement les infections opportunistes et les pathologies associées.
- Le malade bénéficie aussi du traitement préventif au TMP/TMX (Cotrimoxazole) à raison d'un comprimé de 400/80 mg par jour durant toute sa vie.
- Quand le patient doit avoir une thérapie anti-rétrovirale, il faut tenir compte de l'interaction de cette catégorie de drogues avec les médicaments anti-tuberculeux surtout la Rifampicine.

**Cas particuliers** (Voir régime de première ligne à la page 32)

### 3.6. Quand commencer le traitement antirétroviral

Compte tenu des interactions et toxicités il est souvent préférable de retarder le début du traitement ARV et, de toute façon, de ne le commencer qu'une fois que le traitement de la tuberculose est bien toléré. Toutefois certains patients (dénutris, moins de 100 CD4) ont une mortalité élevée durant le premier mois de traitement et justifient une mise en route précoce du traitement (au cours de la phase intensive soit durant les 8 premières semaines).

**Tableau 5. Critères pour débiter le traitement antirétroviral chez l'adulte tuberculeux**

CD4	ARV	Quand commencer
CD4 <200cellules/mm <sup>3</sup>	ARV recommandés	Entre 2 et 8 semaines
CD4 entre 200 et 350 cellules/mm <sup>3</sup>	ARV recommandés	Après 8 semaines
CD4>350 cellules/mm <sup>3</sup>	Retarder les ARV	Réévaluer la situation à 8 semaines et à la fin du traitement anti-tuberculeux
CD4 non disponibles	ARV recommandés	Entre 2 et 8 semaines

*Sources : OMS/OPS*

**Tableau 6. Choix d'un régime ARV dans les cas de TB (suite)**

*(Quand initier la TAR, si le taux de CD4 est accessible)*

CD4+	Recommandations
CD4+<200	Commencez la TAR dès que possible, dès que le malade s'est stabilisé sur la Rx TB. Normalement, après 2 semaines à 2 mois de traitement TB
CD4 entre 200 et 350	Traitez immédiatement la TB. Commencez TAR après la phase d'initiation, ou après le traitement de la TB.
CD4 > 350	Commencez TAR après le traitement de la TB, à moins qu'il y ait d'autres conditions du stade IV qui exigent l'initiation plus rapide de TAR.

*Source: MSPP (2007) Curriculum national de Prise en charge thérapeutique complète des PVVIH*

**Tableau 7. Choix d'un régime ARV dans les cas de TB (suite)**

*(Si le taux de CD4 n'est pas accessible)*

État clinique	Recommandations
Conservé	Retarder le traitement ARV jusqu'à la fin du traitement anti-TB
Moyennement altéré	Débuter le traitement ARV après la phase intensive du TB (2RHEZ/6HE ou 4RE)
Très altéré	Faire simultanément le traitement ARV et le traitement anti-TB

*Source: MSPP (2007) Curriculum national de Prise en charge thérapeutique complète des PVVIH*

### 3.7. Prévention

La prévention a un triple objectif dans la prise en charge de la co-infection :

- Empêcher que l'individu soit infecté par le Mycobacterium tuberculosis (Vaccination)
- Empêcher l'évolution vers la maladie de tout individu infecté (Chimio prophylaxie).
- Briser la chaîne de transmission (dépistage précoce, Traitement)

Elle se fait donc par le dépistage et le traitement précoces des cas à microscopie positive, la chimio prophylaxie et la vaccination au BCG chez les enfants.

Il faut s'assurer que le patient respecte les critères psychosociaux d'éligibilité au traitement

#### Dépistage et traitement précoces des cas TP M+

Le meilleur moyen de prévenir l'infection au Mycobacterium tuberculosis est de traiter correctement, jusqu'à la guérison, tous les tuberculeux à microscopie positive pour briser la chaîne de transmission. **La recherche active de ces cas se fera parmi les contacts des malades, parmi les patients HIV+ et aussi parmi ceux présentant d'autres maladies et/ou d'autres circonstances favorisantes comme le diabète, le cancer, l'incarcération...**

### 3.8. Activités d'information, d'éducation et de communication

Les activités d'IEC doivent être menées dans tous les établissements de santé, dans la communauté et à travers les différents média. Elles sont destinées à faciliter le dépistage précoce des cas, particulièrement ceux à frottis positif qui représentent les sources de



propagation de la maladie et à encourager la régularité du traitement. Ces activités viseront également à rechercher les malades co-infectés parmi les tuberculeux en les portant à accepter le test au VIH pour une prise en charge intégrée.

### **Pour le dépistage précoce**

**Cible primaire:** symptomatiques respiratoires âgés de 15 ans ou plus présentant une toux de plus de trois (3) semaines. Tous les patients HIV positifs constituent aussi des cibles primaires ainsi que les enfants de 0-5 ans contact d'un cas positif.

**Cible secondaire:** enfants de moins de 15 ans, adultes proches de la cible primaire et la population en général.

### **Stratégies**

Des activités d'information, d'éducation et de communication individuelle ou en groupe, doivent être organisées dans les services généraux de santé, dans la communauté et à travers les médias, en vue d'informer la population sur les principaux symptômes de la tuberculose pulmonaire et du **VIH** et d'encourager les personnes suspectes de tuberculose et de **VIH** à se rendre au centre de santé le plus proche de leur domicile pour le dépistage précoce de ces maladies.

### **Objectifs éducationnels**

Les objectifs éducationnels porteront sur :

- Les connaissances que le malade doit avoir sur la tuberculose et/ou le VIH.
- Les attitudes qu'il devrait avoir vis-à-vis de sa maladie.
- Son comportement vis-à-vis de sa maladie.

### **Connaissances**

Les cibles primaires et secondaires devront recevoir des informations sur :

- La nature de la tuberculose et du VIH/SIDA
- le mode de transmission de la tuberculose et du VIH en cas de co-infection
- les symptômes évocateurs de la tuberculose et du VIH/SIDA en cas de co-

infection

- les dangers que représentent les cas de tuberculose pulmonaire non traités pour eux-mêmes et pour la communauté;
- le danger de l'arrêt prématuré du traitement anti-tuberculeux et des ARV en cas de co-infection
- les centres de diagnostic et de traitement existant dans la zone;
- la gratuité des médicaments antituberculeux et des examens de laboratoire.

## **Attitudes**

### **Les malades devront**

- Percevoir la Tuberculose comme une maladie parfaitement curable à condition de suivre un traitement rigoureux.
- Percevoir le VIH comme une maladie évitable et bien contrôlable par un traitement à vie.
- Prendre les précautions nécessaires pour éviter la transmission de la maladie à leur entourage
- Reconnaître les avantages de se faire soigner dans un centre proche de leur domicile;

## **Comportement**

Les patients suspects de tuberculose et/ou du **VIH /SIDA** devront se rendre dans le centre de diagnostic et de traitement le plus proche de leur domicile dès l'apparition des symptômes.

## **Pour la régularité du traitement**

### **1. Stratégies**

La communication avec le malade est de la plus haute importance, afin de s'assurer de sa collaboration au traitement. Des séances d'information et de motivation doivent être organisées pour tous les malades, afin de les aider à comprendre les différents aspects de la maladie, son mode de transmission, la valeur du traitement et les conséquences de l'abandon.

Tout nouveau tuberculeux, co-infecté ou non, et son accompagnateur doivent bénéficier d'un entretien avec un membre du personnel médical sur la maladie et son traitement. Cette activité sera poursuivie pendant toute la durée du traitement.

### **2. Connaissances**

Les malades placés sous traitement devront être en mesure de:

- Identifier la nature de la maladie;
- Expliquer les modalités pratiques du traitement: nombre de comprimés, durée, effets secondaires probables, l'importance des visites de suivi et de la prise régulière des médicaments;
- Connaître l'importance du dépistage des cas contacts
- Connaître les conséquences de l'abandon du traitement
- Savoir qu'une prophylaxie par cotrimoxazole et un traitement aux antirétroviraux commencé au moment opportun sont nécessaires pour renforcer l'efficacité du traitement antituberculeux.

### **3. Attitudes**

- Les malades tuberculeux doivent croire à la possibilité de la guérison.
- Les malades co-infectés doivent se rappeler qu'un traitement antituberculeux bien suivi associé à une bonne prise en charge pour le VIH prolonge la vie.
- Une prophylaxie par le cotrimoxazole et un traitement antirétroviral commencé au moment opportun renforcent l'efficacité du traitement antituberculeux.

### **4. Comportement**

Les patients pour lesquels le diagnostic de tuberculose et de **VIH** a été posé devront:

- prendre leurs médicaments comme prescrits jusqu'à la fin de leur traitement
- Emmener tous les enfants de moins de 5 et les adultes symptomatiques respiratoires qui existent dans leur entourage pour les examens de dépistage;
- Respecter leurs dates de rendez-vous;
- Respecter les règles d'hygiène pour éviter la propagation de la maladie;

## **3.9. Prise en charge des diarrhées chroniques**

Les germes les plus couramment rencontrés sont l'*Isospora belli* (Isosporose) et le *Cryptosporidium* (cryptosporidiose).

Cliniquement, isosporose et cryptosporidiose sont indiscernables. La première est de diagnostic parasitologique et de traitement aisé. La seconde de diagnostic et de traitement difficile. Si la reconnaissance de la première est utile, celle de la seconde est peu utile.

### **3.9.1. Diarrhée chronique durant plus de 15 jours**

#### **Niveau primaire (1<sup>er</sup> Echelon)**

L'approche consiste à assurer la réhydratation orale dans tous les cas de diarrhées chroniques.

#### **Niveau primaire (2<sup>e</sup> échelon), secondaire et tertiaire**

Traitement curatif.

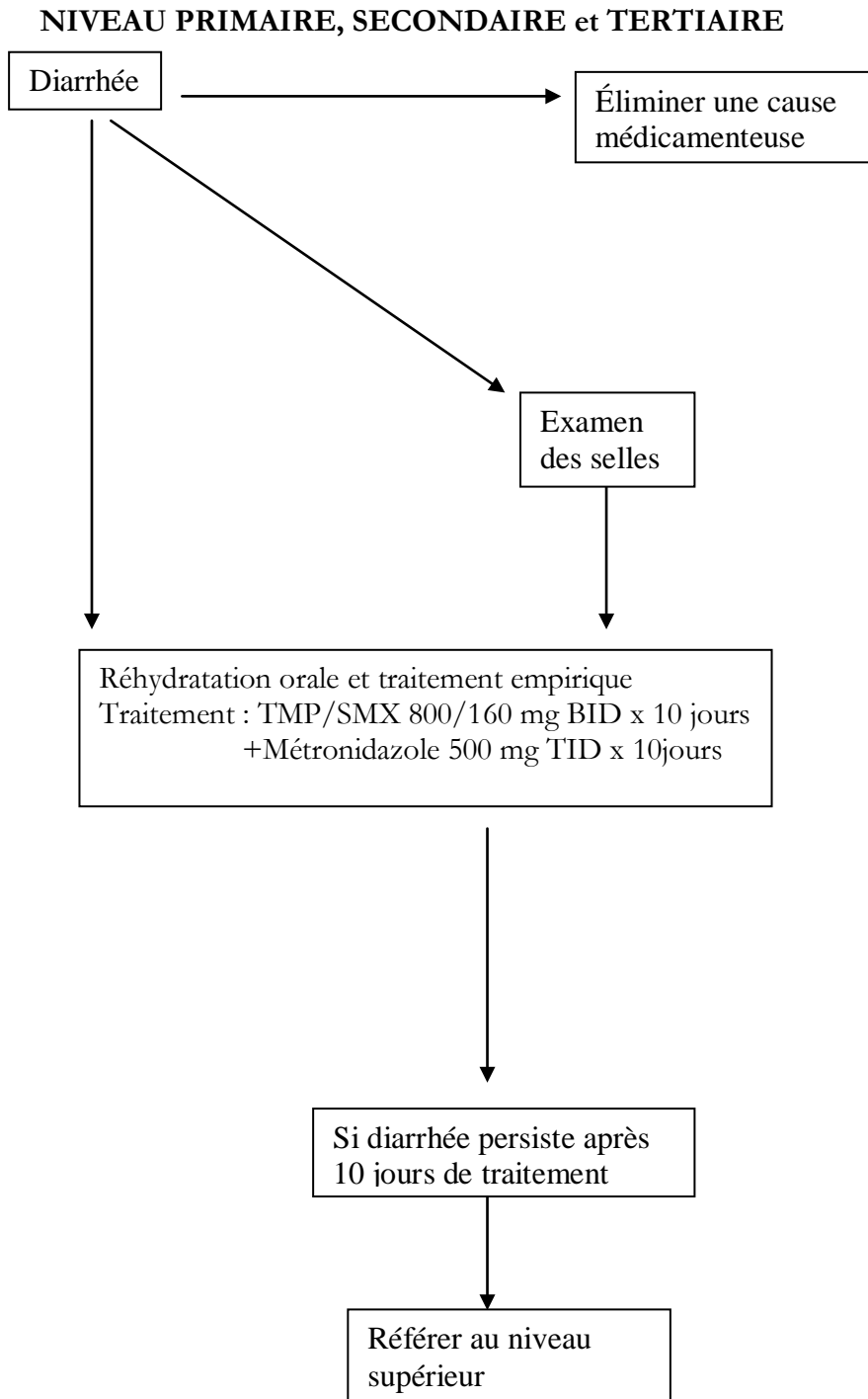
En cas d'*Isospora belli* et *Cyclospora cayetanensis*

**1<sup>e</sup> choix : TMP/SMX (160mg/800mg) 2 co b.i.d pendant au moins 7jours+  
métronidazole pour couvrir les amibes (500 mg TID X 10 jours)**

**2<sup>e</sup> choix : Ciprofloxacine : 500mg b.i.d pendant 7 jours**

N.B Il faut souligner que seul un traitement symptomatique est recommandé dans les cas de *Cryptosporidium*. Il comprendra spécifiquement la réhydratation orale et les soins d'hygiène. Chez tout patient présentant une diarrhée chronique, il faut éliminer toute cause médicamenteuse avant d'instituer un traitement spécifique aux coccidies comme le montre le tableau 3.

Figure 5. CONDUITE À TENIR DEVANT UNE DIARRHÉE



### 3.9.2. Syndromes neurologiques et Toxoplasmose cérébrale

#### Niveau primaire (1<sup>er</sup> Echelon)

La conduite à tenir consistera à rechercher des manifestations neurologiques en évaluant sommairement l'état de conscience du patient et son regard. Le référer dans les meilleurs délais au niveau supérieur

#### Niveau primaire (2<sup>e</sup> échelon), secondaire et tertiaire

##### Traitement curatif

Le traitement de référence est l'association : Pyriméthamine-Sulfadiazine pendant 6 semaines. En cas d'intolérance aux sulfamides, la sulfadiazine sera remplacée par la Clindamycine à la dose de 300 à 450mg par jour. Si tous ces médicaments ne sont pas disponibles, la combinaison Triméthoprime-Sulfaméthoxazole (TMP/SMX) est recommandée en première ligne dans les régimes suivants.

**1<sup>er</sup> choix : Pyriméthamine 100mg/jour + Acide Folinique 10mg/jour pendant 3 semaines+ Sulfadiazine 4-8gr/jour**

**2<sup>e</sup> choix : Pyriméthamine100mg + Acide Folinique 10 mg/jour+ Clindamycine 300-450mg/jour**

**3<sup>e</sup> choix : TMP/SMX (160mg/800mg), 2 comprimés t.i.d**

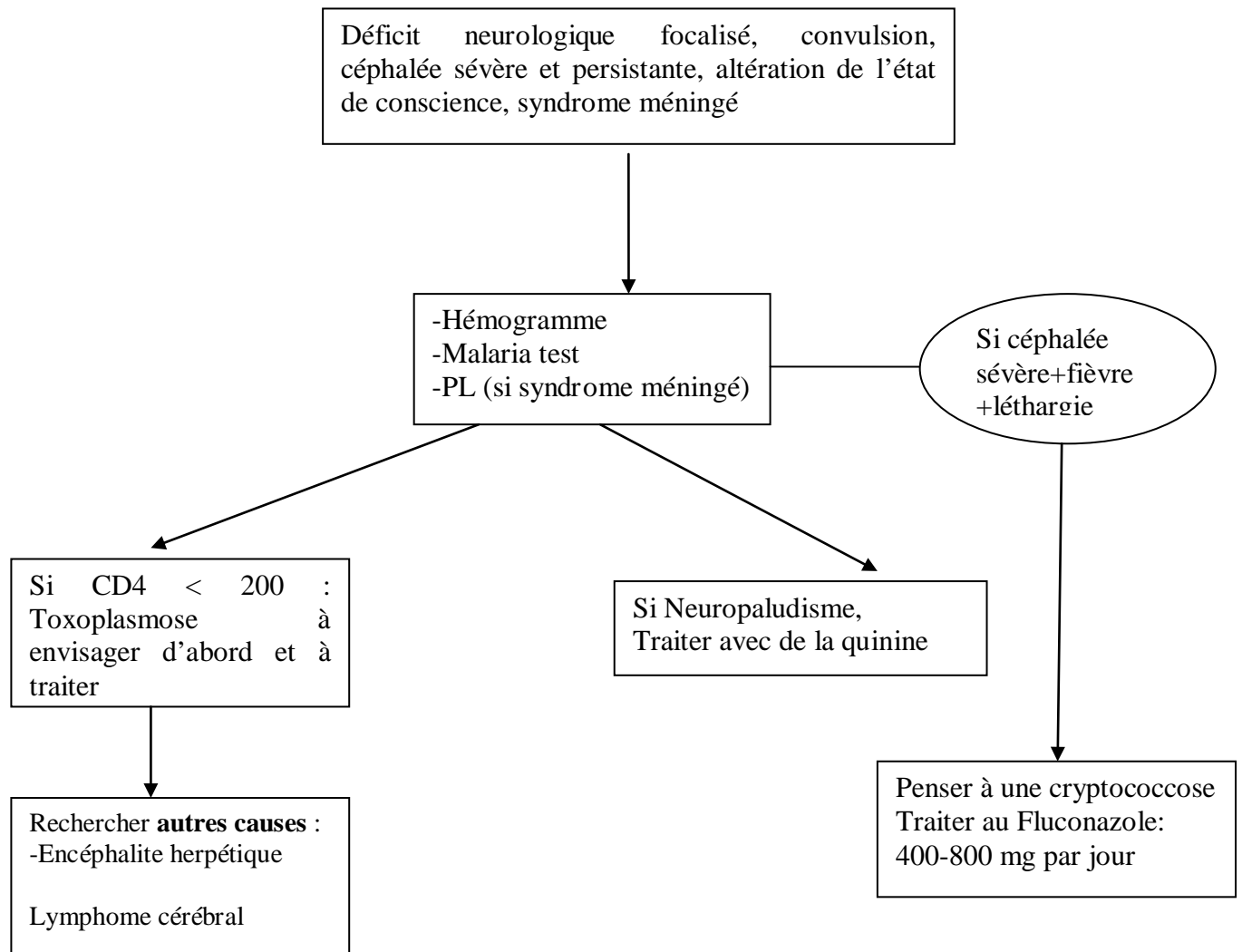
Ce régime est administré pendant les six semaines de la phase aigüe.

- **Prophylaxie secondaire de la Toxoplasmose cérébrale.**

Elle réside dans la poursuite du traitement à doses réduites : Pyriméthamine 25mg/jr associée à 25 mg x 3 semaines d'acide folinique + sulfadiazine (2mg/jr) ou clindamycine (1.2 mg/jr).

Cette prophylaxie est maintenue jusqu'à ce que les CD4 reviennent à 200.  
Il faut reprendre cette prophylaxie si les CD4 descendent à 100.

Figure 6. Conduite à tenir devant une Syndrome neurologique et toxoplasmose cérébrale



### 3.9.3. Pneumocystose

Le diagnostic de la pneumocystose nécessite la fibroscopie bronchique pour le lavage alvéolaire puis un examen microscopique après une coloration faisant appel à des réactifs coûteux. En l'absence de ces techniques, l'épreuve thérapeutique par le cotrimoxazole permettra un diagnostic de suspicion.

Les principaux signes cliniques sont : toux sèche, polypnée, fièvre, infiltrats interstitiels diffus, périhilaire bilatéraux.

#### Niveau primaire (1<sup>er</sup> Echelon)

##### Prophylaxie Primaire:

- **Prophylaxie primaire de la pneumocystose et de la toxoplasmose**

Initier la prophylaxie chez tout patient HIV+ Symptomatique (en stade clinique II, III et IV de l'OMS) présentant une grande détérioration de l'état clinique en utilisant les combinaisons suivantes avant le transfert au niveau supérieur.

**1er choix : TMP/SMX (80mg/400mg): 1 comp chaque jour**

**2e Choix : TMP/SMX (160mg/800mg): 1 comp 3 fois/semaine**

#### Niveau primaire (2<sup>e</sup> échelon), secondaire et tertiaire

La prévention de la pneumocystose est justifiée lorsque le taux de lymphocytes T (CD4) est inférieur à 200/mm<sup>3</sup>. De plus, elle est recommandée si un patient est traité par chimiothérapie ou corticothérapie prolongée.

Le choix préférentiel de prophylaxie mixte est représenté par la prise quotidienne d'un comprimé de Cotrimoxazole, 160/800mg lorsque le taux de CD4 est inférieur à 100/mm<sup>3</sup> dans l'objectif d'une meilleure prévention de la toxoplasmose cérébrale.

La prévention de la toxoplasmose est justifiée en présence d'anticorps anti-toxoplasma gondii si les lymphocytes T (CD4) sont inférieurs à 100/mm<sup>3</sup>

- **Traitement Curatif**

Le traitement de référence est le Cotrimoxazole (Triméthoprime/Sulfaméthoxazole 15/75 ou 90 mg/kg/jr) sous forme de I.V. (sans dépasser 12 ampoules) pendant 3 semaines. La voie orale peut être utilisée dans les formes modérées (sans dépasser 6 comprimés à 160/800 mg/jr). L'adjonction d'une corticothérapie peut être envisagée en présence d'une hypoxémie sévère (PaO<sub>2</sub> inférieure à 70 mm de Hg).



**TMP/SMX forte (160mg/800mg): 2 co bid pendant 21 jours.**

- **Prophylaxie Secondaire**

Cotrimoxazole 80/400 mg 1co/jour ou 160/800 mg 3fois par semaine à vie ou arrêt du cotrimoxazole si CD4 > 200 pendant 6 mois.

### **3.10. Prise en charge des infections cutanéomuqueuses**

#### **3.10.1. Infections à Candida**

La candidose buccale et vaginale est un diagnostic d'inspection et la candidose œsophagienne est, en général, un diagnostic d'interrogatoire. Le recours à l'endoscopie digestive haute peut s'avérer nécessaire pour confirmer le diagnostic.

##### **a. Niveau primaire (1<sup>er</sup> Echelon)**

L'utilisation de bleu de méthylène ou de miconazole suspension est recommandée chez les enfants présentant une moniliase buccale ou muguet

##### **b. Niveau primaire (2<sup>e</sup> échelon), secondaire et tertiaire**

#### **Traitement curatif**

##### **3.10.1.1. Candidose buccale**

Les premiers épisodes sont traités par antifongiques en bain de bouche : Nystatine ovule, miconazole, gel buccal.

Le traitement curatif chez l'adolescent et l'adulte comprend :

**1<sup>e</sup> choix : Ketoconazole 200 mg 1 fois/jr pendant 14 jrs**

**2<sup>e</sup> choix : Fluconazole 100 mg pendant 10-15 jrs.**

NB. Le miconazole suspension est recommandé en cas de prise concomitante de Rifampicine

Dans les formes sévères ou à rechutes fréquentes, le fluconazole 100 mg/jr en une prise jusqu'à disparition des signes cliniques (10-15 jours) est le traitement de référence actuellement. Le ketoconazole est moins efficace et moins bien toléré. Il est contre-indiqué chez les femmes enceintes.

### **3.10.1.2. Candidose vaginale**

Le traitement est local par ovules gynécologiques d'azolés (miconazole, nystatine) avec recours en cas d'échec au fluconazole per os.

### **3.10.1.3. Candidose œsophagienne**

Le traitement de première intention est le fluconazole per os à la dose de 200mg par jour. Elle peut être augmentée jusqu'à 400 mg/jour en cas de résistance clinique. L'itraconazole, l'amphotéricine B sont des traitements de deuxième intention.

- **Prophylaxie secondaire**

Elle n'est pas recommandée en première intention et doit être discutée au cas par cas. La prévention des rechutes la plus efficace est la reconstitution immunitaire induite par le traitement anti-rétroviral.

- **Prophylaxie primaire**

Elle n'est pas recommandée.

### **3.10.2. Prise en charge des infections virales**

L'herpès cutanéomuqueux et la Rétinite à cytomégalovirus (CMV) sont de diagnostic clinique. L'œsophagite herpétique ou à CMV et la colite à CMV sont de diagnostic endoscopique mais leur traitement est coûteux. La leuco-encéphalopathie multifocale progressive (LEMP) est une infection opportuniste du système nerveux central qui survient presque toujours dans un contexte de déficience sévère de l'immunité. L'IRM cérébrale est l'outil morphologique le plus contributif au diagnostic présomptif de la LEMP. La mise en route d'un traitement anti-rétroviral le plus tôt possible après le début des signes cliniques permet de limiter les risques d'aggravation tant sur le plan vital que fonctionnel.

**Fig. 7 CONDUITE À TENIR DEVANT LA SURVENUE D'UN ZONA CHEZ UN PATIENT INFECTÉ PAR LE VIH**

**ZONA**

**Lésions vésiculeuses unilatérales regroupées intéressant un territoire nerveux**



**•Acyclovir : 800 mg 5 fois/jour X 7-10 jours**

**si lésions évoluant depuis < 72 hres**

**•Vitamine Complexe B**

**•Analgésique**

**Si Zona ophtalmique : hospitalisation et évaluation ophtalmologique**



**Pas d'amélioration clinique après 1 mois**

**Référer à un centre hospitalier du 2eme niveau**

## Figure 8. Conduite à tenir devant la survenue de lésions herpétiques chez un patient infecté par le VIH

### Niveaux Primaire, Secondaire et Tertiaire

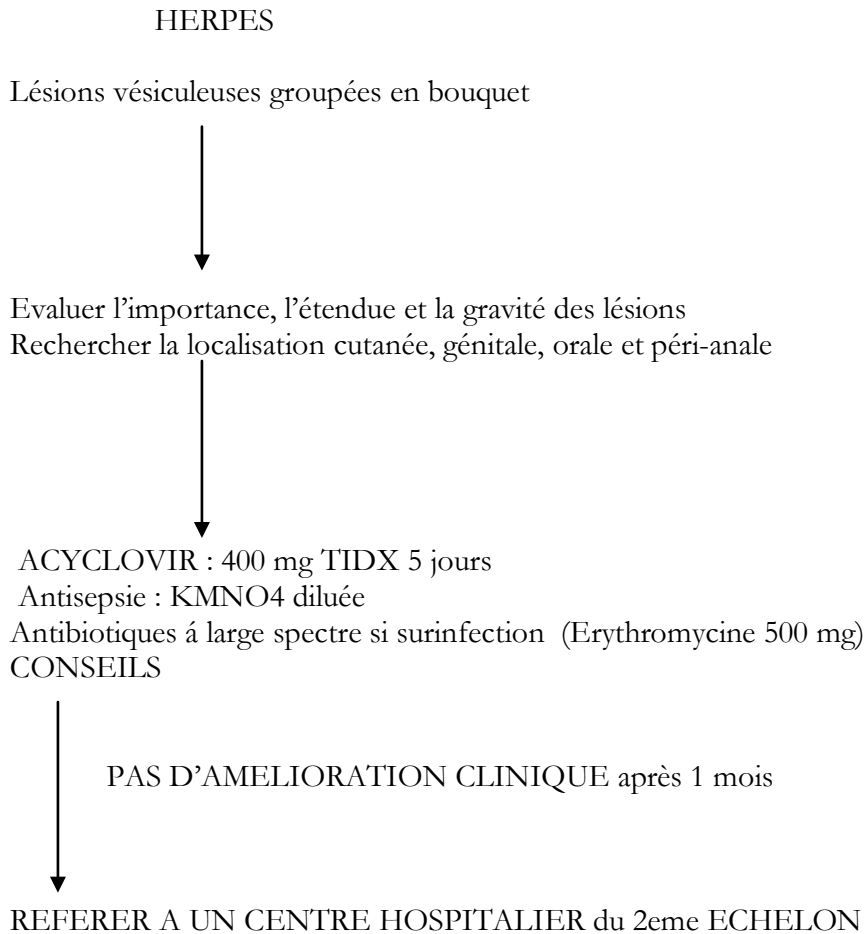
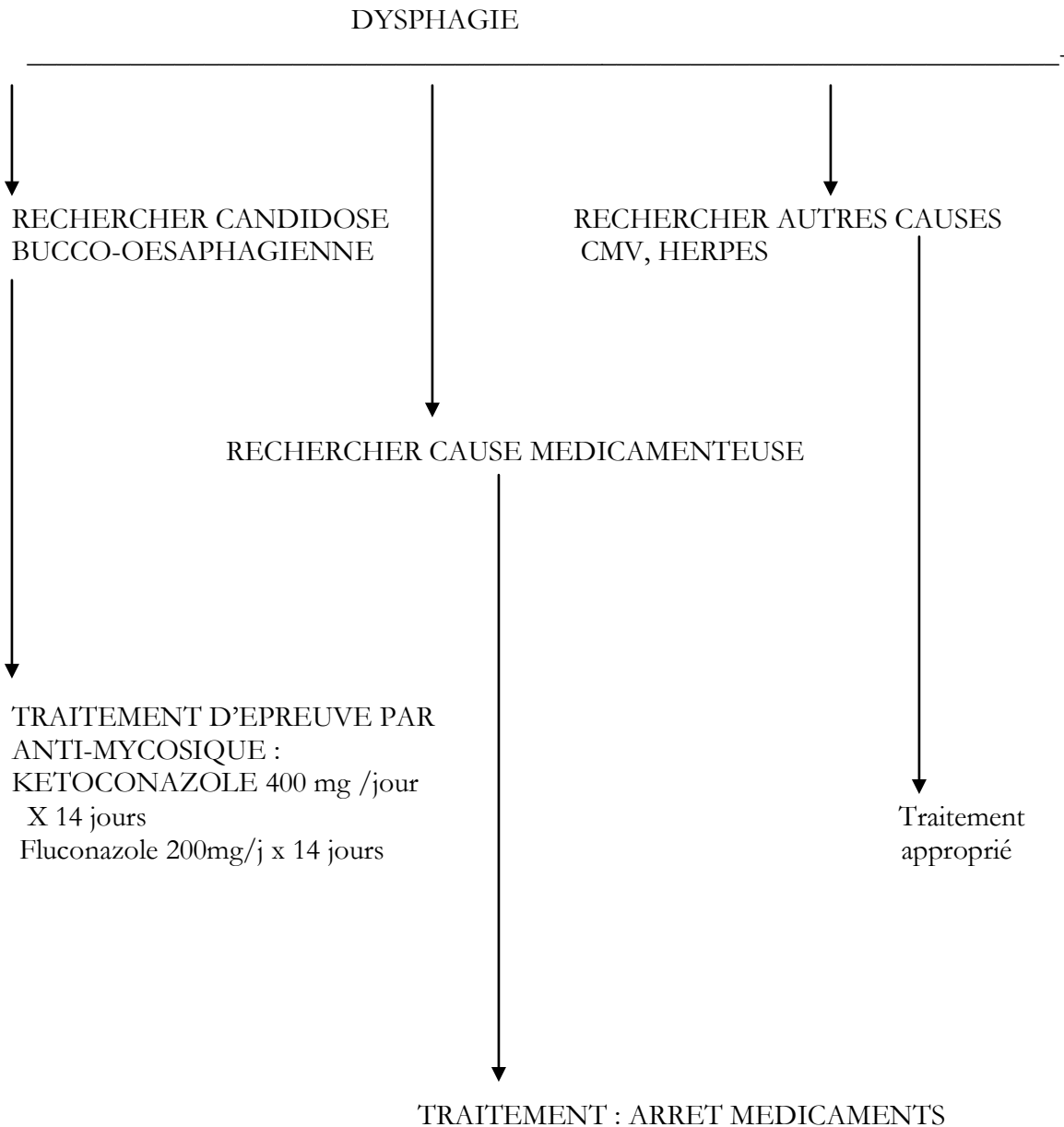


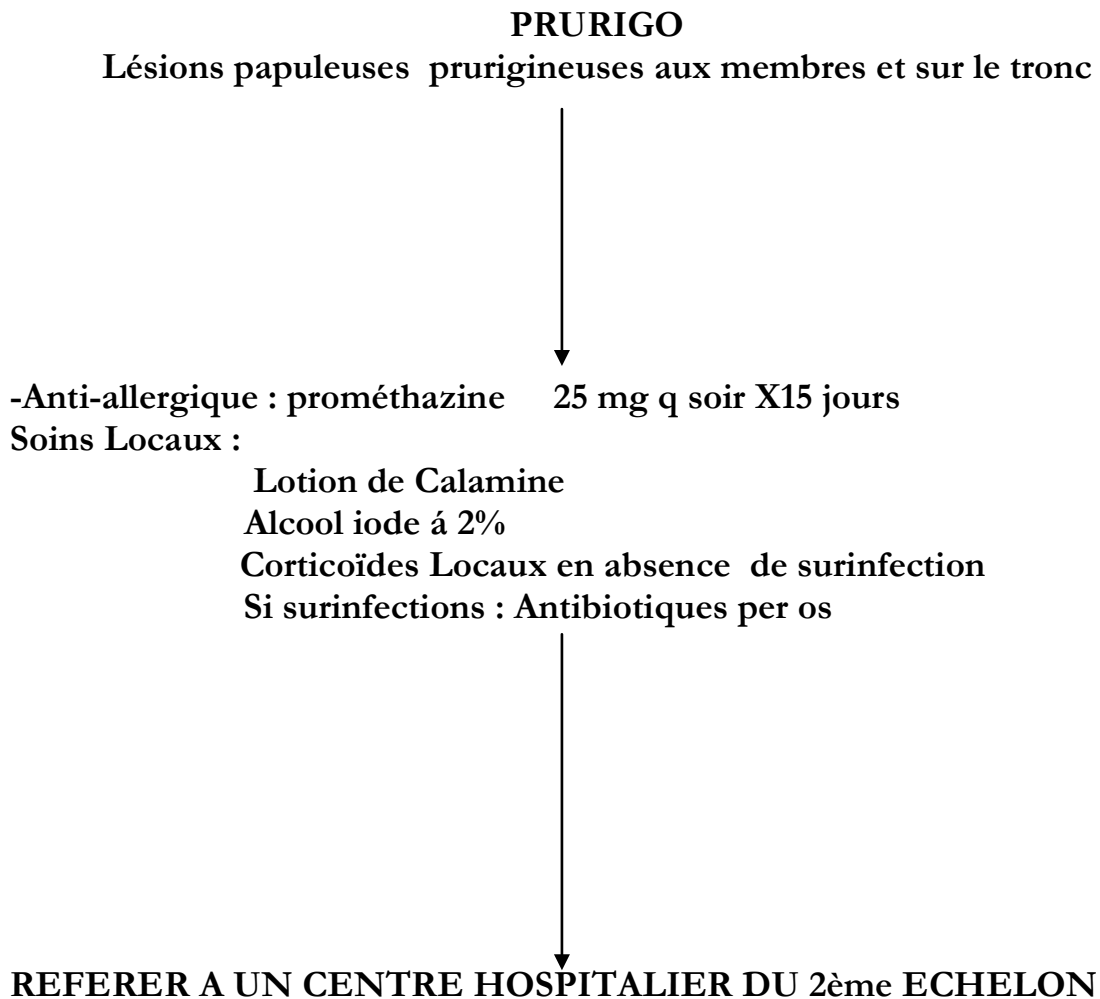
Figure 9. CONDUITE A TENIR DEVANT LA SURVENUE D'UNE DYSPHAGIE CHEZ UN PATIENT INFECTE PAR LE VIH

Niveau primaire (2eme Echelon), Secondaire et Tertiaire

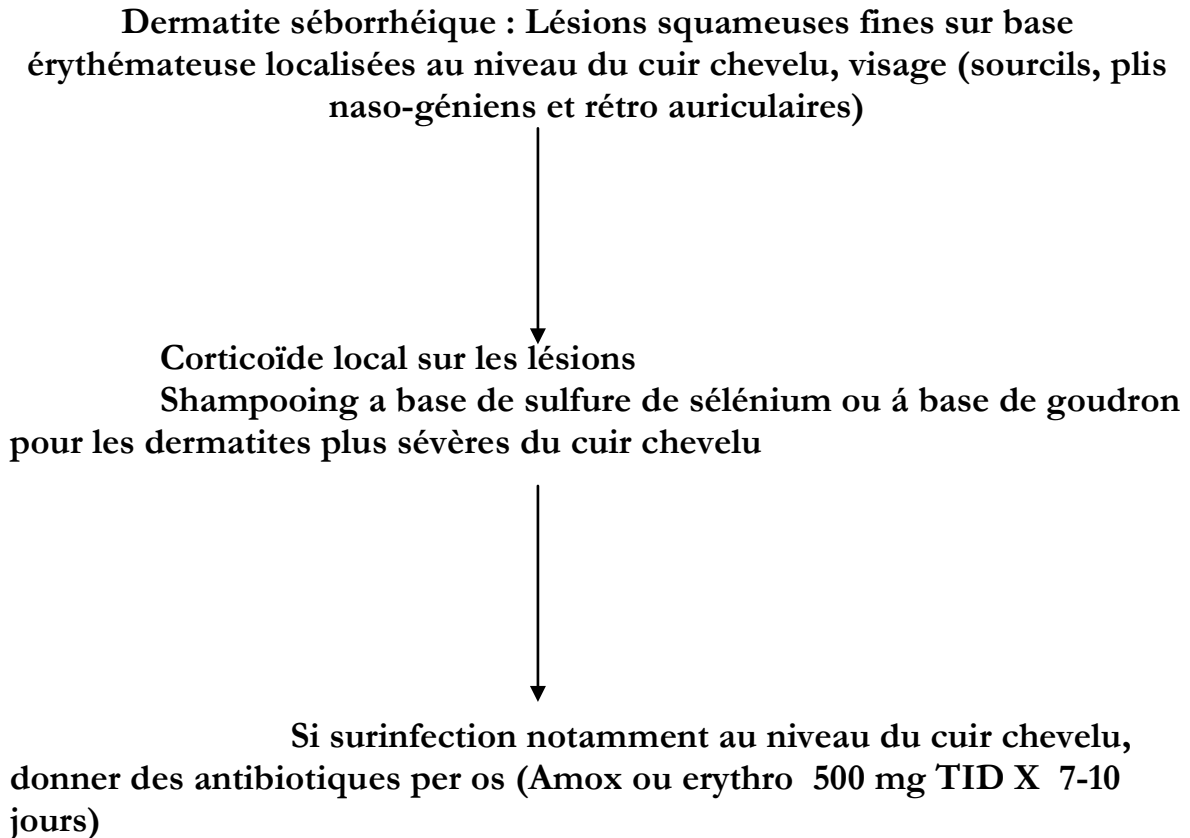


**Figure 10. CONDUITE A TENIR DEVANT LA SURVENUE D'UN PRURIGO CHEZ UN PATIENT INFECTE PAR LE VIH**

**NIVEAU PRIMAIRE (Premier échelon)**



**Figure 11. Conduite à tenir devant une dermatite séborrhéique chez un patient HIV positif**



## Figure 12. Conduite à tenir devant un Sarcome de Kaposi

Sarcome de Kaposi



Lésions à type de plaques violacées ou brunâtres, infiltrées localisées le plus souvent au niveau du visage, tronc, membres. Des localisations au niveau du palais de la cavité buccale ne sont pas rares.



Herpès virus type 8 incriminé

La trithérapie est la seule alternative disponible en Haïti.



## CHAPITRE IV

### SUIVI DES PATIENTS

#### 4.1. Suivi d'un patient non encore placé sous traitement antirétroviral

Tout patient séropositif au VIH sera tôt ou tard placé sous traitement antirétroviral. Il importe donc de proposer au patient, dès l'annonce de la séropositivité, des informations sur la pathologie, des données sur les schémas de traitement disponibles, et au cours des séances d'éducation ultérieures de discuter des modalités, des exigences du traitement, des difficultés et des effets néfastes d'une mauvaise adhérence des principes du traitement.

Ceci pourrait constituer un moyen efficace de rétention des patients asymptomatiques, qui pour des raisons culturelles ou des croyances religieuses, abandonnent le suivi pré-enrôlement et se présentent, quelques mois plus tard, en très mauvais état général, et de surcroît, sans préparation préalable pour démarrer la thérapie antirétrovirale.

Le suivi du patient non encore placé sous traitement antirétroviral a pour objectif principal d'apprécier l'évolution de l'infection à VIH et d'ajuster au besoin la conduite à tenir. Trois composantes sont à considérer:

- **le suivi clinique**

Le patient séropositif, non encore éligible pour un traitement antirétroviral, sera revu en consultation, sur une base mensuelle ou au besoin selon les motifs et les trouvailles de la consultation antérieure ou selon son état général.

Il est important de prévenir et de surveiller de façon systématique la manifestation de toute infection opportuniste et de porter une attention particulière sur la courbe de poids. Ces deux paramètres peuvent expliquer l'évolution de la pathologie et contribuer à la détermination du stade clinique de la maladie.

- **la surveillance biologique**

Elle repose essentiellement sur le suivi des lymphocytes CD4 au moins tous les 6 mois, intervalle adapté en fonction de l'évolution clinique ou de la courbe de CD4 du patient. D'autres examens de laboratoire peuvent être réalisés sur une base régulière ou demandés en fonction de l'état clinique du patient et/ou des signes et symptômes évoqués au cours de la visite de suivi (par exemple, un bilan hépatique ou rénal, une glycémie à jeun) ou encore un test de grossesse.

- **les séances d'éducation à la santé relatives :**

Ces séances ont pour objectif une participation active et portent sur le changement de comportement et vers une sexualité à moindre risque : toujours insister, à chaque visite médicale, sur la nécessité d'avoir des rapports sexuels protégés, même si le patient affirme ne plus être sexuellement actif et/ou ne pas avoir de partenaires. Ainsi lors d'un retour à une activité sexuelle régulière, survenant généralement après une amélioration de l'état général, il sera informé des avantages de l'utilisation d'un préservatif pour éviter les risques de transmission sexuelle par suite de rapports sexuels non protégés.

- les notions d'hygiène de base (lavage des mains, nettoyage des fruits et légumes avant toute utilisation, consommation d'eau potable) pour éviter toute infection ou une nouvelle ré-infestation par des parasites, susceptibles de provoquer ou prolonger des troubles digestifs, en particulier la diarrhée.
- une bonne hygiène alimentaire pour une nutrition équilibrée, nécessaire pour maintenir un statut nutritionnel satisfaisant, répondre suffisamment aux besoins journaliers et assurer une fonction plus efficace du système immunitaire.
- les mécanismes de transmission, de progression (évolution naturelle) de la pathologie et des moyens de prévention. Ces séances pourront fournir au patient un maximum d'informations lui permettant de comprendre la longue période de latence qui caractérise l'infection ainsi que la chronicité de la pathologie.
- l'adhérence au traitement : Présenter au patient les critères d'initiation du traitement et les exigences du traitement. Lui expliquer sincèrement qu'il est impossible d'éliminer totalement le VIH de l'organisme avec les médicaments ARV existants. Néanmoins, une adhérence optimale permet d'obtenir des résultats satisfaisants et évite la survenue de résistance. Discuter des effets secondaires. Insister sur le fait que tout schéma thérapeutique a une toxicité potentielle.

Il conviendrait d'insister sur les avantages d'une relation stable et fidèle, des rapports sexuels protégés et les conséquences d'un comportement irresponsable et à haut risque (partenaires multiples, usage de drogues intraveineuses ou de seringues contaminées, exposition à un virus mutant ou résistant, primaire ou secondaire à un traitement aux antirétroviraux ultérieur ou en cours chez le partenaire, possibilité de contracter d'autres IST).

Le prestataire de service de santé doit orienter le patient vers le préservatif plus une autre méthode de planification familiale, le motiver dans l'adoption d'une double protection. Le choix du préservatif masculin ou féminin doit être prioritaire et son utilisation régulière et continue encouragée, même si le client opte pour une autre méthode.

Un counselling spécifique, adapté à chaque étape du suivi et selon les difficultés rencontrées, doit être proposé à chaque patient. Si une consultation psychologique s'avère nécessaire, et en cas de non disponibilité au niveau de la structure, référer auprès d'un établissement disposant des services d'un psychologue. Il faudrait s'assurer, à chaque visite, de l'approvisionnement du patient en médicaments à la pharmacie de l'institution (en particulier ceux placés sous prophylaxie au Cotrimoxazole).

## 4.2. Particularités du Suivi au niveau primaire

Le niveau primaire doit travailler en réseau avec un centre de niveau plus élevé. Obligation est faite à ces institutions de référer tous les 6 mois, c'est-à-dire au moins deux fois par an, tout patient VIH+, quelque soit le stade, sous traitement antirétroviral ou non, pour un bilan clinique et para-clinique par un prestataire expérimenté du centre ARV le plus proche. Un rapport de l'évaluation doit alors être dressé par le médecin ARV et envoyé au médecin du SSPE ou de l'HCR pour une meilleure coordination du suivi.

Ce rapport doit préciser les trouvaillles de l'examen clinique (Infections opportunistes en particulier), le stade OMS de la maladie (si changement de stade ou non), le bilan para-clinique effectué (évolution des CD4), le traitement institué (préventif ou curatif), l'évolution de la pathologie (progression ou stabilisation), souligner les éventuelles modifications apportées et formuler les recommandations pour assurer un meilleur suivi. Le médecin ARV doit également déterminer la date du prochain bilan.

## 4.3. Suivi d'un patient sous traitement antirétroviral

### 4.3.1. Calendrier de suivi

- **Clinique**

- Phase intensive

Au début du traitement, il est recommandé de faire une visite toutes les semaines ou toutes les 2 semaines jusqu'au troisième mois de traitement. Le rythme de ces visites est modulé en fonction de la compréhension par le patient du schéma thérapeutique, des objectifs du traitement, de son adhésion et des difficultés rencontrées ou autres situations particulières liées au patient (domicile éloigné du centre par exemple).

- Phase de maintien

A partir du troisième mois, si le patient affiche une parfaite adhésion au traitement, une bonne tolérance des nouvelles molécules et une évolution clinique satisfaisante, il est conseillé de revoir le patient sur une base mensuelle pour maintenir une bonne adhésion

et dépister au plus tôt la survenue d'éventuelles infections opportunistes ou d'un échec précoce.

- **Counselling spécifique (à chaque visite)**

Pour renforcer les acquis d'une bonne adhésion au traitement.

- **Biologie**

Après le bilan initial, au début de traitement, envisager de reprendre au moins, tous les 6 mois, à titre de contrôle, ce même bilan de base (Hémogramme, CD4, bilan hépatique, bilan rénal, Glycémie à jeun).

Un hémogramme de contrôle peut être repris à M1 et/ou M2 ou au besoin selon l'état du patient, si le régime contient la zidovudine (AZT), en cas de signes évocateurs ou associés à une anémie (pâleur, dyspnée,...) et pour déceler une neutropénie.

- **Pharmacie (approvisionnement à chaque visite)**

Il faudrait aussi s'assurer, au terme de chaque visite médicale, d'un approvisionnement régulier du patient en médicaments antirétroviraux et prophylactiques tels le cotrimoxazole et/ou l'isoniazide (si nécessaire).

#### **4.3.2. Principes généraux du suivi**

Les visites subséquentes permettront au clinicien de mieux apprécier l'évolution clinique du patient et de s'assurer d'une suppression maximale et continue de la charge virale. Elles offrent à l'équipe soignante l'occasion d'apprécier la motivation du client, d'évaluer l'adhérence au traitement antirétroviral.

Le clinicien doit également s'enquérir des nouveaux paramètres pouvant compromettre l'adhérence du patient (absence de support familial, stigmatisation, dépression, anxiété, inquiétudes par rapport au futur, migration, perte d'emploi, effets secondaires) et/ou des comportements à risque (nouveau partenaire, rapports sexuels non protégés, désir de grossesse,...).

Ces rencontres doivent servir de séances d'éducation non seulement pour rappeler les objectifs du traitement mais également permettre à l'équipe soignante d'offrir un service personnalisé en planifiant de concert avec le patient un horaire ou des modalités lui permettant de mieux intégrer, dans ses activités quotidiennes, la prise de son traitement et le respect de ses visites médicales.

### 4.3.3. Objectifs du suivi

Chez le patient sous traitement antirétroviral, le suivi doit être orienté vers les principaux points:

- Evaluation/surveillance de l'évolution clinique et biologique du patient
- Adhésion au schéma thérapeutique prescrit,
- Tolérance clinique et toxicité biologique.
- Efficacité immuno-virologique du traitement.
- Recherche du syndrome de reconstitution immunitaire

### 4.3.4. Evaluation de l'adhérence au traitement

L'arrivée du patient à la clinique avant la date ou à la date prévue de la visite peut déjà nous renseigner sur la motivation du patient. Toujours penser à féliciter le patient de sa fidélité au rendez-vous.

Par un interrogatoire minutieux, rechercher si le patient comprend assez bien l'objectif du traitement et respecte la posologie prescrite. Faire préciser par le patient les motifs des doses ratées (oubli, hors du toit familial, médicaments épuisés, faute de nourriture,...).

L'évaluation de l'adhérence et la motivation du client doivent se réaliser à chaque visite et à tous les niveaux par les membres de l'équipe de soin (Médecin, Infirmières, Pharmaciens, Assistants sociaux) en prévision d'un risque d'échec au traitement.

### 4.3.5. Evaluation de la tolérance et de la toxicité des médicaments

L'information du patient, avant la mise en route d'un traitement, sur la nature, la fréquence et la gravité potentielle des effets indésirables est essentielle afin de faciliter la prise en charge précoce de ces derniers et d'améliorer l'adhérence par une meilleure information de la personne concernée. Ce qui pourrait constituer la première cause d'interruption volontaire de traitement.

- o recherche des effets secondaires

Signes généraux : prurit, coloration des ongles, insomnie

Troubles digestifs (épisodes de vomissements, de nausées, de diarrhée...)

Troubles neuropsychiatriques (vertiges, logorrhée, agitation, hallucinations...)

- o interactions médicamenteuses (Tableau résumant les médicaments en annexe)

De nombreuses molécules antirétrovirales, en particulier les Inhibiteurs de la Protéase ou les Inhibiteurs Non Nucléotidiques de la Reverse Transcriptase, interagissent avec des médicaments d'usage courant, ou certaines molécules de certaines classes telles que les

inhibiteurs de la pompe à proton (oméprazole), les benzodiazépines (valium), certains antihistaminiques, hypolipémiants, antiépileptiques (phénobarbital) etc.

Des médicaments nécessaires dans le traitement de certaines Infections opportunistes peuvent également interférer avec le traitement antirétroviral et diminuer l'efficacité de certaines molécules du régime de traitement (Ketoconazole, Rifampicine,...), nécessitant parfois une modification ou un changement de régime. Il devient alors nécessaire de revoir, à l'initiation ou lors d'un changement de régime, toutes les médications en cours chez le patient, pour éviter de possibles interactions médicamenteuses.

- toxicité

La surveillance des paramètres biologiques doit être faite de façon régulière et au besoin, en particulier à la recherche d'une toxicité hématologique due le plus souvent à AZT (Anémie, Neutropénie, ...) ou d'une perturbation du bilan hépatorénal.

La majoration des effets combinés de certaines drogues, par exemple le D4T dans un schéma thérapeutique et INH, à titre prophylactique ou thérapeutique pour la Tuberculose doit orienter vers la recherche d'une neuropathie périphérique en particulier mais également d'une pancréatite ou de la toxicité mitochondriale due au D4T.

- complications à long terme

Il existe des complications tardives dont le risque de survenue augmente avec la durée d'exposition à la molécule. Une plus grande surveillance est requise à la recherche d'une pancréatite, d'une acidose lactique, d'une neuropathie périphérique, de cas de lipodystrophies (atrophie ou hypertrophie) surtout avec le D4T, d'une lithiase rénale (Indinavir),

#### **4.3.6. Surveillance de l'évolution clinique et biologique**

Il est indispensable de noter de façon régulière, le poids du patient à chaque visite, et de réaliser le tracé de la courbe de poids. Une courbe de poids descendante, en dehors de certains paramètres (perte de poids volontaire, insuffisance alimentaire ...), peut être le premier indice d'échec clinique.

La prévention de l'échec thérapeutique doit être une préoccupation constante dès la mise en route du traitement. Une bonne surveillance de l'évolution clinique et parfois biologique se révèle d'une grande importance puisque le début du traitement est souvent marqué par un risque de mortalité très élevé, dû quelques fois à l'apparition d'infections opportunistes latentes.

Toute perturbation du bilan hépatique ou rénal peut entraîner un réajustement des doses d'une ou des molécules du schéma thérapeutique en cours. En cas de bilan hépatique anormal, écarter d'abord un processus hépatique infectieux (Hépatite virale en cours,...) avant d'incriminer une molécule du schéma de traitement.

## 4.4. Suivi clinique et biologique des patients sous traitement

### 4.4.1. Phase intensive

La phase intensive du traitement antirétroviral englobe les trois premiers mois de traitement. Elle s'étend de l'initiation aux antirétroviraux (J0) jusqu'au troisième mois, période caractérisée par un risque de mortalité élevé, survenue des effets secondaires insupportables, du syndrome de reconstitution immunitaire.

La survenue d'infections opportunistes et d'autres affections de stade 3 ou 4 ou de tumeurs liées au VIH après les 6 premiers mois doit faire penser à un éventuel échec thérapeutique.

#### o Consultation initiale

Une *première évaluation 8 à 15 jours* après l'initiation du traitement permet :

- de s'assurer de la bonne compréhension du schéma thérapeutique par le patient :
  - respect de la prise des médicaments à la dose prescrite et à la fréquence demandée
- de renouveler les conseils pour une prise optimale du traitement :
  - prise de l'Efavirenz (Sustiva®) de préférence au coucher
  - prise à jeun, c'est-à-dire à distance de 2 heures au moins d'un repas, de la Didanosine (Videx®)
  - prise de préférence au cours du repas (ou dans les 2 heures qui suivent) des autres inhibiteurs de protéase (tout particulièrement pour le Nelfinavir qui doit obligatoirement être pris avec un repas ou une collation), du Ténofovir (Viread®);
- de détecter des difficultés d'adhérence, par exemple liées à une trop grande complexité du schéma thérapeutique ou à des difficultés pour le patient à intégrer ses prises médicamenteuses dans son rythme de vie quotidien;
- de vérifier la tolérance initiale, la survenue d'effets indésirables précoces pouvant être graves ou être responsables d'une mauvaise adhérence thérapeutique.

Selon le schéma de traitement prescrit, on recherchera de façon particulière :

une éruption cutanée sous Névirapine (Viramune®) ou Efavirenz (Sustiva®), qui peut être bénigne (grade 1-2) et ne nécessiter qu'une surveillance clinique.

Toutefois interdiction absolue d'augmenter la posologie de Névirapine de 1 à 2 comprimés par jour (habituellement réalisée au 15<sup>e</sup> jour de traitement) tant que l'éruption n'a pas régressé.

En cas de signes de gravité (éruption intense, urticaire, atteinte muqueuse ou signes généraux), il est impératif d'arrêter la molécule incriminée et de la substituer par une autre de la même classe (INNTI). La Névirapine peut ainsi être remplacée par l'Efavirenz. Cependant une réaction allergique avec ce dernier impose d'écarter l'autre, vu la plus grande fréquence des éruptions cutanées avec la Névirapine

Aucune mesure prophylactique ni curative (AINS, stéroïdes, antihistaminiques) n'est recommandée. *Cependant en cas de prurit plus ou moins intense, certains médicaments sont prescrits de façon à atténuer les symptômes et à conserver l'adhérence du patient.*

- des signes de toxicité hématologique : une neutropénie ou une anémie (pâleur des phanères et des conjonctives, dyspnée) en particulier si le patient reçoit de l'AZT.
- des troubles digestifs (nausées, vomissements, diarrhée, ...) pouvant amener à prescrire des traitements symptomatiques, et même penser à modifier précocement le traitement (substitution de la molécule incriminée), si forte suspicion d'intolérance digestive.
- des signes d'hypersensibilité à l'Abacavir (Ziagen®, Trizivir®) : fièvre, éruption cutanée, ou surtout fatigabilité inhabituelle, crampes diffuses, troubles digestifs, signes respiratoires.  
Cette hypersensibilité à l'Abacavir survient, dans la grande majorité des cas, au cours des six premières semaines de traitement (médiane 11 jours).  
En présence de deux symptômes ou plus du syndrome d'hypersensibilité, il faut arrêter immédiatement et définitivement l'Abacavir (la réintroduction ultérieure est proscrite, quel que soit le délai)

- **Consultations ultérieures**

Le patient sera ensuite revu en clinique toutes les semaines ou tous les quinze jours selon la tolérance aux antirétroviraux (en fonction de l'intensité et de la fréquence des effets indésirables), sa compliance ou de son état général, pour s'assurer d'une bonne intégration du traitement dans son rythme de vie quotidienne et repérer la survenue d'un Syndrome de Reconstitution immunitaire.

#### 4.4.2. Phase de maintien

- **Suivi ultérieur**

Le suivi doit être dynamique pour éviter de jeter le patient dans la déprime, ou une certaine lassitude d'un traitement à long terme (quasiment à vie !) et non curatif. La fréquence des consultations ultérieures est fonction des plaintes du patient au cours de la visite précédente, de son état clinique et également de ses difficultés avec le traitement (effets secondaires, adhérence)

Le prescripteur doit constamment rappeler au patient les limites de la thérapie antirétrovirale, entre autres, la non-éradication du virus et la nécessité d'une prise régulière et continue des médicaments pour une meilleure efficacité. Il doit de plus surveiller, à tout moment, tout risque d'émergence de résistance aux molécules antirétrovirales par un contrôle biologique régulier, immunologique en particulier et virologique si possible.



Il importe de rappeler que l'adhérence est un processus fragile et dynamique, et qu'il est nécessaire d'en discuter avec le patient pour déceler un éventuel phénomène de lassitude.

○ **Situation d'échec thérapeutique**

La gestion d'une situation d'échec thérapeutique est loin d'être univoque.

L'absence de réduction de la charge virale ou d'une augmentation du compte de CD4 rend presque toujours compte des difficultés d'adhérence au traitement antirétroviral (effets secondaires, oubli, doses manquantes, déni ou facteurs culturels) et doit conduire à rediscuter avec le patient de sa compréhension du bien-fondé du traitement et des motivations

Une adhérence inadéquate peut être la principale cause d'échec d'un schéma thérapeutique. Dans certains cas, un support pour une bonne adhérence, le traitement des effets secondaires, la substitution d'une molécule d'ARV mal tolérée, ou d'autres mesures pour augmenter l'adhérence pour aboutir à une suppression de la charge virale. Dans d'autres, il est déjà trop tard et des résistances aux ARV se sont développées.

Une mauvaise adhérence peut influencer la décision de changer de régime, et on doit obtenir la garantie d'une bonne adhérence avant d'initier tout nouveau régime.

La décision de changer de régime thérapeutique requiert du clinicien une certaine expertise dans la prise en charge des patients sous antirétroviraux. Les cliniciens moins expérimentés sont vivement encouragés à solliciter une assistance ou un avis technique en consultant ou en référant le patient à un clinicien avisé susceptible de l'aider dans sa décision et de l'orienter dans le choix d'un nouveau régime.

**4.4.3. Indications des modifications du schéma thérapeutique**

- En cas de toxicité
- En cas d'échec thérapeutique
- En cas de non adhérence suite à l'intolérance

Si la non adhérence n'est imputable à une intolérance, un changement de régime ne saurait résoudre le problème. Il serait préférable de rechercher les causes profondes de cette non adhérence et éviter d'utiliser inutilement d'autres molécules

- Survenue d'une TB active (rifampicine)

Si le patient est placé sous un régime contenant une molécule telle que les Inhibiteurs de protéase (IP) ou la Névirapine, pouvant interagir avec la rifampicine.

- Grossesse ou désir intense de grossesse

En cas de rapports non protégés volontaires, ou de désir intense de grossesse, et si la patiente reçoit de l'Efavirenz dans son schéma thérapeutique, il est prudent de modifier le régime, (substituer la Névirapine si pas de contre-indication) pour éviter les effets néfastes de cette molécule sur la grossesse.

#### 4.4.4. Eléments de Référence et contre référence

En attendant l'établissement d'un système efficace de référence et de contre référence, le patient séropositif, sous traitement antirétroviral ou non, qui requiert des soins dans une autre structure sanitaire, quelque soit le motif de son transfert (suspicion d'échec, migration ou changement d'adresse), doit remettre au médecin de sa structure d'accueil, une lettre de référence émanant du médecin traitant qui mentionnera :

- les caractéristiques du patient (age, sexe, code d'identification, adresse)
- l'histoire de sa maladie : apparition d'infections opportunistes (Tuberculose, Zona, Candidose, Diarrhée à Isospora ou Cryptosporidium, ...)
- son statut immuno-virologique (évolution de ses taux de CD4, si possible de sa charge virale)
- ses difficultés d'adhérence du traitement
- les périodes de vacance thérapeutique et de leurs motifs
- la succession des traitements antirétroviraux administrés (changements de régime et motifs de ces changements, les principaux régimes utilisés,...)
- l'efficacité et la tolérance du traitement
- la disponibilité en médicaments antirétroviraux (épuisement ARV prescrits prévu le...)
- son impression sur l'évolution générale (favorable, stable ou défavorable) du patient.

Dès réception de la lettre de référence, le médecin est tenu d'en informer le médecin référant de l'arrivée à destination du patient transféré.

#### 4.4.5 Normes d'accompagnement thérapeutique et adhérence

*L'adhérence thérapeutique est multifactorielle. Les composantes de l'adhérence sont cognitives, sociales, comportementales, culturelles et émotionnelles. L'adhérence ne repose pas seulement sur le patient ; elle dépend aussi de l'organisation des systèmes de soins, de la qualité de la prise en charge et de la relation entre les prestataires et les patients.*

*Les modèles d'intervention ayant démontré leur efficacité sont des modèles centrés sur l'écoute et l'accompagnement c'est à dire des modèles dans lesquels l'empathie l'emporte sur l'autorité, le soutien sur le contrôle et l'apprentissage mutuel sur l'instruction et le commandement.*

## 1. Niveau institutionnel

Toute institution voulant dispenser les ARV se doit d'élaborer **un plan d'adhérence (voir annexe)**. Ce plan d'adhérence devra répondre à l'ensemble des points suivants :

### a. Premier échelon

#### **Ressources humaines**

Le centre devra pouvoir disposer :

- **Des ressources humaines souhaitables** :
  - Un prestataire formé à la prescription des ARV et au suivi clinique des personnes infectées par le VIH ;
  - Une infirmière ou auxiliaire formées à la prescription des ARV et au suivi clinique des personnes infectées par le VIH ;
  - Un technicien de laboratoire,
  - Un aide pharmacien ;
  - Un conseiller thérapeutique formé au counselling à l'adhérence thérapeutique.
  - Un PVVIH pour aider dans l'assistance-conseil.
- **D'un plan de formation** en ayant soin de préciser les références des formations reçues ainsi que les centres ayant assuré ces formations.

Le centre définira le rôle exact de chaque personnel dans **le parcours de soins**

#### **Le circuit du patient**

Le centre devra décrire de façon schématique les différentes étapes de la prise en charge (dépistage, bilans cliniques, visites médicales, consultations d'adhérence etc...)

#### **Le plan de pharmacie**

Il devra préciser :

- Le mode d'approvisionnement en ARV et des médicaments IO.
- L'outil de gestion de stock,
- Les mesures mises en place pour assurer la sécurité des locaux
- Les mesures prévues pour pallier aux ruptures de stock
- La formation du personnel responsable de la gestion de ces médicaments
- Les dispositions mises en place pour la surveillance des dates de validité des médicaments

#### **Les locaux**

Ils comprendront à minima,

- un laboratoire

- un local à pharmacie
- un espace d'écoute respectant les règles de confidentialité visuelle et auditive indispensables au counselling

Le parcours à l'intérieur des locaux devra être expliqué aux patients

### **L'accompagnement du patient**

Il conviendra aux équipes de soins de préciser:

- les guides d'entretien utilisés pour préparer les personnes **avant leur début de traitement**.  
Cette préparation comprendra 2 à 3 séances de counselling incluant ou non une simulation de traitement.
- les guides utilisés pour le soutien des personnes **en traitement**.  
La première année de traitement, le soutien comprendra une séance de conseil thérapeutique à chaque délivrance mensuelle des médicaments.  
Les années suivantes, le soutien des personnes en traitements pourra être effectué tous les 3 mois.

Il est fortement conseillé d'impliquer des PVVIH formées dans les activités de conseil et de soutien.

### **Les institutions de référence**

Selon l'offre de service de chaque institution et afin d'assurer une prise en charge de qualité des PVVIH, les centres de santé dispensateurs d'ARV choisiront

- Un hôpital de référence pour les hospitalisations qui s'avèreraient nécessaires ;
- Un laboratoire permettant le compte des CD4 ;
- Une maternité pour les femmes incluses dans un programme de PTME ;
- Un centre de santé de référence pour l'aide à la décision, les situations d'urgence médicale, les AES et les victimes de violence sexuelle
- Une association de PVVIH dont les coordonnées seront systématiquement proposées à toute personne détectée positives

### **Le suivi médical**

Le centre précisera

- la composition du comité d'éligibilité ;
- les modalités d'acheminement des prélèvements sanguins ainsi que les matériels nécessaires au transport et à la protection des coursiers (thermos ; gants...) ;
- les modalités d'acheminement des résultats
- La fréquence des consultations médicales
- La fréquence des bilans biologiques.

### **Monitoring des données**

Les prestataires responsables de la collecte des données journalières et mensuelles seront formés et clairement identifiés par le responsable du centre.

### **b. Deuxième échelon**

Les institutions de 2eme échelon devront répondre aux mêmes exigences que celles du premier échelon auxquelles s'ajoutent, si possible :

- Des PVVIH formés au conseil et au soutien ;
- Un travailleur social pour assurer le lien entre l'institution et la communauté ;
- Un psychologue pour le soutien au PVVIH si nécessaire, le psychologue pourra travailler en réseau avec plusieurs centres de santé.

### **c. Troisième échelon**

Mêmes exigences que précédemment auxquelles s'ajoute l'hospitalisation des PVVIH qui le nécessitent

## **2. Niveau communautaire**

Toute activité liée à l'accompagnement et au soutien des personnes sous ARV devra être développée en coordination avec le niveau institutionnel

Dans le domaine de la prise en charge du VIH/SIDA, et particulièrement celui de l'adhérence au traitement, la stigmatisation, certains tabous, des barrières culturelles et sociales sont autant de défis à surmonter par toute l'équipe.

Trois grands axes sont à exploiter pour minimiser l'impact négatif de ces situations sur l'adhérence au traitement :

- la mobilisation sociale (promotion des services, activités de lutte contre la discrimination et réseau de support notamment en matière apport nutritionnel)
- les visites à domicile, réalisées avec le consentement du patient, visent l'accompagnement du PVVIH et de sa famille
- les associations de PVVIH assureront la formation de leurs membres qui désirent s'impliquer dans les activités de soutien et de support.

## **4.5. Les intrants stratégiques**

Une prise en charge intégrale des PVVIH exige une bonne coordination des interventions, une amélioration de l'offre et de la qualité des services mais aussi une disponibilité de ressources essentielles qu'il convient de résumer comme suit :

- Stock de médicaments anti-rétroviraux
- Stock de médicaments génériques pour le traitement des IO
- Tests rapides
- Matériel éducatif
- Aide-mémoire
- Dépliants sur les IST/VIH/SIDA
- Préservatifs
- Réactifs et équipement de laboratoire
- Fiches de collecte de données pour la gestion de l'information

#### 4.5.1 Mécanismes d'interventions

##### 1. Le processus de commande des intrants

Les commandes doivent se faire à partir de la liste qui existe dans les Normes du MSPP. Les Institutions actuellement habilitées à réaliser les commandes sont: PAHO/PROMESS (Fonds Mondial), SCMS (PEPFAR), les Agences d'importation et de distribution de produits Pharmaceutiques et les Achats Directs (SR). Les achats se font à travers un fournisseur international (IDA) ou des laboratoires de production d'ARV certifiés par l'OMS.

##### 2. Enregistrement des produits / Autorisation d'importation

Toutes les nouvelles molécules doivent faire l'objet d'un enregistrement sanitaire. Le permis d'importation doit être accordé au niveau des Organisations chargées de l'approvisionnement des sous récipiendaires (pour PEPFAR et pour FM). A chaque commande, une copie du certificat d'analyse du médicament doit être transmise à la Direction du Médicament du MSPP dans le cadre de l'assurance qualité du produit. Les délais d'approvisionnement doivent être pris en compte.

##### 3. Stockage

Le stockage se fait au niveau **Central notamment au niveau de PROMESS**, de SCMS, des Agences Privées et des Sous-Récepteurs

Le stockage (au niveau central et au niveau des sites) doit se faire en référence aux Normes et Procédures de la Direction de Pharmacie et du Médicament. En conséquence, la planification des enrôlements devra prendre en compte la capacité de stockage. Chaque site doit toujours avoir 3 mois de stock d'ARV.

#### **4. Distribution**

On doit se référer aux Normes de distribution des médicaments (DPM/MT-MSPP). La mise en place du réseau national de distribution des intrants aidera à l'atteinte de ces objectifs.

#### **5. Utilisation/dispensation**

La dispensation doit se faire selon les critères d'accréditation établis par le MSPP. Ces critères devront faire partie intégrante du manuel de Normes. L'utilisation des médicaments doit se faire strictement dans le respect des protocoles établis et des régimes autorisés. Les réquisitions doivent se faire en fonction de l'utilisation. Les sites doivent fournir des rapports d'utilisation. Toute dispensation doit être suivie d'une assistance conseil continue. Il est fortement recommandé que le profil du dispensateur et du gestionnaire soit un pharmacien.

Les médicaments anti-rétroviraux doivent être stockés au dépôt central de Promess, en liaison avec les dépôts périphériques des hôpitaux départementaux, universitaires et spécialisés. Les institutions sanitaires du premier échelon du niveau primaire disposeront seulement de trousse d'urgence pour les cas de prophylaxie de courte durée. Les hôpitaux communautaires de référence (HCR) s'approvisionneront en ARV directement au dépôt départemental. La direction de pharmacie et la DOSS doivent définir une stratégie adaptée en vue d'assurer la gestion des stocks tant du point de vue de la logistique que de la qualité des produits disponibles. Elles doivent veiller à la distribution rationnelle des médicaments et au respect des normes en matière de posologie. Le réapprovisionnement doit s'effectuer sur une base trimestrielle avec des ajustements en fonction de la demande.

Les sites de VCT doivent être pourvus de réactif en quantité suffisante pour 6 mois renouvelable. La direction de laboratoire national et la DOSS sont responsables du contrôle de qualité et de l'approvisionnement des différents sites en intrant biologique.

La stricte application de la régulation en matière de médicament constitue une garantie majeure pour la réussite des programmes de santé et la prise en charge efficace des PVVIH.

La nécessité d'une gestion rationnelle des médicaments en général et en particulier des intrants des programmes de VIH/SIDA facilite la coordination des actions du MSPP et permet d'éviter une multiplication des interventions pouvant être un obstacle à la prise en charge des PVVIH.

## CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

En Haïti, il n'est pas déraisonnable de vouloir prendre en charge les patients atteints d'infection à VIH symptomatique. A l'aide d'examens simples, de médicaments souvent disponibles, il est possible d'assurer une survie prolongée et confortable aux malades.

Ce manuel est destiné aux prestataires de soins en particulier, les médecins, les infirmières et les auxiliaires chacun en ce qui le concerne et en fonction de l'échelon considéré au niveau du système de santé. Il sera révisé périodiquement en tenant compte de l'évolution de la recherche scientifique, de la disponibilité de nouvelles molécules anti-rétrovirales et du changement au niveau de la législation.

En vue de rationaliser le système de prise en charge, il conviendrait de mettre en place des mécanismes pour:

- Assurer la formation du personnel soignant par échelon
- Garantir une meilleure qualité des services tout en prévoyant leur extension
- Formaliser la coordination entre les différents opérateurs du système
- Établir des liens entre les sites de CDV et les institutions de soins.
- Intégrer les PVVIH dans la gestion des soins.

Le MSPP doit créer un comité d'experts nationaux qui seront le cas échéant assistés de consultants internationaux en vue de la révision annuelle des protocoles thérapeutiques en raison des nouvelles données technologiques et des résultats obtenus de la l'analyse des patients placés sur traitement anti-rétroviral.



# ANNEXES

## ANNEXE 1. Suivi du patient VIH+ par niveau de soins

### Différents niveaux de soins en Haïti :

#### NIVEAU PRIMAIRE

- 1er échelon:
- Service de Santé de Premier Echelon (SSPE)
- 2ème échelon :
- Hôpital Communautaire de Référence (HCR)

#### NIVEAU SECONDAIRE

- Hôpital Départemental (HD)

#### NIVEAU TERTIAIRE

- Hôpitaux Universitaires ou Hôpitaux Spécialisés (HU ou HS)

### 1. Suivi du patient VIH+ au niveau du SSPE

- Prévention : IEC
- Dépistage HIV & RPR / Counselling
- (Pré et Post-test)
- Education :
- Evaluation du risque de surinfection
- Promotion du changement de comportement
- Proposition d'une méthode de PF
- Plan de réduction du risque
- Stratégies d'Adhérence
- Soins supportifs
- Soins à domicile par les pairs éducateurs
- Prise en charge IST
- Proposition sérologie VIH à tout Tuberculeux
- Activités PTME :
- Dépistage et traitement PTME systématique de toute femme enceinte (ou référence au site PTME le plus proche)

- En cas d'AES et de VS, prise en charge immédiate si kit d'urgence disponible ou référence systématiquement au site ARV le plus proche.
- Référer au site ARV le plus proche tout patient dépisté HIV+ pour évaluation initiale (visite médicale et bilan para-clinique)
- Suivi clinique patient VIH+ et sous ARV
- Prévention des IO
- Diagnostic & Traitement des IO mineures :
- Candidose buccale, Herpès, Zona, Prurigo, Diarrhée
- En présence de cas de difficiles, si communication impossible avec l'équipe d'encadrement, référer systématiquement
- Encadrement technique par site ARV le plus proche chaque mois
- Contact permanent avec site ARV le plus proche.

## 2. Suivi du patient VIH+ au niveau du HCR

### Suivi clinique :

#### Activités du niveau primaire

- ✦ Évaluation clinique, para-clinique et suivi des PVVIH
- ✦ Intervention ARV (Initiation au traitement ARV et suivi)
- ✦ Prise en charge des IO / Clinique TB
- ✦ Prise en charge des IST
- ✦ Intervention PTME
- ✦ Prise en charge des cas d'AES et de VS
- ✦ Support Psychosocial
- ✦ Soins palliatifs
- ✦ Diagnostic et Traitement des IO majeures:
- ✦ Cryptococcose neuroméningée
- ✦ Toxoplasmose cérébrale
- ✦ TB extra-pulmonaire
- ✦ Sarcome de Kaposi
- ✦ CMV

### Bilan para-clinique :

- ◆ Hémogramme, CD4, Bilan hépatique et rénal, Glycémie à jeun, PPD
- ◆ Pap. smear et RPR annuellement
- ◆ Prophylaxie à l'INH si PPD > ou = 5mm & X-ray disponible
- ◆ A l'initiation au TAR, Test de grossesse systématique pour toute femme en âge de procréer et active sexuellement.
- ◆ Si test de grossesse +, référer en PTME.
- ◆ Charge virale en cas de suspicion d'Échec thérapeutique et au besoin.
- ◆ Bilan lipidique au besoin et annuellement si IP

- ◆ Tout patient comateux doit être référé au niveau supérieur c'est - à - dire à l'Hôpital Départemental le plus proche.
- ◆ En cas de Suspicion d'Échec au traitement, référer au niveau supérieur

### **3. Suivi du patient VIH+ au niveau du HD / HU/HS**

#### **Suivi clinique :**

Activités du niveau primaire (SSPE + HCR)

- ◆ Prise en charge des cas d'Échec Thérapeutique (Disponibilité ARV de seconde ligne)
- ◆ Prise en charge des états graves et sévères mettant en jeu le pronostic vital

#### **Bilan para-clinique :**

- ◆ Bilan ophtalmologique au besoin

## **ANNEXE 2 Contrôle clinique des symptômes et des signes, utilisation des médicaments, effets secondaires, complications à chaque visite.**

3.1 Questionner	3.2 Observer
<p><b><u>S'il s'agit de la 1<sup>ère</sup> visite :</u></b> Etudier le dossier. Contrôler les données pour la TB, les autres infections opportunistes, les problèmes chroniques.</p> <p><b><u>Pour toutes les visites :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comment vous sentez-vous ?</li> <li>▪ Quels problèmes de santé avez-vous rencontrés ?</li> <li>▪ Parmi cette liste lesquels ressentez-vous ? <b><u>Si Oui</u></b>, demander depuis combien de temps est installée la pathologie, et utiliser les recommandations intitulées Soins Aigus : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Toux ?</li> <li>- Sueurs nocturnes ?</li> <li>- Fièvre ?</li> <li>- Signes IST ? (Utiliser les questions d'évaluation adaptées localement)</li> <li>- Diarrhée ?</li> <li>- Lésions des muqueuses buccales ?</li> <li>- Nouvelles éruptions cutanées ?</li> <li>- Céphalée ?</li> <li>- Fatigue ?</li> <li>- Nausée ou vomissements ?</li> <li>- Diminution de l'appétit ?</li> <li>- Fourmillements, engourdissements ou douleurs aux pieds/jambes ?</li> <li>- Ressentez-vous d'autres douleurs ? <b><u>Si Oui</u></b>, Où ?</li> <li>- Problèmes sexuels ?</li> </ul> </li> <li>▪ Avez-vous eu besoin de recevoir des soins médicaux d'urgence ? <b><u>Si Oui</u></b>, demander des informations/le diagnostic.</li> <li>▪ Quels médicaments prenez-vous et avec quelle fréquence ?</li> <li>▪ Evaluer l'adhérence (Si TAR, voir p.H36)</li> <li>▪ Quels problèmes avez-vous rencontrés lors de la prise des médicaments/comment les prenez-vous ?</li> <li>▪ Prenez-vous d'autres médicaments ? (Remèdes traditionnels, traitement de la TB, ARV, médicaments illicites, etc.) ?</li> <li>▪ Comment se passe la vie à la maison ?</li> <li>▪ Quelles activités physiques avez-vous l'habitude de pratiquer ?</li> <li>▪ Voulez-vous que nous abordions d'autres sujets ensemble ? avez-vous des questions ?</li> </ul>	<p><b>Chez tous les patients :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Observer la pâleur. <b><u>Si pâleur</u></b> présente, contrôler l'hémoglobine.</li> <li>▪ Observer les conjonctives, présence d'un ictère ou jaunisse ?</li> <li>▪ Examiner la cavité buccale, chercher une candidose.</li> <li>▪ Poids. Evaluer la perte ou prise de poids. Enregistrer les données. Si perte pondérale, questionner sur l'apport alimentaire.</li> <li>▪ Effectuer un décompte des comprimés, pour estimer l'adhérence.</li> <li>▪ <b>Si le patient semble triste, ou présente une perte de l'intérêt, évaluer une éventuelle dépression.</b></li> </ul> <p><b><u>Si apparition de nouveaux symptômes</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prendre la température.</li> <li>▪ Rechercher des ganglions. Si &gt; à 2cm, utiliser les Soins aigus.</li> <li>▪ Observer la survenue d'éruptions.</li> <li>▪ Rechercher des traces de violence.</li> <li>▪ Procéder à des explorations plus poussées des symptômes (Voir pages A18-54 du Module sur les Soins Aigus PCIMA ou d'autres recommandations de médecine adulte)</li> </ul> <p><b><u>Si 1<sup>ère</sup> visite : (A vérifier également tous les 6 mois ; passer outre si problèmes connus) :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Préciser au patient que vous voulez contrôler sa mémoire.</li> <li>-Nommer 3 objets sans lien distinct entre eux, clairement et lentement. Demander au patient de les répéter :</li> <li>-Est-il/elle capable de les répéter ? (Problème de mémorisation ?)</li> <li><b><u>Si Oui</u></b>, attendre 5 minutes et demander à nouveau : « Pouvez-vous citer à nouveau les 3 objets ? » (Problème de mémoire d'évocation?)</li> </ul>

## ANNEXE 3: Plan d'adhérence

### Niveau institutionnel

Formation et Sensibilisation sur la Stigmatisation et la Discrimination aux trois échelons

### 1<sup>er</sup> Echelon

L'Institution devra, dans son plan d'adhérence, définir clairement ses mécanismes d'approvisionnement en ARV et en médicaments IO.		
Circuit du patient	Doit être clairement défini	
Accompagnement du patient sous ARV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Définir l'accompagnement du patient</li> <li>- Outils utilisés pour le counselling thérapeutique</li> <li>- Personnel assurant le counselling</li> <li>- Protocole de counselling (trois séances avant le début du Rx J-15, J-7, J0 et ensuite J+15, M1, M2, M3, M4, M5, M6)</li> <li>- Mise en réseau</li> <li>- Système mis en place pour les LFU</li> <li>- Formations des conseillers thérapeutiques</li> </ul> <p>Il est fortement recommandé d'impliquer des PVVIH dans les activités de conseil et de soutien</p>	Pour pallier au problème d'accès et de double approvisionnement
Suivi médical	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comité de sélection</li> <li>- Qui prend en charge le démarrage du traitement</li> <li>- Bilan biologique (ou est-il fait ? financement ; comment les spécimens seront acheminés et par qui ; qui a la responsabilité d'acheminer les résultats)</li> <li>- références et contre référence (effets secondaires majeurs, intolérance ou changement de traitement, hospitalisation)</li> <li>- formation de l'équipe</li> <li>- définir le protocole de suivi (calendrier de visites médicales et d'exams de laboratoire)</li> </ul>	
Plan de pharmacie	Clairement défini Qui approvisionne ? Outil de gestion de stock, formation du personnel, sécurité des locaux, gestion des ruptures de stock...	
Gestion de l'information	Qui fait la collecte journalière, mensuelle... Quel outil va être utilisé	
Gestion du personnel	Définition du rôle de chaque membre de l'équipe dans la prise en charge des PVVIH sous ARV	

<b>Assurance qualité</b>	Définir des normes de qualité et un système de contrôle (accueil, counselling, labo, date péremption médicaments, test de laboratoire) établir une périodicité pour chacun de ces items. Planification de réunion périodique du personnel soignant	
<b>Minimum requis pour le développement d'un plan d'adhérence</b>	Un plan d'adhérence bien défini <u><b>Personnel</b></u> Un médecin Un conseiller Un agent de terrain Un technicien de laboratoire Une infirmière/auxiliaire Un aide pharmacien <u><b>Les locaux</b></u> Un laboratoire Une salle de counselling confidentielle Local à pharmacie <u><b>Procédures de gestion des déchets</b></u> <u><b>Formations</b></u> Counselling pré- et post test, counselling adhérence, dispensation des ARV...) <u><b>Normes de counselling:</b></u> Counselling pré test, (au moins 10 minutes) Counselling post test (au moins 15-20 minutes) Counselling à l'adhérence comprenant 3 séances préparatoires (J-15, J-7, J0) puis minimum 4 séance de soutien (J15, M1, M2, M3) <u><b>Création de lien</b></u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- avec un hôpital de référence (pour les suivis, hospitalisation, AES et VS)</li> <li>- association de PVVIH</li> <li>- avec une maternité pour les femmes sous PTME</li> </ul>	

## **ANNEXE 4. Les groupes de médicaments pour la prise en charge des PVVIH**

### **Classification des médicaments:**

#### **Antibiotiques**

- Cotrimoxazole (P.O et inj)
- Métronidazole
- Bêta-Lactames (Ampicilline, Amoxicilline)
- Pénicillines (BenzathinePNC, PNC G)
- Céphalosporines
- Macrolides (Azithromycine, Erythromycine, Clarythromycine)
- Chloramphénicol
- Quinolones

#### **Antibiotiques**

- Doxycycline
- Gentamycine
- Cloxacilline

#### **Anti-histaminiques**

- Prométhazine
- Hydroxyzine

#### **Anti-fongiques systémiques**

- Kétoconazole
- Fluconazole
- Griséofulvine
- Amphotéricine

#### **Anti-inflammatoires/Analgesiques**

- Paracétamol
- Ibuprofen
- Naproxen
- Diclofénac
- Acide acétyl salicylique
- Carbamazépine
- Cortisone orale (Prednisone)

#### **Anti-parasitaires**

- Albendazole

**Anti-malariques**

- Chloroquine
- Quinines
  
- **Anti-diarrhéiques (loperamide)**
- **Anti-tuberculeux**

**Vitamines**

- Vitamine B6
- Vitamine C
- Acide folinique
- Multivitamines

**Autres produits**

- Acyclovir
- Disulone
- Phénobarbital

**Topiques cutanés**

- Calamine lotion
- Bacitracin zinc pommade
- Acyclovir crème
- Cortisone locale
- Solution de Milian
- Podophyline
- Kétoconazole/Miconazole crème



## ANNEXE 5. Les examens nécessaires si possible

### ➤ Classification par niveau de soins

#### Niveau primaire

- Hémogramme
- Glycémie
- CD4
- Bacilloscopie des Crachats
- PPD
- Urine

#### Niveau secondaire

- Plaquettes
- Chimie sanguine
- Bilan lipidique
- Bilan hépatique
- X-ray

#### Niveau tertiaire

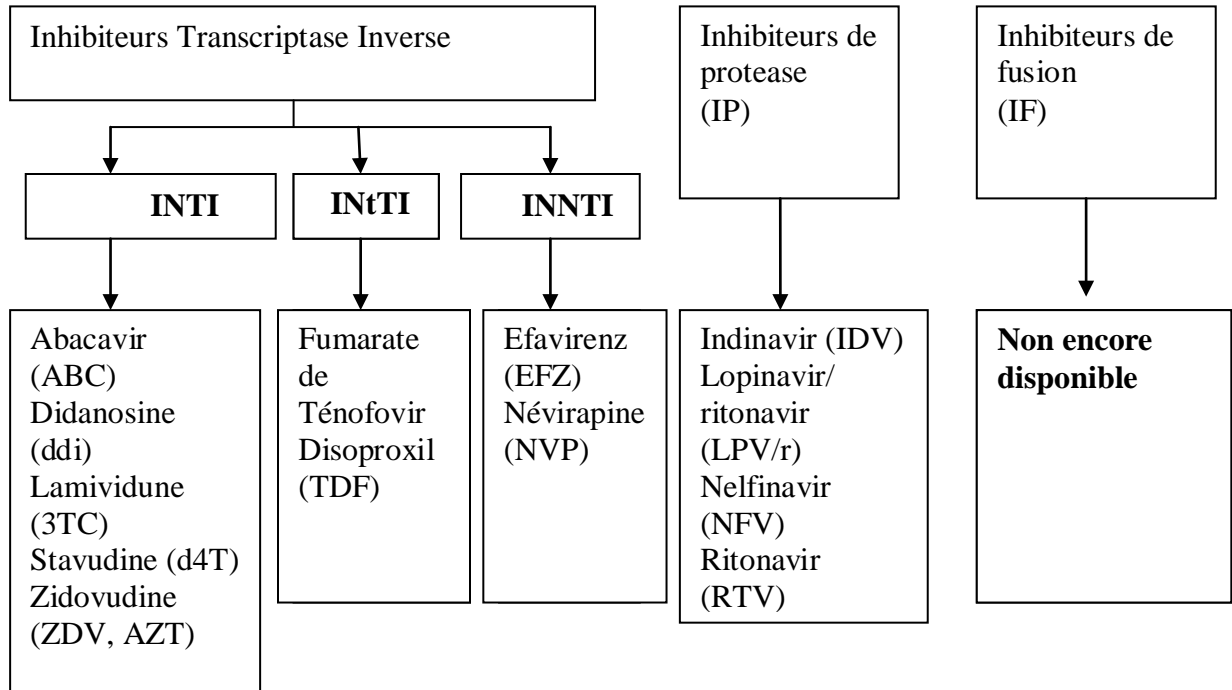
- Examen bactériologique des selles
- Recherche d'isopora, cyclospora
- Hémo-cultures, uro-cultures
- Protéinurie,
- Pap smear

#### Les intrants de laboratoire

- Tests de dépistage
- Tests rapides: Détermine, Oraquick ou Capillus
- Réactifs de laboratoires pour la prise en charge:
  - Hg
  - CD4
  - Bilan hépatique
  - Bilan rénal
  - Glycémie
  - Profil lipidique
  - Pap smear
  - PPD
  - Dosage créatinine
  - Autres réactifs....

## ANNEXE 6

### Liste des ARV disponibles en Haïti en 2007



## ANNEXE 7. Dosage, Posologie et effets secondaires des ARV

Molécules	Abréviation	Dosage	Posologie	Effets secondaires
Zidovudine	AZT	300mg	1 tab b.i.d	Anémie, fatigue, myalgie
Lamivudine	3TC	150mg	1tabx2xjr	Non commun
Didanosine	DDI	150mg	200mg b.i.d	Pancréatite, neuropathie
Stavudine	D4T	40mg	49mg b.i.d	Neuropathie périphérique
Abacavir	ABC	300mg	300mg b.i.d	Hypersensibilité
Zalcitabine	DDC	0.375mg 0.75mg	0.75mg t.i.d	Neuropathie, pancréatite
Efavirenz	EFV	200mg	3caps au soir	Térogénicité
Névirapine	NVP	200mgtab 50mg sirop	200mgxjrx14jours puis 200mg b.i.d	Lésions cutanées Hépatotoxicité
Delavirdine	DLV	100mg 200mg	400mg per os t.i.d	Prurit
Indinavir	IDV	400mg	2caps q8h	Néphrolithiase
Nelfinavir	NFV	250mg tabs 50mg poudre orale	3 tabs t.i.d	Diarrhée
Ritonavir	RTV	100mgcaps 600mg/7.5ml	600mg b.i.d	Asthénie, Anorexie
Lopinavir/Ritonavir	LPV/RTV	133mgLPV+ 33mgRTV 80mgLPV+ RTV/ml Sol	3 caps b.i.d 5ml sol b.i.d	Diarrhée
Zidovudine+Lamivudine	AZT+3TC	300mg+150mg	1tab b.i.d	Anémie
Tenofovir	TDF	300 mg	1 par jour (au cours du repas)	Néphrotoxicité importante
Emtricitabine	FTC	200 mg	1 par jour	

Classification OMS en stades cliniques VIH adulte et conduite à tenir

	<b>Stade clinique 1 Asymptomatique</b>	<b>Stade clinique 2 Maladie peu sévère</b>	<b>Stade clinique 3 Pathologie modérée</b>	<b>Stade clinique 4 SIDA</b>
<b>Poids</b>	Pas de perte de poids	Pertes de poids entre 5-10%	Perte de poids > 10%	Cachexie VIH
<b>Symptômes</b> Soigner les infections courantes et opportunistes conformément aux directives nationales	Absence de symptômes ou uniquement : <ul style="list-style-type: none"> <li>□ Adénopathies persistante généralisée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Lésions ou crevasses autour des lèvres (chéilite angulaire)</li> <li>□ Démangeaison (dermite séborrhéique ou prurigo)</li> <li>□ Zona au cours des 5 dernières années</li> <li>□ Infections à répétition des voies respiratoires supérieures telles que sinusite ou otite</li> <li>□ Ulcère buccal récidivant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Candidose buccale</li> <li>□ Leucoplasie chevelue</li> <li>□ Diarrhée &gt; 1 mois</li> <li>□ Fièvre &gt; 1 mois</li> <li>□ Infections bactériennes sévères (pneumonie, myosite...)</li> <li>□ TB pulmonaire</li> <li>□ TB adénopathie</li> <li>□ Gingivite/parodontite aiguë nécrotique et ulcérate</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Candidose oesophagien.</li> <li>□ Ulcérations herpétiques &gt; 1 mois</li> <li>□ Lymphome*</li> <li>□ Maladie de Kaposi</li> <li>□ Cancer cervical invasif*</li> <li>□ Pneumocystose*</li> <li>□ TB extrapulmonaires*</li> <li>□ Méningite à cryptocoque*</li> <li>□ Encéphalopathie VIH</li> <li>□ Rétinite à CMV*</li> <li>□ Abscès cérébral à toxoplasme*</li> <li>□ Leishmaniose viscérale*</li> </ul> <p>(Les lésions neurologiques lourdes empêchant une fonction indépendante et non dues à d'autres causes, verront fréquemment leur état s'améliorer sous traitement ARV)</p>
<b>Prophylaxie</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Cotrimoxazole</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Cotrimoxazole</li> <li>□ Autres indiquées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Cotrimoxazole</li> <li>□ Autres indiquées</li> </ul>
<b>Traitement ARV</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Uniquement si les CD4 &lt; 200</li> <li>□ Considérer un TAR si CD4 entre 200-350</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Uniquement si les CD4 &lt; 200 ou Lymphocytes totaux &lt;1200 mm<sup>3</sup></li> <li>□ Considérer un TAR si CD4 entre 200-350</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Si numération CD4 non disponible et si signes récurrents ou plus de 1 signe, traiter</li> <li>□ Si CD4 &lt;200 traiter</li> <li>□ Évaluation pour TAR</li> <li>□ Préparation du patient à l'observance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Tout patient stade 4 est éligible</li> <li>□ Évaluation pour TAR</li> <li>□ Préparation du patient à l'observance</li> </ul>

Les pathologies marquées d'un astérisque nécessitent le diagnostic d'un médecin, ce peut être à partir des données d'une hospitalisation antérieure.  
 La myosite, la pneumocystose ou tout autre forme sévère de pneumonies, toxoplasmose, méningite à cryptocoque et TB extrapulmonaires sont toutes des infections qui exigent la référence du patient pour une prise en charge.

## **BIBLIOGRAPHIE**

MSPP. Plan National Stratégique pour la prévention et le contrôle du SIDA et des MST, Haïti 1996

MSPP. Plan Stratégique National pour la Prévention et le Contrôle des Infections Sexuellement Transmissibles et du VIH/SIDA 2001-2006, Haïti 2001

Ministry of Health and Social Services, Guidelines for the clinical management of HIV and Aids, Republic of Namibia

GHESKIO. Protocole de Prise en charge des Patients infectés au VIH, Haïti 2000

MSPP/GHESKIO. Intégration du dépistage volontaire et éclairé pour le VIH avec un paquet de services associés au niveau des structures sanitaires du MSPP et de celles des secteurs privés en vue de la prévention du VIH en Haïti, Haïti 2001

Gilliam BL, Sajadi MM, Amoroso A, Davis CE, Cleghorn FR, Redfield RR. Tenofovir and abacavir combination therapy: lessons learned from an urban clinic population. *AIDS Patient Care*, 21:240-6, 2007.

Schietinger, H, Sanci, L. System for delivering HIV/AIDS Care and Support. USAID, 1998

Ministry of Health of Ethiopia. Guidelines for the Clinical Management of Pediatric HIV Infection in Ethiopia, 2000

Ministère de la Santé Publique de Côte d'Ivoire. Guide pour la prise en charge clinique et thérapeutique de l'infection à VIH chez l'adulte. 1998

Clinical Manual for Management of the HIV infected adult, Edition 2006 Aids Education and Training Center, François Xavier Bagnoud Center University of Medicine and Dentistry of New Jersey

Antiretroviral Therapy for HIV infection in Adults and Adolescents: Recommendations for a public health approach, 2006 revision. World Health Organization, HIV/AIDS Programme

Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1 Infected Adults and Adolescents—October 10, 2006 DHHS / Office of Aids Research Advisory Council (OARAC)

Caribbean HIV Clinical Management Guidelines : Recommendations for Antiretroviral Therapy for Adults and Adolescents with HIV Infection First Edition 2007 Caribbean Epidemiology Center- PAHO / WHO

Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH Rapport 2004 -  
Recommandations du groupe d'experts sous la direction du Professeur Jean-François  
Delfraissy