



**Ministère
de la Santé Publique
et de la Population**

*Normes Nationales
pour la Prise en Charge*
**DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH
RÉSUMÉ EXÉCUTIF, JUILLET 2016**



PNLS
Programme National de Lutte
contre les IST/VIH/SIDA
Juillet 2016

NORMES NATIONALES POUR LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

1. DIAGNOSTIC DE L'INFECTION AU VIH

1.1. Dépistage du VIH

Haïti ayant une épidémie généralisée du VIH, le dépistage est recommandé pour tous.

Le dépistage volontaire avec assistance-conseil doit être réalisé systématiquement pour toute personne **présentant des signes et symptômes ou conditions médicales suggestifs du VIH**, les personnes avec TB active, hépatites virales, les femmes enceintes et allaitantes, les populations clés telles que les LGBT, professionnels du sexe, prisonniers, personnes utilisant des drogues illicites et leurs partenaires.

Le dépistage doit être offert aux patients hospitalisés, aux clients des cliniques IST, Malnutrition, Vaccination.

Le dépistage doit être réalisé par une personne formée en la matière et selon l'algorithme national.

Le dépistage communautaire est recommandé spécialement pour les populations clés et les zones à forte prévalence du VIH (supérieur à la moyenne nationale).

Le dépistage communautaire sera fait avec le Détermine et tous les clients avec un test réactif seront accompagnés aux institutions offrant des services de traitement pour confirmation du diagnostic et initiation du traitement antirétroviral.

1.2. Confirmation de l'infection au VIH avant l'enrôlement en soins

Il est recommandé de faire un 2ème test pour confirmer le diagnostic du VIH pour tout nouveau patient.

Il est recommandé de re-tester tout nouveau patient VIH+ en utilisant un 2ème spécimen selon l'algorithme national avant l'initiation aux antirétroviraux (ARV).

Il n'est pas recommandé de refaire un test sérologique pour des patients déjà sous ARV à cause de risques de diagnostic incorrect (séroréversion).

1.3. Diagnostic du VIH chez les adultes

Référence: Algorithme National

1.4. Diagnostic du VIH chez les nourrissons et les enfants

Référence : « Manuel de Normes de Prise en Charge Clinique et Thérapeutique des Nourrissons et des Enfants Infectés ou Exposés au VIH », MSPP, 2015.

Enfants de <18 mois

Le diagnostic du VIH chez les enfants de <12 mois doit être fait à base de test virologique : PCR ADN (sur sang total ou DBS), PCR ARN (sur plasma ou DBS).

Tout nouveau-né exposé au VIH doit avoir un dépistage précoce à 4-6 semaines d'âge ou le plus tôt que possible si après 6 semaines.

Tout nourrisson exposé au VIH âgé entre 4 semaines -12 mois doit bénéficier d'un test de diagnostic précoce (PCR ADN)

Tout enfant exposé au VIH âgé entre 12-18 mois se présentant en soins pour la première fois doit d'abord bénéficier d'un test sérologique. Si le test rapide est positif, il doit bénéficier d'un test virologique de confirmation.

	Tout enfant ayant un 1^{er} test PCR positif doit avoir un 2^{ème} prélèvement pour PCR de confirmation et les ARV doivent être initiés sans attendre les résultats du test de confirmation. Le dépistage systématique est fortement recommandé pour tout enfant autour de la naissance et pendant les 2 premières années de vie, si le statut est inconnu.
NOUVEAU	Tout nouveau-né exposé au VIH doit avoir un dépistage précoce à 4-6 semaines d'âge ou le plus tôt que possible si après 6 semaines. - Le diagnostic précoce à la naissance avec PCR ADN peut être considéré pour les enfants exposés afin de permettre une initiation précoce aux ARV. Si le PCR à la naissance est négatif, il devra être repris à 4-6 semaines.
Enfants de >18 mois	
	Le diagnostic du VIH chez les enfants de >18 mois doit être fait avec un test sérologique (tests rapides) selon l'algorithme national.
1.5. Dépistage du VIH chez les populations clés	
Adolescents	Les adolescents et jeunes adultes de moins de 25 ans étant la tranche d'âge avec la plus forte incidence de nouvelle infection au VIH en Haïti, le dépistage volontaire doit leur être offert à tous les niveaux de soins.
Femmes enceintes et allaitantes	Le dépistage du VIH et de la Syphilis doit être offert à toute femme enceinte ou allaitante.
Couples et partenaires	Le dépistage du couple ou des partenaires est à encourager car l'implication du partenaire dès le départ peut faciliter le suivi médical.
2. PROTOCOLES THÉRAPEUTIQUES – TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL	
2.1. Adultes (>19 ans)	
2.1.1. Quand commencer	
NOUVEAU	Le traitement ARV doit être initié chez tous les adultes (>19 ans) ayant un diagnostic VIH + confirmé.
	Le traitement ARV doit être initié pour tout patient avec TB active Le traitement TB sera initié en premier suivi du traitement ARV aussitôt que possible dans les 2-8 semaines après le début du traitement TB.
2.1.2. Quoi commencer	
Régime de 1^{ère} ligne recommandé	2 INTI + 1 INNTI : TDF + 3TC + EFV
Alternatifs	- AZT ou ABC + 3TC + EFV - TDF ou AZT + 3TC + ABC (si TB et intolérance à l'EFV) - TDF+3TC+ATV/r ou LPV/r - AZT ou ABC +3TC + ATV/r ou LPV/r
	- Tous les nouveaux patients doivent être placés sous le régime préférentiel TDF/3TC/EFV. - Les patients stables sous régime à base de NVP ou AZT doivent être maintenus.
NOUVEAU	Dolutegravir sera utilisé dans les protocoles thérapeutiques quand c'est disponible.
2.2. Femmes Enceintes et Allaitantes	

2.2.1. Quand commencer	
Le traitement ARV doit être initié chez toutes les femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH.	
2.2.2. Quoi commencer	
Régime de 1^{ère} ligne recommandé	2 INTI + 1 INNTI : • TDF + 3TC + EFV
Alternatifs	• AZT + 3TC + EFV • TDF+3TC+ATV/r ou LPV/r • ABC+3TC+ EFV
2.3. Adolescents (10-19 ans)	
2.3.1. Quand commencer	
Le traitement ARV doit être initié chez tous les adolescents (10-19 ans) vivant avec le VIH.	
2.3.2. Quoi commencer	
Régime de 1^{ère} ligne recommandé	2 INTI + 1 INNTI : • TDF + 3TC + EFV
Alternatifs	• ABC + 3TC + EFV • AZT + 3TC + EFV • TDF + 3TC + ATV/r ou LPV/r • ABC+3TC+ ATV/r ou LPV/r • AZT+3TC+ATV/r ou LPV/r
2.4. Enfants de <10 ans	
2.4.1. Quand commencer	
Le traitement ARV doit être initié chez tous les enfants de <10 ans vivant avec le VIH.	
Le traitement ARV doit être initié pour tout enfant avec TB active le plus tôt que possible et dans les 2- 8 semaines après le début du traitement TB.	
2.4.2. Quoi commencer	
Enfants <3 ans	
Régime de 1^{ère} ligne recommandé	2 INTI + IP : • ABC + 3TC + LPV/r Pour les enfants avec charge virale indétectable, on peut considérer le changement du LPV/r pour l'EFV à partir de 3 ans d'âge si la mère n'était pas sous EFV pendant la grossesse.
Alternatifs	• AZT + 3TC + LPV/r • ABC + 3TC + NVP
Co infection TB-VIH	• ABC + 3TC + AZT pendant la durée du traitement TB seulement
Enfants 3-10 ans	
Régime de 1^{ère} ligne recommandé	2 INTI + NNTI: • ABC +3TC + EFV
Alternatifs	2 INTI + NNTI : • ABC + 3TC + NVP • TDF + 3TC + NVP • AZT + 3TC + EFV • TDF + 3TC + EFV

Co-infection TB-VIH	• ABC +3TC + EFV • AZT + 3TC + EFV • TDF + 3TC + EFV • AZT ou TDF+3TC+ABC (si intolérance à l'EFV)
2.5. Prophylaxie chez les enfants exposés au VIH	
Enfants de mères sous ARV pendant la grossesse et l'allaitement	Si l'enfant est allaité : • NVP 1x/jour pendant 6 semaines Si l'enfant n'est pas allaité : • AZT 2x/jour pendant 4-6 semaines OU NVP 1x/jour pendant 4-6 semaines
Enfants exposés nés de mère VIH(+) se présentant tardivement en soins prénatal ou en travail	Si l'enfant est allaité Trithérapie de la naissance jusqu'à 24 semaines de vie, si suppression virale chez la mère. - si pas de suppression virale, poursuivre la trithérapie jusqu'à 12 mois • Si PCR positif : Trithérapie à vie Si l'enfant n'est pas allaité • AZT 2x/jour pendant 4-6 semaines OU NVP 1x/jour pendant 4-6 semaines
Alimentation de l'enfant exposé au VIH	Le Ministère de la Santé recommande : • L'allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois pour tous les nourrissons exposés au VIH • Préparations pour nourrissons exclusives (Lait artificiel) pendant les six premiers mois de vie si les critères AFADS sont respectés • Alimentation mixte formellement contre indiquée • L'introduction des aliments complémentaires à partir de 6 mois • Continuer l'allaitement pendant les 12 premiers mois de vie si les critères AFADS ne sont pas respectés. • L'arrêt de l'allaitement maternel devrait se faire lorsqu'une alimentation adéquate est faisable sans lait maternel.
3. SUIVI DU PATIENT SOUS ARV	
3.1. Test de laboratoires	
Avant et après initiation des ARV	• La charge virale sera utilisée pour le suivi en routine à 6 et 12 mois après initiation puis chaque 12 mois chez les patients stables. • La charge virale sera utilisée pour évaluer et confirmer l'échec thérapeutique. L'échec thérapeutique est défini comme une charge virale >1,000 copies/mL à 2 reprises dans un intervalle de 3- 6 mois avec support à l'adhérence chez un patient sous un nouveau régime ARV depuis > 6 mois. • La charge virale peut être faite sur DBS comme sur le plasma.
3.2. Régimes ARV de Deuxième Ligne	
Adolescents, Femmes Enceintes, Adultes	
Régime de 2^{ème} ligne recommandé	2 INTIs + 1 IP (ATV/r ou LPV/r) : • Si échec sous TDF + 3TC → AZT + 3TC + ATV/r OU LPV/r Si échec sous AZT + 3TC → TDF + 3TC + ATV/r OU LPV/r

Enfants < 10 ans	
	• Si échec sous LPV/r → RAL • Si échec sous NVP → LPV/r ou ATV/r • Si échec sous ABC + 3TC ou TDF + 3TC → AZT + 3TC • Si échec sous AZT + 3TC → TDF + 3TC ou ABC + 3TC
3.3. Régime de Troisième ligne	
	Les patients avec échec virologique sous régime de 2e L malgré support à l'adhérence: DRV + RAL + ETV
4. DÉPISTASGE ET PRÉVENTION DES INFECTIONS OPPORTUNISTES	
Co-trimoxazol	La prophylaxie au Co-trimoxazol est recommandée pour tous les adultes, adolescents et enfants vivant avec le VIH.
INH	La recherche des signes et symptômes de la TB est recommandée pour tous les adultes, adolescents et enfants infectés au VIH avant l'initiation des ARV. Le dépistage de la TB est aussi recommandé pendant le traitement ARV pour tous adultes, adolescents et enfants infectés au VIH qui présentent des signes et symptômes suggestifs de TB. Le dépistage de la TB est recommandé pour tout enfant infecté au VIH en contact proche avec une personne ayant une TB active même si l'enfant est asymptomatique. Le GeneXpert est recommandé pour le dépistage de la tuberculose chez les personnes infectées au VIH ainsi que les enfants. La prophylaxie à l'Isoniazide (INH) est recommandée pour tous les adultes et adolescents vivants avec le VIH qui n'ont pas d'évidence de TB active pour au moins 36 mois ou à vie. La prophylaxie à l'INH est recommandée pour tous les enfants de 12 mois et plus infectés au VIH qui n'ont pas d'évidence de TB active pour au moins 6 mois. La prophylaxie à l'INH est recommandée pour les enfants infectés au VIH de moins de 12 mois, qui ont un contact TB proche, et que le dépistage est négatif pour TB active, pour au moins 6 mois.
5. PRÉVENTION DU VIH	
5.1. PEP – Prophylaxie post exposition	
TDT+3TC+EFV	

- Réaliser la charge virale (CV) pour tout PVVIH sous TAR depuis au moins 6 mois
- Réaliser la charge virale (CV) pour toute femme enceinte sous TAR depuis au moins 4 mois
- Réaliser la charge virale chaque 12 mois si la dernière CV indétectable et si le patient est stable
- Réaliser la charge virale (CV) pour tout PVVIH présentant des signes d'échec clinique et/ou immunologique

CV < 1000 copies/ml

Continuer le même régime et réaliser la CV chaque 12 mois.

CV > 1000 copies/ml

Renforcer le counseling sur l'adhérence

Première session de counseling sur l'adhérence le jour de la remise du résultat.

Deuxième session de counseling sur l'adhérence 4 semaines après la remise du résultat.

Refaire la CV 3-6 mois après le counseling sur l'adhérence.

CV < 1000 copies/ml

Continuer le même régime et réaliser la CV chaque année.

Si la CV > 1000 mais a diminué de 0,5 log, reprendre la CV dans 3 mois.

Si la CV > 1000 mais a diminué de 0,5 log et si l'adhérence a été renforcée, passer au régime de 2^{ème} ligne après :

- révision complète du dossier médical du patient
- L'avis du PNLS ou de collègues plus expérimentés