

République Islamique de Mauritanie

Honneur – Fraternité – justice

Comité national de lutte contre le SIDA

Ministère de la Santé

Secrétariat Exécutif National de Lutte contre le SIDA



POLITIQUE ET STRATEGIE DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA



Aout 2014

I. PREAMBULE

Le VIH/Sida est la crise sanitaire la plus grave à laquelle le monde est aujourd'hui est confronté. On estime à plus de 9,7 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA dans le monde qui reçoivent le traitement ARV, dont 7.5 millions sont en Afrique sub-saharienne en 2012.

En effet, l'efficacité des médicaments antirétroviraux introduits ces dernières années, a permis de révolutionner la riposte à cette pandémie, en contribuant à prolonger la survie des personnes infectées par le VIH, faisant renaitre ainsi un réel espoir chez cette population particulièrement vulnérable.

En Mauritanie, le premier cas de Sida a été déclaré en 1987. La situation épidémiologique actuelle est de type concentré. Toutefois, la tendance à la propagation de l'épidémie est quasi permanente sous l'effet des facteurs favorisants.

A l'instar de la Communauté Internationale, le pays s'est lancé très tôt dans la lutte contre le VIH/SIDA par la mise en place d'interventions prioritaires appuyées par les différents partenaires au développement et a souscrit aux différents engagements internationaux visant à améliorer l'état de santé des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Conformément au Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté qui a pour objectif de maintenir le niveau de la prévalence du VIH/SIDA à moins de 1% d'ici 2015, le Gouvernement a élaboré son plan stratégique national de lutte contre les IST/VIH/SIDA pour la période 2011-2015.

Dans ce cadre, la révision de la Politique Nationale de prise en charge de Personnes vivant avec le VIH/sida élaborée 2011 s'impose désormais pour assurer des services de qualité dans toutes les wilayas du pays et à toutes les personnes vivant avec le VIH/sida, en harmonisant le protocole thérapeutique national avec les dernières (juin 2013) recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé en la matière.

A travers ce document, le Gouvernement compte apporter sa contribution à l'atteinte des objectifs mondiaux de lutte contre l'épidémie du VIH/Sida, à savoir zéro nouvelle infection, zéro décès du au sida et zéro discrimination. Dans ce souci, nous espérons aligner les interventions de toutes les parties prenantes pour une meilleure synergie et efficacité des stratégies de prise en charge adaptées aux besoins réels des bénéficiaires en matière de décentralisation et de délégation de tâches, en toute équité et respect de la dignité humaine

Ahmedou Ould Hademine Ould Jelvouné

Ministre de la santé

II. REMERCIEMENTS

Plusieurs personnes ressources ont contribué à la révision du document de politique et stratégie de prise en charge des personnes vivant avec le VIH en Mauritanie. Nous aimerions tout d'abord remercier les personnes vivant avec le VIH de Nouakchott qui nous ont permis de mieux apprendre la prise en charge des PVVIH, ainsi que le staff du Ministère de la santé et celui du Secrétariat Exécutif du Comité National de lutte contre le sida de la Mauritanie qui ont contribué à l'élaboration du document.

Ci-dessous la liste des personnes ressources impliquées :

Noms et Prénoms	Fonction/Titre
Dr Abderrahmane Ould Mohamedoune	Coordinateur UCSS
Dr Barikalla Ould Sid'Ahmed Ould Ely-litim	Médecin chef CTA
Dr Sid'Ahmed Ould Soufiane	Infectiologue, CTA
Dr Elkhalil Ould Ishagh	Infectiologue, CTA
Dr Mohamed Vall Ould Abdallahi	Médecin CTA
Dr Abdallahi Ould Moissa	Pharmacien CTA
Dr Zahra Fall	Biologiste INRSP
Dr Ahmed Ould Bara	Biologiste INRSP
Dr Mohamed Abdallahi Ould Bollahi	Directeur CNTS
Dr Niang Saidou Doro	Directeur DLM
Dr Ndoungou Salla Ba	SENL
Dr Idoumou Ould Mohamed Vall	SENL
Dr Aboubacry Ba	GAS, SENL
Mr Mohamed Ould Mawloud	Point focal des PVVIH, SENL
Mme Fatimata Ball	Point focal des PVVIH, SENL
Mr Moctar Salem	Réseau des associations PVVIH
Dr Coline Koog	CRF
Dr BUNKEMBO MAMPINDU Magloire	CRF
Dr Boubacar Ould Abdel Aziz	OMS
Dr El Hadj Ould Abdallahi	ONUSIDA
Dr Sidi Ould Zahaf	UNICEF
Dr Yeboue	Consultant OMS

Le Ministère de la santé adresse ces gratitudes à l'OMS, à l'ONUSIDA, à la CRF, à MDM pour leur appui à la mise à jour de ce document.

III. ACRONYMES

ABC	Abacavir
AES	Accidents d'exposition au sang
AGR	Activités Génératrices de Revenus
ARV	Antirétroviraux
AZT	Zidovudine
CAMEC	Centrale d'Achat des Médicaments et des Consommables
CD4	Lymphocytes T4
CDV	Conseil Dépistage Volontaire
CHN	Centre Hospitalier National
CNH	Centre National d'Hygiène
CNLS	Conseil National de Lutte Contre le SIDA
CNP	Centre de Neuropsychiatrie
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine.
CRLS	Comité Régional de Lutte contre le SIDA
CSLP	Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
CSM	Centre de santé de Moughataa
CSN	Cadre Stratégique National
CRF	Croix Rouge Française
CREN	Centre de récupération et d'éducation nutritionnelle
CTA	Centre de Traitement Ambulatoire
DDI	Didanosine
DPCS	Direction de la Planification, de la Coopération et des Statistiques
DPL	Direction de la Pharmacie et des Laboratoires
DRPSS	Direction Régionale de la Protection Socio-Sanitaire
ENSP	Ecole Nationale de Santé Publique
EVF	Efavirenz
EPCV	Enquête sur les Conditions de vie des populations
FDC	Fixed Doses Combined
INH	Isoniazide
INNTI	Inhibiteurs Non Nucléosidiques de la Transcriptase Inverse
INTI	Inhibiteurs Nucléosidiques de la Transcriptase Inverse
HM	Hôpital Militaire
IEC	Information- Éducation – Communication
INRSP	Institut National de Recherche en Santé Publique (ex CNH)
INSM	Institut National de Spécialités Médicales

IO	Infection Opportuniste
IP	Inhibiteurs de la Protéase
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
LPV	Lopinavir
MSAS	Ministère de la Santé et des Affaires Sociales
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAVIH	Personnes affectées par le VIH
PCR	Polymérase Chain Réaction
PEC	Prise En Charge
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNLS	Programme National de Lutte contre le SIDA
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH
PS	Poste de Santé
ONG	Organisation non Gouvernementale
SIDA	Syndrome d'immuno déficience acquise
SQV	Saquinavir
FTC	Emtricitabine
TDF	Tenofovir
UCSS	Unité de Coordination Sectorielle Santé
UDAG	Unité de Dépistage Anonyme et Gratuit
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

IV. Table des matières

Sommaire

I.	PREAMBULE.....	2
II.	REMERCIEMENTS	3
III.	ACRONYMES.....	4
IV.	Table des matières	6
V.	Introduction:	8
A.	Contexte National :	9
1.	Données épidémiologiques :	9
2.	Situation de la prise en charge des PVVIH en Mauritanie :	10
VI.	Politique nationale de prise en charge des PVVIH :	11
VII.	Stratégie nationale de prise en charge des PVVIH :	15
VIII.	PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH.....	21
A.	Prise en charge médicale	21
1.	Prise en charge antirétrovirale et prophylaxie au cotrimoxazole	21
	Mises sous traitement	23
2.	Protocoles ARV de prise en charge	24
3.	Echec thérapeutique	25
4.	3 ^{ème} ligne	26
5.	Traitement de la co-infection Tuberculose	26
6.	Traitement de la co-infection l'hépatite B	28
7.	Traitement de la co-infection avec le paludisme	28
B.	Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME).....	28
1.	Objectif	28
2.	Stratégie nationale.....	28
3.	Prophylaxie au cotrimoxazole.....	28
4.	Prise en charge thérapeutique	29
5.	Allaitement.....	29
6.	Prise en charge des infections opportunistes et des affections intercurrentes.....	29
7.	Suivi biologique : Bilan initial et bilan de suivi biologique	30
	Prise en charge nutritionnelle	31
	La prise en charge psychosociale :	37
	Prise en charge Communautaire.....	38
IX.	VACCINATION ET VIH	39
X.	PRISE EN CHARGE DES ACCIDENTS D'EXPOSITION AUX LIQUIDES	40
XI.	Références bibliographiques :	41
XII.	Annexes :.....	42
	CLASSIFICATION DE L'INFECTION.....	42
	CO INFECTIONS VIH-TUBERCULOSE / VIH-HEPATITE	42
	ACCIDENTS D'EXPOSITION AUX LIQUIDES BIOLOGIQUES (AELB).....	42
A.	CLASSIFICATION DE L'INFECTION ET LA MALADIE VIH CHEZ L'ENFANT : ...	43
1.	STADES DE L'OMS.....	43
2.	CLASSIFICATION CDC 1993 :	44
3.	Système de classement en Pédiatrie du déficit immunitaire associé au VIH	44
B.	CO INFECTIONS VIH-TUBERCULOSE / VIH-HEPATITE	45
C.	ACCIDENTS D'EXPOSITION AUX LIQUIDES BIOLOGIQUES (AELB).....	45

D. Algorithmes :	47
1. Recommandations 2013 femmes enceintes et allaitantes VIH+	47
2. Recommandations 2013 pour les enfants infecté par le VIH.....	48
3. Diagnostic précoce chez l'enfant	49
4. Recommandations OMS 2013 pour initiation de traitement chez l'Adulte et l'Adolescent	50
5. Liste ARV disponible en Mauritanie en aout 2014.....	51
Médicaments	51
Posologies.....	51
E. Liste des indicateurs de suivi/évaluation.....	53
F. Organisation du circuit et de la collecte de données :.....	55
G. Recherche opérationnelle	56
H. Conduite à tenir devant les infections opportunistes.....	57
1. Diarrhées	57
2. Fièvre	58
3. Toux	59
4. Lésions buccales	60
5. Dysphagie et /ou odynophagie.....	61
6. Lésions nodulaires surélevées.....	62
7. Lésions suppurées	63
8. Lésions vésiculeuses avec croûtes, sensation de brulures, sans..... prurit	63
9. Lésions prurigineuses.....	64
10. Lésions squameuses	65
11. Lymphadénopathie.....	66
12. Céphalée.....	67
I. Traitement des Infections Opportunistes.....	68

V. Introduction:

A l'instar de la communauté internationale, l'infection à VIH constitue une préoccupation majeure en Mauritanie et en Afrique.

La progression de l'épidémie et la faiblesse de la réponse au cours de ces dernières décennies ont emmené le Gouvernement et ses partenaires à élaborer et adopter un premier Cadre Stratégique National de Lutte contre les IST/VIH/SIDA (**CSN/LCIS**) en 2002. Le second plan stratégique couvrant la période 2011-2015 a été validé en 2011.

Le premier document de politique et stratégie de prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH/SIDA a été élaboré en 2005 et révisé en 2011. Il s'agit d'un guide pour le praticien, décrivant les protocoles de traitement et de suivi des PVVIH.

Les différentes stratégies thérapeutiques adoptées, se basent sur l'évaluation objective de leur efficacité prouvée au niveau international et tiennent compte des nouvelles recommandations combinées de l'OMS en 2013. Les Lignes directrices combinées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH donnent de nouvelles orientations sur le diagnostic de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), les soins aux personnes vivant avec le VIH ainsi que l'utilisation des antirétroviraux (ARV) pour le traitement et la prévention de cette infection.

Le présent document de politique et stratégie révisé donne les grandes orientations en matière de prise en charge des personnes vivant avec le VIH et oriente le personnel de santé et les partenaires impliqués dans la lutte contre le sida pour toute intervention relevant de l'accès aux soins, traitement, notamment antirétroviral et soutien global aux personnes vivant avec le VIH/Sida.

Il est destiné à tous les prestataires des différents niveaux de la pyramide sanitaire pour assurer une meilleure prise en charge des patients séropositifs.

Enfin le document sera régulièrement révisé en fonction de l'évolution scientifique.

A. Contexte National :

1. Données épidémiologiques :

Le premier cas du VIH/SIDA été découvert en Mauritanie en 1987. L'épidémie VIH en Mauritanie est considérée comme une épidémie concentrée avec une prévalence estimée de 0,7% dans la population générale, une incidence chez les 15-49 ans inférieure à 0,1%.

Une série d'enquêtes socio-comportementales menées en 2007 par l'INRSP a permis de diversifier les sources de données épidémiologiques en touchant des groupes supposés à haut risque d'infection par le VIH et des groupes spéciaux. Chez les groupes supposés à haut risque, la prévalence était de 0.82% chez les marins, 0.83% chez les pêcheurs et 0,9% chez les camionneurs. Cette prévalence est parfois supérieure à 1% chez d'autres groupes à haut risque d'infection par le VIH (3.9% pour les prisonniers et 4,6 pour les tuberculeux). Cette prévalence dépasse 5% chez les travailleuses du sexe (7,64%) et chez les porteurs d'IST (9%).

Quelque soit le groupe d'étude, ces enquêtes socio-comportementales publiées en 2009 ont révélé des comportements à haut risque d'infection par le VIH pouvant induire à une explosion de l'épidémie nationale.

Les données de surveillance sentinelle (source : INRSP) chez les femmes en CPN ont montré une séroprévalence du VIH respectivement de 0,57% en 2001 ; 0,83% en 2003 ; 0,8% en 2005 ; et 0,61% en 2007 Cette prévalence est passée en 2009 à 0.48%.

L'analyse de la séroprévalence au niveau des différents sites et au sein de l'échantillon global ne montre aucune différence statistiquement significative au cours des dernières années (2001-2009).

En matière de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, un plan d'élimination de la transmission mère enfant a été élaboré et en cours de mise en œuvre. Quatre nouveaux sites PTME ont été mis en place dans les différents districts en partenariat avec Médecins Du Monde. Ces sites offrent le paquet des services de PTME dans la plan e-TME. En 2009, sur un total estimé de 770 femmes enceintes séropositives au niveau national, 68 (9%) ont reçu un traitement antirétroviral en vue de réduire le risque de transmission à leurs enfants.

Pour les donneurs de sang, malgré une première phase de croissance entre 1989 (0,4%) et 2002 (0,88%), la prévalence du VIH a connu une diminution progressive allant de 0,88% en 2002 à 0,25% en 2012. Cette réduction serait secondaire à un effort de fidélisation des donneurs, mais surtout à la stratégie de sélection lors du don de sang.

Les chiffres du dépistage ont connu une extension entre 2002 et 2010 grâce à l'introduction des stratégies avancées. Ce nombre qui était de 123 volontaires en 2002 est passé respectivement à 9073 avec une prévalence de 2,03 % en 2008 et de 7738 volontaires avec une prévalence de 1,04 % en 2010. La prévalence élevée de 2009 s'explique par le recrutement parmi des volontaires à haut risque d'infection par le VIH et les partenaires de séropositifs alors que la prévalence de 2010 est proche de celles de la population générale.

Le nombre estimé des PVVIH est passé de 14000 en 2011 à 10000 en 2012.

Le nombre de personnes vivant avec le VIH/Sida suivis au sein du centre de traitement ambulatoire est passé de 139 cas en décembre 2004 à 4718 cas en décembre 2013. Actuellement la file active au CTA de Nouakchott est plus de 2296 patients dont plus de 2044 sous ARV (fin décembre 2013).

La couverture de la TAR est de 41%. La décentralisation de la prise en charge reste très faible, seulement quatre wilayas disposent d'une structure offrant des soins de lutte contre le VIH/Sida.

2. Situation de la prise en charge des PVVIH en Mauritanie :

La prise en charge par les ARV des PVVIH a commencé par les ONG en 2004. Par la suite par l'ouverture d'un Centre de Traitement Ambulatoire (CTA) au niveau du Centre Hospitalier National. De 130 patients en 2004 nous sommes passés à plus de 4718 patients en décembre 2013. Actuellement un seul CTA est fonctionnel. Par ailleurs, il existe 3 autres unités de prise en charge au niveau du Centre hospitalier de Nouadhibou, Centre Hospitalier de Kaédi et de Kiffa. On note aussi une prise en charge de la coinfection tuberculose et VIH.

L'analyse de la situation de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA a fait ressortir les principaux constats suivants :

- Forces et Opportunités :

- Existence d'un Cadre Stratégique National de lutte contre le Sida (en cours de finalisation)
- Décentralisation du système de santé avec une bonne couverture géographique (67%)
- Gratuité des ARV, médicaments Infection Opportuniste, bilan biologique
- Existence d'un plan national d'élimination de la TME.
- Existence d'une stratégie nationale PEC depuis 2005
- Développement de réseaux de PVVIH regroupant 18 Associations et existence d'une loi de protection des PVVIH
- Existence d'une approche multisectorielle de la riposte

- Insuffisances et Faiblesses :

- Insuffisance de décentralisation de la Prise en charge
- Composante de PEC nutritionnelle des PVVIH non développée
- Absence d'une stratégie de distribution et de promotion des préservatifs
- Absence d'un système national fiable d'approvisionnement en ARV,

réactifs et consommable

- Insuffisance et mobilité en personnel formé
- Manque de définition du contour de la gratuité liée à la pathologie
- Absence d'un système de suivi des résistances aux ARV
- Manque d'intégration des services de PEC dans les structures de santé
- Faible Capacités des ONG

VI. Politique nationale de prise en charge des PVVIH :

1. Objectifs :

i. Général :

Assurer l'accès aux soins et aux antirétroviraux, à toute personne infectée par le VIH en Mauritanie.

ii. Spécifiques :

- 1) Étendre l'accès aux soins, et spécifiquement aux antirétroviraux à toutes les Wilayas ;
- 2) Standardiser et simplifier les stratégies thérapeutiques antirétrovirales pour permettre leur mise en œuvre auprès des structures de soins à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- 3) Assurer des soins de qualité reposant sur une bonne dispensation des médicaments antirétroviraux, la continuité du suivi clinique et biologique, l'éducation thérapeutique des patients et la formation continue du personnel ;
- 4) Assurer la délégation des tâches pour la prescription et le suivi des patients ;
- 5) Garantir la continuité et la disponibilité des médicaments antirétroviraux, des réactifs et des consommables dans le cadre de la pérennisation du programme de pris en charge
- 6) Etendre l'accès au soutien psychosocial des personnes infectées et affectées par le VIH ;
- 7) Assurer une prise en charge nutritionnelle et alimentaire adéquate des PVVIH ;
- 8) Améliorer la capacité d'intervention des secteurs public, parapublic, privé et communautaire (ONG, associations de personnes vivant avec le VIH et autres associations, collectivités décentralisées, établissements de santé privés et entreprises) ;
- 9) Organiser le recueil et l'évaluation régulière des données cliniques, biologiques et thérapeutiques ;
- 10) Favoriser le développement des projets de recherche opérationnelle
- 11) Réviser régulièrement le document de politique et de stratégie thérapeutique antirétrovirale.

2. Principes de la prise en charge :

Les principes reposent sur les valeurs universellement acceptées particulièrement pertinents en matière de VIH et sida. Ce sont :

- **le respect des droits humains** : les droits des PVVIH devront être respectés en insistant particulièrement sur le respect de la dignité des personnes, la confidentialité et le consentement éclairé.
- **l'équité** : les services de prise en charge de qualité seront disponibles pour toutes les personnes qui en ont besoin, indépendamment du sexe, de l'âge, de la race, de l'appartenance ethnique, de la religion, de la nationalité, du revenu, du lieu de résidence. On insistera particulièrement sur la décentralisation nécessaire de l'accès aux ARV.
- **l'implication de la communauté** : la pleine participation des communautés notamment celle des PVVIH dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des services de prise en charge est un gage de succès et d'efficacité de la réponse médicale au VIH et sida. Le développement d'un multi partenariat entre les communautés, le secteur public, parapublic, les associations de PVVIH, les ONG, OBC et le secteur privé sera renforcé.
- **la prestation de services de qualité** : elle devra respecter les normes et procédures nationales adoptées en matière de prise en charge, de disponibilité des médicaments et d'attitudes positives du personnel de santé.
- **le renforcement du système de santé** : la mise en place du programme de prise en charge doit permettre le renforcement du système de santé dans son ensemble. Le programme visera par ailleurs à améliorer la qualité des activités de prévention en milieu de soins : conseil et dépistage volontaire, à l'initiative du prestataire de soins, prophylaxie de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, protection du personnel en milieu du travail, prise en charge des infections sexuellement transmissibles, de la co-infection VIH/TB et autres infections opportunistes.
- **le renforcement des activités de prévention** : la mise en place du programme ne devra pas se faire au détriment des activités de prévention (mobilisation sociale, IEC, distribution de préservatifs...) destinées à la population générale et aux groupes cible, et qui devront être renforcées.
- **la pérennité des stratégies et des services de prise en charge** : elle dépendra d'un engagement national à long terme, d'un partenariat efficace entre l'Etat, les partenaires techniques et financiers, la société civile et le secteur privé. Le programme de prise en charge prendra en considération les besoins organisationnels à long terme en ressources humaines, logistiques et financières.
- **Favoriser le développement d'une dynamique sous-régionale** : la prise en charge des PVVIH par les médicaments antirétroviraux notamment, devra s'inscrire dans une dynamique sous régionale de lutte contre le VIH avec une vision commune pour la mobilisation des ressources financières,

l'approvisionnement en médicaments et la mise en place des infrastructures pour la surveillance des résistances.

3. Cadre institutionnel :

i. Comité National de Lutte contre le SIDA

Le CNLS est l'organe politique d'orientation et de décision dont les missions sont les suivantes :

- Définir les orientations nationales en matière de lutte contre le VIH/Sida/IST ;
- Adopter les plans d'action et leur budget annuel, et valider le bilan de mise en œuvre ;
- Faire le plaidoyer et mobiliser les ressources financières nécessaires en faveur de la lutte contre le VIH/Sida/IST ;
- Veiller à rendre effectives la multi-sectorialité et la décentralisation de la réponse sur le terrain ;
- De mettre en œuvre un programme de renforcement des capacités de ces acteurs basé sur une sélection objective et des résultats précis attendus ;
- Assurer un suivi effectif et régulier de la mise en œuvre de la réponse nationale et de l'application des engagements (conventions internationales) du gouvernement en matière de lutte contre le VIH/SIDA.

ii. Ministère de la Santé :

Le Ministère de la Santé a pour mission entre autres de :

- Garantir la cohérence entre les visions nationale et sectorielle ;
- Piloter l'élaboration et la mise en œuvre du Plan sectoriel de lutte contre le SIDA ;
- Veiller à la complémentarité des moyens mobilisés en faveur de la lutte contre le SIDA au sein du secteur et faciliter l'harmonisation des rythmes d'exécution par les différentes entités sectorielles chargées de la prévention, du traitement, des soins et soutiens ;
- Favoriser le développement de Partenariats (public, privée et communautaire)
- Piloter la mise en œuvre du volet de suivi et d'évaluation du plan sectoriel, y compris (i) l'organisation régulière de supervisions conjointes et de revues, (ii) l'élaboration, la validation et la diffusion de rapports périodiques de suivi et d'évaluation ;
- Adresser au CNLS un rapport trimestriel faisant le point de l'action sectorielle.

iii. Autres secteurs publics

Les autres secteurs publics jouent un rôle essentiel dans la mise en œuvre de la stratégie de prise en charge dans le cadre de leur plan sectoriel notamment à la prise en charge thérapeutique, psychosociale, à l'insertion des PVVIH, personnes affectées et à la sensibilisation dans leur secteur respectif.

iv. Associations de PVVIH :

Les associations de PVVIH seront tout particulièrement privilégiées car représentant une bonne partie des acteurs et bénéficiaires de cette lutte. Elles contribueront à la sensibilisation, à l'observance, au soutien psychologique et communautaire.

v. Société civile et communautés :

Les mécanismes développés permettront une implication plus forte du tissu associatif dans l'action de lutte contre la pandémie du VIH. Il s'agira:

- D'améliorer la coordination et favoriser la concertation entre les acteurs travaillant dans la même zone pour les mêmes cibles.
- Contribuer à l'élaboration des plans d'action sectoriels et des plans régionaux intégrés ;
- Mobiliser des ressources pour la mise en œuvre des plans.
- Produire des rapports de mise en œuvre des plans d'action.

Secteur privé :

Compte tenu de l'impact de l'épidémie du VIH sur l'économie en général et en particulier sur les ressources propres du secteur privé, ce dernier contribue au financement de la lutte contre le sida.

Les structures nationales (ONMT, SNIM, et autres) en charge de la médecine du travail sont chargées de la coordination et de la mise en œuvre de la stratégie de la prise en charge des PVVIH.

L'office national de la médecine du travail assure la coordination du secteur privé affilié à travers:

- Elaboration et la mise en œuvre le plan sectoriel de lutte contre le sida ;
- Implication des syndicats (i) dans l'action de plaidoyer en faveur de plus de mobilisation de ressources propres du secteur privé, et (ii) dans l'action de prévention en général et celle du VIH au sein des travailleurs adhérent ;
- Application des schémas thérapeutiques nationaux pour la prise en charge des PVVIH ;
- Intégration des activités de prise en charge du VIH/Sida dans les structures sanitaires parapubliques et privé.
- Participation à la prise en charge globale des employés et de leurs familles.

4. Politique de décentralisation :

La prise en charge se fait actuellement au niveau de Nouakchott à travers le Centre de Traitement Ambulatoire (CTA) et par 3 Unités de Traitement Intégré aux hôpitaux Régionaux. Le cadre stratégique national de lutte contre le sida a fixé comme objectif d'atteindre d'ici 2015 tous les districts sanitaires (54) du pays. La décentralisation se fera conformément à ce cadre stratégique 2011-2015. Ainsi le traitement sera assuré au cours cette période au niveau des hôpitaux des centres de santé (CS) et 80% des Postes de Santé (PS) assureront la Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH et la dispensation des ARV et le suivi des patients.

5. La délégation de tâches :

Elle est une optimisation des rôles des personnels de santé pour améliorer l'accès aux interventions dans les services de santé.

En Mauritanie, tout personnel de santé formé assurera la prise en charge des PVVIH. Cette délégation portera sur le dépistage précoce des enfants, la prescription des ARV dans le cadre de la Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH, la prise en charge globale des patients y compris les soins.

Ainsi, tout personnel médical non spécialisé, mais également le personnel paramédical, cadres de santé (pharmaciens, techniciens de laboratoire) et tout personnel intervenant dans les soins liés au VIH sera impliqué dans la dispensation des soins et soutiens aux patients.

VII. Stratégie nationale de prise en charge des PVVIH :

Le CSLP fixe comme objectif de maintenir le niveau de la prévalence du VIH/SIDA à moins de 1%. La lutte contre le VIH/SIDA figure clairement parmi les priorités de la politique nationale de santé dans le cadre de la lutte contre les grandes endémies et les maladies émergentes.

1. Organisation du Système de Santé :

L'organisation du système de santé est calqué sur le **découpage administratif** ; il est de type pyramidal et comprend trois niveaux :

- Le niveau central regroupant le cabinet du Ministre, le Secrétariat Général, l'Inspection de la Santé, les huit Directions Centrales, les services et les programmes prioritaires de santé et les établissements publics ;
- Le niveau intermédiaire, servant d'appui technique. On y trouve les Directions Régionales à l'action sanitaire (DRAS) ;
- Le niveau périphérique ou départemental (Moughataa) constitué des circonscriptions sanitaires.

Sur le **plan technique**, le système est constitué de trois niveaux de prestations, à savoir :

- 1) Premier niveau (Moughataa) on trouve 2 types de structures :
 - Les postes de Santé (PS), au nombre de 492, sont tenus par un infirmier et se situent dans les grandes communes rurales et les grandes collectivités d'accessibilité difficile.
 - Les Centres de Santé sont au nombre de 65. Ils sont dirigés par des médecins-chefs et assurent les consultations préventives et curatives ainsi que les soins d'urgence.
- 2) Deuxième niveau : Les 13 hôpitaux régionaux et 1 situé au niveau Moughataa (Boutilimitt).
- 3) Troisième niveau : Hospitaliers de Référence au nombre de 7 et les Etablissements d'Appui tous situés à Nouakchott.

En plus des structures publiques et parapubliques, le secteur privé contribue de manière significative dans la couverture sanitaire en particulier dans les grands centres urbains.

2. Formation du personnel et agents de santé :

La formation des formateurs nationaux, formation des formateurs régionaux, formation des personnels des structures périphériques. La formation de la prise en charge du VIH porte sur:

- Soins chroniques du VIH par traitement antirétroviral
 - Principes de prise en charge et de suivi des traitements antirétroviraux
 - Appui à l'observance et éducation thérapeutique
- Soins aigus ou urgents: Diagnostic, prophylaxie et traitement des infections opportunistes, y compris la tuberculose et les Accidents d'Exposition aux Sang et autres liquides Biologiques.
- Soins de fin de vie ou palliatifs
 - Support psychosocial
 - Support nutritionnel
 - Soins de vie

Ils sont complétés par des modules destinés à des personnels plus spécialisés ou portant sur des domaines particuliers :

- Prise en charge pédiatrique
- Prise en charge de la co-infection VIH/tuberculose
- Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME)
- Support psychosocial et nutritionnel
- Techniques de laboratoire (TCD4, charge virale, PCR, génotypage ...)

- Approvisionnement, gestion et dispensation des médicaments ARV
- Utilisation des logiciels de suivi ;
- Gestion, suivi et évaluation des programmes VIH et sida ;
- Gestion des déchets biomédicaux et d'hygiène en milieu de soins et travail.

Les formations concernent non seulement les personnels soignants des structures du Ministère de la Santé mais également les personnels des entreprises (étatiques, privées) et des associations impliquées dans la prise en charge des malades.

3. Paquet Minimum d'Activités pour la prise en charge :

La prise en charge des personnes vivant avec le VIH se fera à tous les niveaux et un paquet minimum d'activités sera réalisé par niveau :

Niveau Communautaire:

- Sensibilisation;
- Soutien psychosocial;
- Appui alimentaire ;
- Visites à domicile, recherches des perdus de vue ;
- Accompagnement pour l'observance du traitement ;
- Promotion et distribution des préservatifs.

Niveau poste de santé:

- Prévention : Sensibilisation, distribution des préservatif ;
- Counselling pré et post test;
- Dépistage du VIH (patients et partenaires) ;
- Fourniture du Cotrimoxazole sur indication ;
- Fourniture des ARV et autres services dans le cadre de la PTME ;
- Suivi des PVVIH : continuum de soin y compris la dispensation des ARV pour les PVVIH, observance, recherche de perdus de vue ;
- Participer à la lutte contre la stigmatisation et la discrimination ;
- Faire les premiers gestes (précautions universelles) de PEC de l'Accident d'Exposition au Sang et autres liquides biologiques ;
- Préparer et transmettre les rapports mensuels d'activités.
- Education nutritionnelle et appui alimentaire

Niveau centre de santé : Voir en plus le PMA du PS

- Dépistage et confirmation du VIH (patients et partenaires) ;
- Suivi biologique (NFS, ALT, CREAT, GLYCEMIE, CD4...);
- Traitement des infections opportunistes ;

- Suivi clinique des patients sous traitement ARV ;
- Prise en charge des accidents d'exposition au sang ;
- Dépistage systématique du VIH chez les malades tuberculeux ;
- Fourniture des ARV et autres services dans le cadre de la PTME ;
- Prise en charge nutritionnelle ;
- Référence au besoin vers le niveau hospitalier ;
- Préparer et transmettre les rapports mensuels d'activités.

Niveau hospitalier : Voir en plus le PMA du centre de santé

- Suivi biologique (CD4, NFS, ALAT, CREAT, GLYCEMIE, ...) ;
- Examens complémentaires (Hémocultures, Rx poumon, Echographie, Scanner,..) ;
- Suivi clinique et initiation du traitement ARV ;
- Traitement des infections opportunistes ;
- Organisation et collecte des prélèvements pour le dosage de la CV et le diagnostic précoce particulièrement chez les enfants nés de mères séropositives ;
- Prise en charge Pédiatrique du VIH/Sida ;
- Soins palliatifs ;
- Prise en charge de la malnutrition sévère ;
- Gestion des échecs thérapeutiques en collaboration avec le centre de référence ;
- Prise en charge psychosociale ;
- Soutien social (distribution des kits alimentaires, repas communautaire, ...) ;
- Préparer et transmettre les rapports mensuels d'activités.

Niveau centre spécialisé : En plus des services offerts au niveau hospitalier

- Formation et recyclage du personnel ;
- Coordination, encadrement, supervision des structures de prise en charge et mise en place d'un système d'information clinique ;
- Recherche opérationnelle ;
- Pharmacovigilance et suivi de la pharmaco-résistance ;
- Préparer et transmettre les rapports mensuels d'activités ;

Il est à noter que des dispositions particulières ont été prises pour assurer l'accessibilité des patients aux services. Il s'agit entre autres de la gratuité de l'ensemble des prestations de soins spécifiques au VIH/Sida tel que défini par le paquet minimum d'activité par niveau sanitaire qui sont:

- Dépistage VIH, TB, VHB
- Traitement des infections opportunistes
- Traitement des affections intercurrentes
- Traitement ARV selon le protocole en vigueur
- Examens complémentaires (voir liste en annexe)

- Hospitalisation
- PTME
- Préservatifs
- Appui alimentaire et nutritionnel
- Prise en charge médicale de la malnutrition sévère
- Soins palliatifs au niveau des hôpitaux

Par ailleurs, des mécanismes de partage du risque lié aux autres maladies seront développés dans un cadre de solidarité et d'assurance maladie.

4. Gestion des ARV, réactifs et consommables :

Pour assurer le succès de la stratégie du traitement ARV, un système d'approvisionnement tenant compte d'un programme d'assurance de la qualité fiable est mis en place.

Selon les procédures nationales, la Centrale d'achat de Médicaments essentiels, matériels et consommables médicaux (CAMEC) est en charge de la gestion des approvisionnements et des stocks (GAS) des intrants VIH/Sida. Actuellement, en raison du contexte particulier dans ce secteur, la GAS est assurée par d'autres mécanismes.

Quel que soit le niveau des structures de dispensation, les protocoles de gestion et de suivi des stocks d'ARV devront répondre aux normes d'assurance qualité et de bonnes pratiques de stockage et de distribution.

La liste des ARV, réactifs et consommables est déterminée par un consensus national (comité technique national) et les médicaments doivent répondre aux critères suivants :

- Figurer sur la liste nationale des médicaments essentiels ;
- Etre enregistré au niveau de la DPL ;
- Correspondre au standard de l'OMS en terme de schémas thérapeutiques ;
- Tenir compte des avantages qu'offrent les combinaisons à dose fixe;
- Inclure les formes adaptées aux enfants ;
- Prévoir des molécules de substitution en cas de résistance ou d'intolérance

5. Suivi/Evaluation :

Le suivi/ Evaluation des activités à tous les niveaux est une composante essentielle de la stratégie de PEC.

Le système de S&E dans la présente stratégie vise l'amélioration du système de l'information de routine à travers la révision des outils, leur mise en place et la formation du personnel, l'amélioration du système de surveillance des cohortes de malades, le suivi de la pharmacovigilance et de la résistance aux ARV, le suivi de l'approvisionnement et la conduite régulière des enquêtes spécifiques au suivi de la mise en œuvre de la stratégie de PEC.

Les indicateurs (en annexe) sont réactualisés en cas de besoin.

6. Identification des patients

Le numéro d'identification nationale des patients se fera en fonction du code de la région et de la première structure de prise en charge, suivi du numéro d'ordre d'enregistrement du patient.

Code de la région	Région	Nom de la structure de prise en charge	Code de la structure de PEC
00	Nouakchott	Centre de Traitement Ambulatoire	CTA
01	Hodh El Chargui	Centre Hospitalier de Nouadhibou	HNB
02	Hodh El Gharbi	Centre Hospitalier de Kaédi	HKD
03	Assaba	Centre Hospitalier de Kiffa	HKF
04	Gorgol	Centre Hospitalier de Sélibaby	HSB
05	Brakna	Centre Hospitalier de Rosso	HRS
06	Trarza	Centre Hospitalier de Néma	HNM
07	Adrar	Centre Hospitalier de Zouérat	HZT
08	Dakhlet Nouadhibou		
09	Tagant		
10	Guidimagha		
11	Tiris zemmour		
12	Inchiri		

Exemple : Pour un patient qui a le numéro 20 au CTA de Nouakchott, son code sera 00CTA20.

NB : La codification se poursuivra sur cette même base au fur et à mesure des ouvertures de prise en charge.

Les patients auront une carte d'identification avec les informations suivantes :

- ✓ Numéro d'identification : code la region/ code de la structure/ N° d'ordre d'enregistrement
- ✓ Date de naissance
- ✓ Sexe
- ✓ Date d'ouverture du dossier
- ✓ Date de mise sous ARV

Le patient conservera son numéro d'identification national en cas de changement de structure de prise en charge.

VIII. PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

A. *Prise en charge médicale*

La prise en charge médicale des PVVIH doit être assurée par un professionnel de santé formé dans le domaine. Il a pour objectif de :

- ÷ Evaluer l'état clinique du patient ;
- ÷ Evaluer la tolérance au traitement et le degré d'observance ;
- ÷ Rechercher et gérer les effets secondaires au traitement ;
- ÷ Rechercher et traiter les infections opportunistes ;
- ÷ Evaluer l'efficacité du traitement ARV (clinique, immunologique, virologique, gestion de la résistance).
- ÷ Faciliter et/ou assurer le lien avec les services spécialisés impliqués dans la PEC globale tels que les consultations des spécialistes, les centres PTME/les maternités, la pédiatrie, les services sociaux, les associations/ ONG, l'entourage du patient.

1. **Prise en charge antirétrovirale et prophylaxie au cotrimoxazole**

a) Principes du traitement antirétroviral

Le traitement doit être pris à vie sur la base d'une trithérapie afin de rendre la charge virale indétectable, restaurer l'immunité et améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH.

b) Prophylaxie au cotrimoxazole

Elle prévient certaines infections opportunistes telles que la toxoplasmose, la pneumocystose, l'isosporose...

En plus elle permet également de réduire l'incidence du paludisme et, d'une manière générale, de la mortalité chez les patients bénéficiant de la prophylaxie au Cotrimoxazole.

Quelle posologie ?

Pour l'Adulte : 1 comprimé du Cotrimoxazole fort (160/800) par jour ou 2 comprimés de Cotrimoxazole fort (80/400) par jour;

Pour les enfants:

- Cotrimoxazole sirop une fois par jour; si le sirop n'est pas disponible, des comprimés écrasés;

- La dose recommandée est de 150 mg de triméthoprimine par m² de surface corporelle et de 750 mg de sulfaméthoxazole par m².

Critères d'arrêt

Chez les adultes, comme chez les enfants, la prophylaxie doit être arrêtée :

- en cas de réaction cutanée sévère telle qu'un erythème polymorphe ou syndrome de Stevens Johnson, d'insuffisance rénale ou hépatique, ou de toxicité hématologique sévère;
- la prophylaxie peut être arrêtée lorsque, sous traitement antirétroviral, le nombre de CD4 dépasse 350/mm³.
- Pour les enfants de moins de 15 mois, la prophylaxie doit être maintenue jusqu'à ce que l'infection par le VIH soit définitivement écartée ou que le risque d'exposition ait cessé;

Age	Critères pour l'initiation	Critères pour l'arrêt	Posologie	Suivi du traitement
Enfants exposés	4 à 6 semaines après la naissance	Si le statut de l'enfant est inconnu : Jusqu'à ce que le risque d'exposition prenne fin Ou Si le statut de l'enfant est connu : Arrêt si VIH négatif	Cf. Annexe N°X	Suivi clinique tous les 3 mois
Enfants de moins de 5 ans	Tous	Quelque soit le taux de CD4, pas d'arrêt jusqu'à 5 ans	Cf. Annexe N°X	Suivi clinique tous les 3 mois + Suivi biologique tous les 6 mois (CD4)
Enfants à partir 5 ans et Adultes	Stade 3 ou 4 de l'OMS Ou CD4 < 350 cellules/mm ³	Si CD4 ≥ 350 cellules/mm ³ après 6 mois de traitement ARV	Enfant (cf. annexe) adultes 1cp de 900+60mg, 1 fois par jour	Suivi clinique tous les 3 mois + Suivi biologique tous les 6 mois (CD4)

c) Protocoles ARV pour l'adulte, l'adolescent et l'enfant

Mises sous traitement

Population	Recommandations
Adultes et adolescents (\geq 10 ans)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Initier le TARV si CD4\leq500 Cellules/mm³ <p>En l'absence de CD4 : initier le TARV chez toutes les personnes avec un stade clinique OMS 3 ou 4</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Initier le TARV quelque soit le stade clinique et le taux CD4 pour: <ul style="list-style-type: none"> - Tuberculose active - Hépatite B avec une maladie chronique du foie - Femmes VIH+ enceintes ou allaitantes - Une personne VIH+ dans un couple sérodifférent
Enfants entre 5 et 10 ans	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Initier le TARV si CD4\leq500 Cellules/mm³ <p>En l'absence de CD4 : initier le TARV chez tous les enfants avec un stade clinique OMS 3 ou 4</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Initier le TARV quelque soit le stade clinique et le taux CD4 pour : <ul style="list-style-type: none"> - Tuberculose active
Enfants de moins de 5 ans	Initier le TARV quelque soit le stade clinique OMS et les CD4;

2. Protocoles ARV de prise en charge

Pour la mise sous ARV en 1^{ère} ligne, le choix du prescripteur s'orientera prioritairement vers la 1^{ère} intention. L'alternative sera choisie uniquement en cas de :

- Intolérance connue du patient avec la première intention
- Contre-indication
- Indisponibilité ponctuelle du produit de 1^{ère} intention.

La seconde ligne sera prescrite après un échec thérapeutique de la 1^{ère} ligne (cf. Paragraphe Echec thérapeutique 2.3.3). Le choix du protocole de 2^{ème} ligne est dicté par le schéma thérapeutique utilisé en première ligne.

Age	1 ^{ère} ligne		2 ^{nde} ligne
	1 ^{ère} intention	Alternative	
Adultes, enfants de plus de 10 ans et femmes enceintes ou allaitantes	TDF+FTC+EFV	AZT+3TC+NVP AZT+3TC+EFV	=> AZT+3TC+LPV/RTV => TDF+FTC+LPV/RTV
Enfants entre 3 et 10 ans	ABC+3TC+EFV	ABC+3TC+NVP AZT+3TC+NVP AZT+3TC+EFV	=> AZT+3TC+LPV/RTV => AZT+3TC+LPV/RTV => ABC+3TC+LPV/RTV => ABC+3TC+LPV/RTV
Enfants de moins de 3 ans	ABC+3TC+LPV/RTV		=> Pas de changement mais mettre en place des mesures pour améliorer l'observance du patient
		AZT+3TC+NVP	=> ABC+3TC+LPV/RTV

3. Echec thérapeutique

Le traitement de 2^{ème} ligne ne sera préconisé qu'après avoir vérifié la bonne observance du traitement de la première ligne et constaté l'existence d'un échec clinique, immunologique et/ou virologique.

Echec	Définition
Echec clinique	Adultes et adolescents Apparition d'évènements cliniques indiquant une sévère immunodéficience (stade clinique OMS 4) 6 mois après le début du TARV
	Enfants Apparition d'évènements cliniques indiquant une sévère immunodéficience (stade clinique OMS 3 ou 4) 6 mois après le début du TARV
Echec immunologique	Adultes et adolescents à partir de 10 ans: Baisse du nombre de CD4 à leur valeur avant la mise sous ARV (ou en dessous) Ou Persistance du nombre de CD4 en dessous de 100 cellules/mm ³
	Enfants: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Moins de 5 ans : Persistance¹ du nombre de CD4 en dessous 200 cellules/mm³ ou <10% ▪ Entre 5 et 10 ans : Persistance du nombre de CD4 en dessous de 100 cellules/mm³
Echec virologique	Charge virale plasmatique au-dessus de 1000 copies/ml basée sur la mesure de 2 charges virales consécutives après 3 mois et un appui à l'adhérence au traitement

La mesure de la charge virale est la méthode de suivi privilégiée pour faire le diagnostic de l'échec du TAR et pour confirmer ce type d'échec (*recommandation forte, données de faible qualité*).

Si la mesure de la charge virale n'est pas disponible en routine, le diagnostic de l'échec thérapeutique doit être fait par un suivi du nombre de CD4 et un suivi clinique (*recommandation forte, données de qualité moyenne*).

¹ La persistance est une absence d'évolution du nombre de CD4 depuis la mise sous ARV

4. 3^{ème} ligne

L'observance doit être renforcée chez le patient pour éviter l'échec d'une 2^{ème} ligne de traitement. Les schémas thérapeutiques de troisième ligne doivent comprendre de nouvelles molécules qui présentent le minimum de risque de résistance croisée avec les schémas thérapeutiques utilisés précédemment. Les molécules qui pourront être utilisées sont les suivantes :

- Inhibiteurs de l'intégrase : Raltégravir (RAL),...
- INNTI de 2^{ème} génération : Etravirine (ETV), Rilpivirine (RLV)
- IP de deuxième génération : ATV/r, DRV/r...

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

5. Traitement de la co-infection Tuberculose

La coexistence du VIH et de la tuberculose est de plus en plus fréquente. Les patients qui souffrent de tuberculose nécessitent une prise en charge spécifique. En effet, la prise en charge de la co-infection du VIH et de la tuberculose est compliquée à cause des interactions de la rifampicine avec certains ARV.

Pour l'enfant né de mère séropositive co-infectée par la tuberculose quelque soit son statut sérologique, une prophylaxie à l'INH (isoniazide) est initiée. La posologie proposée selon la stratégie nationale de lutte contre la tuberculose est la suivante : 5 à 10mg/Kg/jr sans dépasser 300 mg/jr.

Schémas recommandés pour les patients initiant un TARV pendant le Traitement		
Moins de 3 ans	1 ^{ère} intention : ABC + 3TC + NVP avec la NVP à une dose de 200mg/m ²	Alternative : AZT + 3TC + NVP avec la NVP à une dose de 200mg/m ² Ou AZT + 3TC + ABC
Entre 3 ans et 10 ans	ABC + 3TC + EFV	AZT + 3TC + EFV Ou AZT + 3TC + ABC

Adolescents de plus 10 ans et adultes	TDF + FTC + EFV	AZT + 3TC + EFV Ou AZT + 3TC + NVP
Début du traitement ARV : Il faut d'abord commencer par le traitement anti-tuberculeux ; le traitement ARV sera initié au cours des 8 premières semaines après le début du traitement anti-tuberculeux, en fonction de l'état clinique du patient.		
Schémas recommandés pour les patients déjà sous ARV et initiant un traitement TB (Patients sous protocole avec 2 NRTI + EFV ou NVP)		
Moins de 3 ans	Continuer le protocole avec la NVP à une dose de 200mg/m ²	AZT + 3TC + ABC
Entre 3 ans et 10 ans	Si l'enfant reçoit EFV, continuer le même schéma Si l'enfant reçoit NVP, substituer avec EFV	AZT + 3TC + ABC
Adolescents de plus 10 ans et adultes	TB diagnostiquée avant 6 mois de traitement : Continuer le protocole en cours TB diagnostiquée après 6 mois de traitement : Echec thérapeutique => Passage en seconde ligne	
Schémas recommandés pour les patients déjà sous ARV et initiant un traitement TB (Patients sous protocole avec LPV/r)		
Moins de 3 ans	Substituer le LPV/r par NPV avec la NVP à une dose de 200mg/m ²	AZT + 3TC + ABC
Entre 3 ans et 10 ans	Si l'enfant n'a pas d'ATCD d'échec de NNRTI	
	Substituer le LPV/r avec EFV Si l'enfant a un ATCD d'échec avec NNRTI: AZT + 3TC + ABC	AZT + 3TC + ABC
Adolescents de plus 10 ans et adultes	Si le patient n'a pas d'ATCD d'échec de NNRTI Substituer le LPV/r avec EFV	
	Si le patient a un ATCD d'échec avec NNRTI: AZT + 3TC + ABC	AZT + 3TC + ABC

NB : Lorsque le traitement à la Rifampicine est terminé, le patient revient sur son protocole initial (pour les protocoles sous LPV/r).

6. Traitement de la co-infection l'hépatite B

Il faut se référer aux protocoles de prise en charge.

7. Traitement de la co-infection avec le paludisme

En cas de paludisme aigue, les patients seront pris en charge selon le protocole national de lutte contre le paludisme en vigueur.

B. Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME)

1. Objectif

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

2. Stratégie nationale

La Mauritanie a adopté l'option B+ de l'OMS pour la PTME : les femmes enceintes sont mises sous traitement ARV dès que le diagnostic est posé, quelque soit le nombre de CD4 ou le stade clinique, et le continuent à vie.

Pour plus de détails sur la stratégie nationale, un plan national d'Elimination de la Transmission Mère-Enfant a été validé en février 2013.

3. Prophylaxie au cotrimoxazole

Prophylaxie au Cotrimoxazole chez l'enfant :

- Début à 4 ou 6 semaines pour tous les enfants exposés et maintien jusqu'à la fin de l'exposition au risque de transmission et l'exclusion de l'infection.
- Enfants moins d'un an, la prophylaxie est indiquée quel que soit le stade clinique et le taux de CD4.
- Enfants âgés de 1 à 5 ans : Stade 2, 3 et 4 quel que soit le % des CD4 ou $CD4 < 25\%$ quel que soit le stade clinique.
- Enfants plus de 5 ans et adulte : la prophylaxie est indiquée si $CD4 < 350/mm^3$

4. Prise en charge thérapeutique

PTME au niveau national	Femmes enceintes et allaitantes VIH+	Nourrisson exposé au VIH
Mise sous ARV	<ul style="list-style-type: none">- Quelque soit le Stade clinique OMS ou le nombre de CD4- Dès que le diagnostic est posé- Maintien du traitement à vie	Depuis la naissance jusqu'à 4 à 6 semaines
Protocoles	Traitement CF. Protocoles Adultes	NVP ou AZT

5. Allaitement

La stratégie recommandée en Mauritanie est l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois puis une diversification de l'alimentation à partir de 6 mois.

6. Prise en charge des infections opportunistes et des affections intercurrentes

a) Définition Infections Opportunistes (IOs)

Elles sont des infections fréquentes ou maladies récurrentes qui surviennent au cours de l'infection à VIH due à la destruction progressive des CD4 surtout lorsque leur nombre décroît sous le seuil de 200 cellules/mm³.

Les affections intercurrentes sont des maladies fréquentes chez les personnes infectées quel que soit leur statut immunologique.

Ci-dessous la liste de ces maladies opportunistes et affections intercurrentes les plus fréquentes en Mauritanie.

b) Liste des IO en Mauritanie :

- Localisations pulmonaires : Tuberculose, pneumocystose, ...
- Autres localisations :

DIGESTIVES	DERMATOLOGIQUES	NEUROLOGIQUES	OCCULAIRES
Candidose oro-pharyngée	Zona	Toxoplasmose cérébrale	Rétinite à CMV
Isosporose	Herpès cutanéomuqueux	Cryptococcose neuro-méningée	
Microsporidiose	Candidose	Encéphalée herpétique	
Cryptosporidiose	Sarcome de Kaposi		
	Dermite séborrhéique		

c) Affections Intercurrentes

Affections intercurrentes et Ordinogrammes (Page 60 & page 70)

7. Suivi biologique : Bilan initial et bilan de suivi biologique

Le bilan biologique initial et les bilans de suivi se résument dans le tableau ci-dessous :

Examens	M0	Tous les 6 mois
Sérologie VIH	X	
Sérologie HVB (Ag HBs)	X	
Dépistage Syphilis	X	
NFS	X	X
Transaminases	X	X
Créatinémie	X	X
Glycémie	X	X
Nombre de CD4/CD8	X	X

Triglycérides	Ces examens pourront être réalisés en fonction des besoins du patient.
Cholestérol	
Test de grossesse	
Groupage sanguin	

Charge virale :

Elle concerne les patients sous ARV et est réalisée à M6 et M12, après la mise sous ARV. Puis elle sera mesurée tous les ans.

Prise en charge nutritionnelle

Le VIH affecte l'état nutritionnel des PVVIH. En affaiblissant davantage le système immunitaire, il les rend vulnérables à d'autres infections.

En effet, l'accès à la nourriture est l'un des problèmes majeurs que connaissent les PVVIH. Par conséquent, une alimentation adéquate doit être fournie aux PVVIH afin de répondre à leurs besoins nutritionnels de base.

La Prise en charge nutritionnelle est faite à travers :

- L'éducation et les conseils nutritionnels;
- Les démonstrations culinaires ;
- L'intégration des femmes enceintes séropositives dans les programmes communautaires de nutrition ;
- L'intégration des enfants infectés mal nourris dans les structures CREN, USN, etc.
- La promotion de l'allaitement artificiel exclusif recommandé ou à défaut de l'allaitement maternel exclusif protégé (selon le choix éclairé de la mère);
- La prise en charge médicale de la malnutrition liée au VIH ;
- La fourniture d'une alimentation aux malades hospitalisés.

Des guides de prise en charge nutritionnelle et de promotion des aliments locaux seront élaborés et vulgarisés. Les compétences du personnel et des ONG impliquées dans ce domaine seront développées.

I. Besoins nutritionnels des PVVIH

a. Besoins Énergétiques

Les besoins énergétiques augmentent de 10% pour maintenir le poids et l'activité physique chez l'adulte VIH+ et asymptomatique, ou la croissance chez l'enfant VIH+ asymptomatique.

Lorsque l'infection devient symptomatique, puis passe au stade du sida, les besoins énergétiques augmentent d'environ 20 à 30 % pour maintenir le poids chez l'adulte.

Il faut augmenter de 50 à 100 % les apports énergétiques par rapport à la normale chez un enfant qui perd du poids.

Pour les femmes enceintes ou allaitantes : cette quantité s'ajoute aux besoins supplémentaires liés à la grossesse ou l'allaitement : 200–285 kcal/j pour la grossesse – 500 kcal/j pour l'allaitement

b. Besoins Protéiniques

Il n'y a pas de données suffisantes pour établir que les besoins protéiques augmentent en cas d'infection par le VIH. Il convient donc de subvenir aux besoins normaux pour la santé, c'est-à-dire de 12 à 15 % des apports énergétiques totaux.

c. Besoins Lipidiques

Rien ne permet de penser que l'infection à VIH modifie les besoins en lipides.

d. Micronutriments

Pour garantir l'absorption des AJR (apports journaliers requis) en micronutriments, il faut inciter les adultes et les enfants infectés par le VIH à consommer une alimentation équilibrée. Les carences en micronutriments sont courantes en situation de ressources limitées et de prévalence du VIH. Une bonne alimentation est le meilleur moyen d'absorber des quantités suffisantes de micronutriments.

- Les enfants âgés de 6 mois à 5 ans infectés par le VIH et vivant dans une situation de ressources limitées doivent bénéficier régulièrement (tous les 4 à 6 mois) d'une supplémentation en vitamine A
- Les femmes enceintes ou allaitantes doivent recevoir une supplémentation en fer et en folate. L'OMS recommande d'administrer une seule dose élevée de vitamine A (200 000 UI) aux femmes le plus tôt possible après l'accouchement endéans les six premières semaines.

Au cours de la grossesse et pendant l'allaitement : les suppléments améliorent le poids de naissance des enfants nés de mères VIH+, réduisent le risque de diarrhée et améliorent l'état immunitaire des nourrissons.

II. Évaluation nutritionnelle chez les PVVIH

Bien que le soutien nutritionnel soit un élément important de la prise en charge des patients atteints de VIH, il est primordial qu'un diagnostic préalable de l'état nutritionnel soit effectué afin de définir la conduite à tenir.

Les critères d'évaluation de l'état nutritionnelle sont basés sur les indices Poids/taille, le PB chez les enfants et sur l'indice de masse corporelle (IMC) chez les adolescents et les adultes. Cette évaluation doit être systématique chez toutes les PVVIH suivies et particulièrement avant et pendant le traitement ARV.

Dans les cas où l'examen pré thérapeutique révèle une malnutrition sévère, le démarrage du traitement ARV doit être différé et celui de la malnutrition mis en route jusqu'au rétablissement du statut nutritionnel du malade. Il est également important de rechercher et traiter une éventuelle infection.

Tableau 1 : Critère de classification de l'état nutritionnel

Groupe	Critères d'admission	Malnutrition modérée	Malnutrition sévère
Enfants	Œdèmes bilatérales prenant le godet	non	Oui (œdèmes nutritionnelles)
	Rapport P/T en Zscore	$-3 \leq \text{Zscore} < -2$	$\text{Zscore} \leq -3$
	PB (Périmètre Brachial)	$115 \text{ mm} < \text{PB} \leq 125 \text{ mm}$	$\text{PB} \leq 115 \text{ mm}$
Adolescents	Rapport P/T en % de la médiane	$80 < \% \text{PT} \leq 70$	$\% \text{PT} < 70$
Adultes	IMC (Indice de Masse Corporelle)	$16 \leq \text{IMC} < 18$	$\text{IMC} < 16$
Femmes enceintes	PB (Périmètre Brachial)	$235 \text{ mm} < \text{PB} \leq 210 \text{ mm}$	$\text{PB} < 210 \text{ mm}$

Une fois que le diagnostic nutritionnel est posée, trois situation peuvent se présenter :

- Le patient présente un état nutritionnel satisfaisant : Conseil nutritionnel
- Le patient présente une malnutrition modérée : Supplémentation nutritionnelle
- Le patient présente une malnutrition sévère : Prise en charge selon le protocole national dans un CRENI

III. Appui nutritionnel aux PVVIH

Le Traitement ARV est un élément essentiel des soins pour les PVS. Les interventions sur la nutrition devraient faire partie intégrante des programmes de traitement du VIH. Une plus grande attention apportée à l'alimentation et à la nutrition améliore l'acceptabilité, l'observance et l'efficacité des traitements antirétroviraux.

Les ARVs agissent bien chez les personnes qui ont des bonnes pratiques nutritionnelles. Avant et pendant l'initiation des ARV, les PVVIH ont besoin de conseils et d'un support pour les aider à s'alimenter correctement, ce qui permet d'adopter de bonnes habitudes alimentaires, de renforcer la capacité de leur corps d'absorber les médicaments et de réduire les effets secondaires.

a. Recommandations spécifiques pour l'alimentation de l'enfant dans le cadre de la PTME :

- ✓ Toutes les femmes VIH + doivent recevoir des conseils pouvant les guider dans le choix de la méthode d'alimentation de leur enfant.
- ✓ Qu'elles soient sous ART permanente ou non, toutes les mères VIH+ qui allaitent exclusivement leurs nourrissons pendant 6 mois, doivent introduire des aliments de compléments appropriés dès l'âge de 6 mois et continuer l'allaitement au sein jusqu'à 12 mois.
- ✓ Pour Les mères VIH+ qui optent pour les substituts du lait maternel, elles doivent s'assurer que ces produits seront disponibles pendant au moins 6 mois, qu'ils sont acceptables et ne causent aucune innocuité à l'enfant
- ✓ L'alimentation mixte pendant les 6 premiers mois de la vie doit être fortement déconseillée, car elle augmente le risque d'infections infantiles.

b. Soins alimentaires et support à différentes phases de L'infection au VIH

Phases	Signe	Soins alimentaires et support
Asymptomatique	Pas de signe ni de symptôme physique	<ul style="list-style-type: none"> ▪Éducation sur l'importance d'une bonne nutrition chez les PVVIH. ▪Comment garder et préparer les aliments de façon sûre et hygiénique.
Symptomatique (aigue)	Infections aiguës ; fièvre; sueurs nocturnes; fatigue; maux de tête; perte d'appétit; perte de <10% de poids corporel	<ul style="list-style-type: none"> ▪Continuer avec les activités ci-dessus. ▪Aborder le sujet d'alimentation et les symptômes qui y sont liés ▪Prévenir la perte de poids. ▪Assurer l'accès à une alimentation suffisante.
Symptomatique (chronique)/ SIDA	Infections Chroniques; fièvre prolongée; diarrhée; TB; pneumonie; perte de >10% de poids corporel.	<ul style="list-style-type: none"> ▪Continuer avec les activités précédentes ▪Assurer un apport énergétique adéquat pour réduire les effets de la malnutrition. ▪Gérer les interactions les médicaments et les aliments.
Soins Palliatifs	Amaigrissement prononcé	<ul style="list-style-type: none"> ▪Alléger les symptômes et donner un soutien au malade et à son pourvoyeur de soins.

Si le patient est hospitalisé et que son état nutritionnel est satisfaisant, on va procéder à la promotion d'une alimentation équilibrée avec supplémentation en calories entre 10 – 30% pour les adultes et 50-100% de plus pour les enfants symptomatiques avec perte de poids en procédant par :

- ✓ Les apports alimentaires de ces patients devront être évalués à l'aide d'un rappel de 24H,
- ✓ l'estimation des apports énergétiques en fonction de la table de composition des aliments de l'Afrique de l'Ouest.
- ✓ la balance énergétique doit être calculée
- ✓ les conseils diététiques dispensés lors des visites à domicile de suivi assuré

Si le patient présente une malnutrition modérée, il est indispensable qu'une supplémentation nutritionnelle soit appliquée et respectant l'équilibre de la ration selon la Figure 1. Les données du Tableau 2 et de la Figure 1 peuvent aussi être utilisées pour donner des conseils nutritionnels aux patients non malnutris.

Tableau 2 : Apport énergétique selon le type de macronutriment

Macronutriments	Valeur énergétique	Pourcentage d'apport énergétique journalier total déclaré
Protéine	1 gramme pour 4 Kcal	10 à 15 %
Lipide	1 gramme pour 9 Kcal	30 à 35 %
Glucide	1 gramme pour 4 Kcal	50 à 55 %

Les conseils peuvent aussi être basés sur les parts que certains aliments doivent prendre dans la ration alimentaire quotidienne de PVVIH :



Figure 1 : Quantités quotidiennes recommandées selon les groupes d'aliments

IV. Traitement de la malnutrition chez les PVVIH

L'utilisation de Plumpynut ou de lait thérapeutique dépend du résultat de test d'appétit. Si le patient a réussi au test d'appétit, il est possible d'utiliser le Plumpy' nut comme RUTF en traitement ambulatoire ou en hospitalisation jusqu'à l'amélioration de l'état nutritionnel selon les critères de guérison (en moyenne 6 semaines²). Il sera complété par la ration alimentaire équilibrée quotidienne qui sera couverte par le kit nutritionnel individuel qu'il recevra. A la fin de la prise en charge, il est nécessaire de faire une évaluation des apports nutritionnels du patient selon un rappel alimentaire de 24H afin de corriger le comportement alimentaire de patient pour la prévention de la malnutrition. Les apports devraient être corrigés en cas de

²Annexe n°6 : Note explicative sur le soutien et la prise en charge nutritionnels des patients sous traitement ARV/TFM

déséquilibre pour apporter une alimentation équilibrée en complément au traitement avec Plumpy' nut en utilisant les aliments locaux (Pierre, et al. Août 2009) (ESTEVE Novembre 2008). Le test d'appétit se fait par utilisation de Plumpynut. Selon le tableau suivant (MS, et al. Décembre 2011):

Tableau 3 : Quantité de ATPE à donner au patient selon le poids

Poids Corporel en Kg	ATPE - Pâte en sachet (Proportion d'un sachet entier 92g)		
	Faible	Moyen	Bon
4 – 6.9	< 1/4	1/4 – 1/3	>1/3
7 – 9.9	<1/3	1/3 – 1/2	>1/2
10 – 14.9	<1/2	1/2– 3/4	>3/4
15 – 29	<3/4	3/4 – 1	>1
Plus de 30 kg	<1	>1	

Réussite : Un patient qui prend au moins la quantité indiquée dans la colonne « moyen » du tableau ci-dessus sur le test de l'appétit a réussi le test.

Echec : Un patient qui ne prend pas au moins la quantité indiquée dans la colonne « moyen » n'a pas réussi le test. La quantité de Plumpynut à donner par jour et par semaine aux patients MAS soignés est reprise dans le tableau ci-après :

Tableau 4 : Nombre de sachets de ATP à donner selon le poids

Classe de poids (kg)	ATPE – Sachets (92G)	
	Sachet par Jour	Sachet par semaine
5.0 – 6.9	2	15
7.0 – 9.9	3	20
10.0 – 14.9	4	30
15.0 – 19.9	5	35
20.0 – 29.9	6	40
30.0 – 39.9	7	50
40 – 60	8	55

Les critères de guérison sont résumés dans le Tableau 5. Ci-dessous :

Tableau 5 : Critère de guérison

Paramètres	Tranches d'âge
P/T ≥ - 1,5 z-score à plus d'une occasion si les arrangements adéquats pour le suivi ont été faits (2 semaines pour les patients en CRENAS) Ou PB > 125 mm pour les enfants Et Absence d'œdèmes nutritionnels pendant 14 jours	De 5 à 8 ans
P/T ≥ 85 % NCHS Et Absence d'œdèmes nutritionnels pendant 14 jours	De 8 à 18 ans
PB ≥ 185 mm Ou IMC ≥ 17,5 Et Absence d'œdèmes nutritionnels pendant 14 jours	Adultes

Si le patient ne réussit pas au test d'appétit il doit nécessairement être pris en charge en hospitalisation avec le schéma de deux phases. Phase I de stabilisation nutritionnelle avec le lait F-75 et la phase II de récupération nutritionnelle avec le lait F-100 et ou Plumpy' nut puis on continuera la prise en charge avec le Plumpy' nut jusqu'à l'amélioration de l'état nutritionnel par atteinte des critères de guérison soit en moyenne pour une durée de 6 semaines en ambulatoire (ESTEVE Novembre 2008)(Rwanda, et al. 2007).

Tableau 6 : Protocole nutritionnel selon les phases de traitement

Phase	Nombre de repas par jour	Type de lait	Quantité en dehors de VIH	Quantité pour PVVIH	Durée	Reconstitution locale du lait
Stabilisation	8	F75	55 ml/kg/day (40 kcal/kg/day)	200 ml/Kg/jour	5 jours	25 gr de lait écrémé 100 gr de sucre 27 ml d'huile végétale 1l d'eau Mélanger le tout jusqu'à avoir un mélange homogène
Récupération	4	F100	55 ml/kg/day (55 kcal/kg/day)	300 ml/Kg/jour	2 à 3 jours	80 gr de lait écrémé 50 gr de sucre 60ml d'huile végétale Diluer dans 1l d'eau pour en faire un mélange homogène

NB : lorsque le patient ne réussit pas le test d'appétit ou a moins de 6 mois, toute le traitement se fera avec les laits F75 et F100 selon le Tableau 6

La prise en charge psychosociale :

La prise en charge va du soutien purement psychologique aux mesures sociales requises pour créer un cadre favorable à l'épanouissement des PVVIH.

Le soutien et le suivi psychologique s'intègrent à toutes les activités liées à la prise en charge.

Elle consiste principalement au soutien:

- social ou socio-économique ;
- psychologique ;
- pour la réinsertion socioprofessionnelle ;
- juridique ;
- spirituel ou religieux.
- L'observance et l'éducation thérapeutique.

Prise en charge Communautaire

L'objectif de la mobilisation communautaire est de renforcer les capacités des communautés et des organisations afin qu'elles participent pleinement à la planification et à la mise en œuvre des programmes de prise en charge selon le paquet minimum d'activité par niveau.

Un programme de sensibilisation et de mobilisation sociale sera élaboré avec l'implication effective des leaders communautaires, des leaders religieux, de la société civile et des associations des PVVIH. Les tradi-praticiens seront formés et impliqués dans la prise en charge des PAVIH/PVVIH particulièrement dans les aspects de l'IEC.

Ce programme portera essentiellement sur :

- le renforcement du rôle des organisations communautaires dans la promotion et la formation relatives au soins et soutien liés au VIH/SIDA ;
- le soutien communautaire visant l'insertion des PVVIH en milieu familial, social et professionnel ;
- le développement des capacités des réseaux des PVVIH pour le soutien basé sur la pair-éducation,
- le soutien et l'aide à l'observance
- la recherche des perdus de vue
- l'organisation des visites à domicile et les groupes de parole
- la formation des PVVIH sur l'hygiène et les premiers secours (CAT diarrhées,
- une large diffusion de la loi sur la discrimination
- large diffusion des outils islamiques de plaidoyer sur la lutte contre le VIH/SIDA (stigmatisation et marginalisation...)

IX. VACCINATION ET VIH

Le calendrier vaccinal mérite d'être légèrement modifié chez l'enfant né mère séropositive. Cette restriction ne concerne toutefois pas les pays en voie de développement, où le programme élargi de vaccination doit être maintenu, quel que soit le statut sérologique de l'enfant.

Les différents vaccins à administrer selon l'état clinique de l'enfant sont développés en annexe :

- Pour diminuer le risque de BCGite, si la mère présente une tuberculose pulmonaire active, il faut donner au nouveau-né une prophylaxie à l'INH et différer le BCG à 6 mois si l'enfant est asymptomatique.
- La stimulation des lymphocytes T par la vaccination peut induire une augmentation transitoire de la charge virale, qui semble sans conséquence clinique péjorative. La réponse vaccinale étant moins bonne en cas d'immunodépression sévère en particulier lorsque le taux de CD4 est inférieur à 200/mm³ (< 15%), il est souvent préférable d'attendre l'amélioration du statut immunitaire.
- En revanche, chez les patients ayant un taux de CD4 > 200/mm³, les rappels de vaccinations généralisées (diphtérie, tétanos, polio), certaines vaccinations spécifiques (pneumocoque, grippe, hépatite B, fièvre jaune, méningocoque, typhoïde) sont possibles, voire recommandés.
- Le calendrier vaccinal en fonction de l'état clinique de l'enfant :

Vaccin	Asymptomatique	Symptomatique	Période
BCG	Oui	non	Naissance
DTP	Oui	oui	6, 10, 14 semaines
Polio oral	Oui	oui	J0, 6, 10, 14 semaines
Rougeole	Oui	oui	9 mois
Hépatite B	Oui	Oui	Selon le calendrier national de vaccination
Fièvre jaune	Oui	non	

X. PRISE EN CHARGE DES ACCIDENTS D'EXPOSITION AUX LIQUIDES BIOLOGIQUES

L'accident d'exposition aux liquides biologiques (AELB) se définit comme un contact accidentel du sang ou d'un liquide biologique sur une plaie, une peau lésée ou une muqueuse.

Cette stratégie nécessite la formation du personnel de prise en charge et vise la réduction du risque de transmission du VIH au personnel de soins et de laboratoire de façon générale et des structures de prise en charge en particulier, mais également l'exposition accidentel au VIH (viol, rupture du préservatif, rapport non protégé...).

Les directives spécifiques pour la prophylaxie post exposition, l'évaluation du risque et la conduite à tenir sont développées en annexe.

Le schéma thérapeutique recommandé en cas d'AELB est : **TDF + FTC + LPV/r.**

XI. Références bibliographiques :

1. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Recommendations for a public health approach. June 2013 version. World Health Organization
2. Antiretroviral therapy for HIV infection in infants and children: Towards universal access. Recommendations for a public health approach. 2010 version. World Health Organization
3. Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents. Recommendations for a public health approach. 2010 version. World Health Organization; 2010;
4. Cadre Stratégique de lutte contre la Pauvreté 2011-2015
5. Politique et Stratégies de Prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida, Mars 2005
6. Cadre stratégique national 2003-2007 et cadre stratégique national de lutte contre le Sida 2011-2015(en cours de finalisation)
7. Enquêtes socio-comportementales et biologiques chez les ...
8. Stratégie 2011-2015 du Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida (ONUSIDA),Objectif :Zéro
9. Cadre de résultats de l'ONUSIDA,2009-2011

XII. Annexes :

CLASSIFICATION DE L'INFECTION

CO INFECTIONS VIH-TUBERCULOSE / VIH-HEPATITE

ACCIDENTS D'EXPOSITION AUX LIQUIDES BIOLOGIQUES (AELB)

ALGORITHMES :

A. CLASSIFICATION DE L'INFECTION ET LA MALADIE VIH CHEZ L'ENFANT :

1. STADES DE L'OMS

Stade clinique I :

1. Asymptomatique
2. Lymphadénopathie généralisée

Stade clinique II :

3. Diarrhée chronique d'une durée > 30 jours en l'absence d'étiologie connue
4. Episodes de candidose récurrents ou persistants en dehors de la période néonatale
5. Perte de poids ou incapacité à guérir en l'absence d'étiologie connue
6. Fièvre persistante d'une durée > 30 jours en l'absence d'étiologie connue
7. Infections bactériennes graves récurrentes autres que la septicémie ou la méningite (ex. ostéomyélite, pneumonie bactérienne...)

Stade clinique III :

8. Infections opportunistes définissant le SIDA
9. Grave incapacité à se développer (« émaciation ») en l'absence d'une étiologie connue (*)
10. Encéphalopathie progressive
11. Malignité
12. Septicémie ou méningite récurrente

(*) Perte de poids persistante supérieure à 10% du poids de base ou inférieure au 5^{ème} centile du poids en fonction du tableau des tailles constatée à la suite de 2 séries de mesures consécutives, avec plus d'un mois d'écart, en l'absence d'une autre étiologie ou d'une maladie concurrente.

Stade clinique VI :

13. Syndrome cachectique lié au VIH (définition CDC)
14. Pneumocystose
15. Toxoplasmose cérébrale
16. Cryptosporidiose avec diarrhées > 1 mois
17. Cryptococcose extra pulmonaire
18. Infection à cytomégalovirus (atteinte autre qu'hépatite, splénique ou ganglionnaire)
19. Infection à Herpes simplex virus cutanéomuqueuse > 1 mois, ou atteinte viscérale
20. LEMP
21. Mycoses disséminées (histoplasmosse, occidioïdomycose...)
22. Candidose oesophagienne, bronchique ou pulmonaire
23. Mycobactérie atypique, disséminée
24. Salmonellose (septicémie)
25. Tuberculose extra pulmonaire
26. Lymphome
27. Sarcome de Kaposi
28. Encéphalopathie VIH (définition CDC)

2. CLASSIFICATION CDC 1993 :

Classification de l'infection par le VIH pour les adultes et les adolescents (CDC- 1993) :

Nombre de lymphocytes CD4/mm ³ (% de CD4 par rapport aux lymphocytes totaux)	Stade A Asymptomatique, primo-infection ou polyadénopathie	Stade B Symptomatique, Sans critères A ou C	Stade C Sida
≥ 500 (29%)	A1	B1	C1
200-499 (14-28%)	A2	B2	C2
< 200 (< 14%)	A3	B3	C3

Stade A :

Infection par le VIH asymptomatique
Primo-infection asymptomatique
Lymphadénopathie persistante généralisée

Stade B :

Manifestations cliniques ne faisant pas partie de la catégorie C et :

- liées au VIH ou indicatives d'un déficit immunitaire
- ayant une évolution clinique ou une prise en charge thérapeutique compliquée

Stade C (Sida de l'adulte) :

- infections opportunistes,
- syndrome cachectique,
- encéphalopathie / VIH
- néoplasie : cancer du col invasif ; sarcome de Kaposi ; lymphome

3. Système de classement en Pédiatrie du déficit immunitaire associé au VIH basé sur la numération et le taux de CD4⁺ en fonction de l'âge

Catégorie immunitaire	< 12 mois		1 à 5 ans		6 à 12 ans	
	No./mm ³	(%)	No./ mm ³	(%)	No./ mm ³	(%)
Catégorie 1 : Aucune suppression	≥ 1500	(≥25%)	≥ 1000	(≥25%)	≥500	(≥25 %)
Catégorie 2 : Suppression modérée	750–1499	(15%– 24%)	500–999	(15%– 24%)	200–499	(15%– 24%)
Catégorie 3 : Suppression importante	<750	(<15%)	<500	(<15%)	<200	(<15%)

B. CO INFECTIONS VIH-TUBERCULOSE / VIH-HEPATITE

Les cas de co-infection avec le VIH de certaines pathologies nécessitent une prise en charge spécifique selon le schéma ci-après :

i) Co - infection Tuberculose-VIH :

La co-infection VIH/tuberculose pose une série de problèmes, notamment :

- la rifampicine interfère aussi bien avec la NVP qu'avec les IP
- l'augmentation du nombre de comprimés à prendre peut réduire l'adhérence au traitement
- Le risque d'hépatotoxicité est majoré. En effet la NVP, la rifampicine et l'isoniazide sont tous hépatotoxiques.

Le traitement recommandé est : **AZT ou TDF + 3TC ou FTC + EFV**

La dose d'EFV peut être maintenue à 600mg.

ii) Co-infection Hépatite-VIH :

Le traitement de l'hépatite B nécessite de l'Interferon alpha 2a et 2b ; Le traitement recommandé est la Lamivudine (**3TC**) , l'Emtricitabine(**FTC**) et le Ténofovir (**TDF**).

C. ACCIDENTS D'EXPOSITION AUX LIQUIDES BIOLOGIQUES (AELB)

1. Mesures prophylactiques immédiates

- En cas de piqûre ou blessure cutanée: nettoyer immédiatement à l'eau courante et au savon, rincer, puis appliquer un antiseptique tel que soluté de dakin, eau de javel à 12%, chlorhexidine diluée à 1/10, alcool à 70%, polyvidone iodée dermique. Le temps de contact doit être d'au moins 5 minutes.
- En cas de projection sur les muqueuses (en particulier les conjonctives) : rincer abondamment, de préférence avec du sérum physiologique, sinon à l'eau pendant au moins 5 minutes.

2. Evaluation du risque

Juste après les mesures prophylactiques immédiates, il faut vite évaluer le risque de contamination, en fonction de la sévérité de l'accident l'exposition et du statut

sérologique de la personne source.

L'évaluation du risque et la prise en charge de l'accident sont décidés :

- dans les structures de prise en charge du VIH, lorsqu'elle est sont à proximité de l'AES
- Par les directions régionales à l'action sanitaire, s'il n'y a pas de structures de PEC du VIH à proximité.

Ceci doit être documenté et archivé dans les structures de prise en charge VIH ou les DRAS.

□ **Exposition du personnel de santé**

Elle est dite :

- **massive**, en cas de piqûre profonde faite par un dispositif intra vasculaire ou une aiguille creuse intraveineuse ou intra artérielle ;
- **modérée**, en cas de coupure avec un bistouri à travers les gants ou en cas de piqûre superficielle avec aiguille creuse intraveineuse;
- **minime**, en cas d'érosion superficielle par une aiguille pleine (par exemple aiguille de suture) ou par une aiguille creuse de petit calibre (par exemple aiguille d'injection intramusculaire ou sous-cutanée) ou encore en cas de simple contact cutanéomuqueux.

□ **Personne source**

Il y a deux types de personnes-sources :

- une personne séropositive connue
- une personne avec un statut sérologique VIH inconnu.

3. Prophylaxie médicamenteuse aux ARV:

La prophylaxie aux ARV est proposée systématiquement aux personnes VIH négatif si la sérologie VIH de la personne source est positive ou inconnue et quelque soit la gravité de l'exposition.

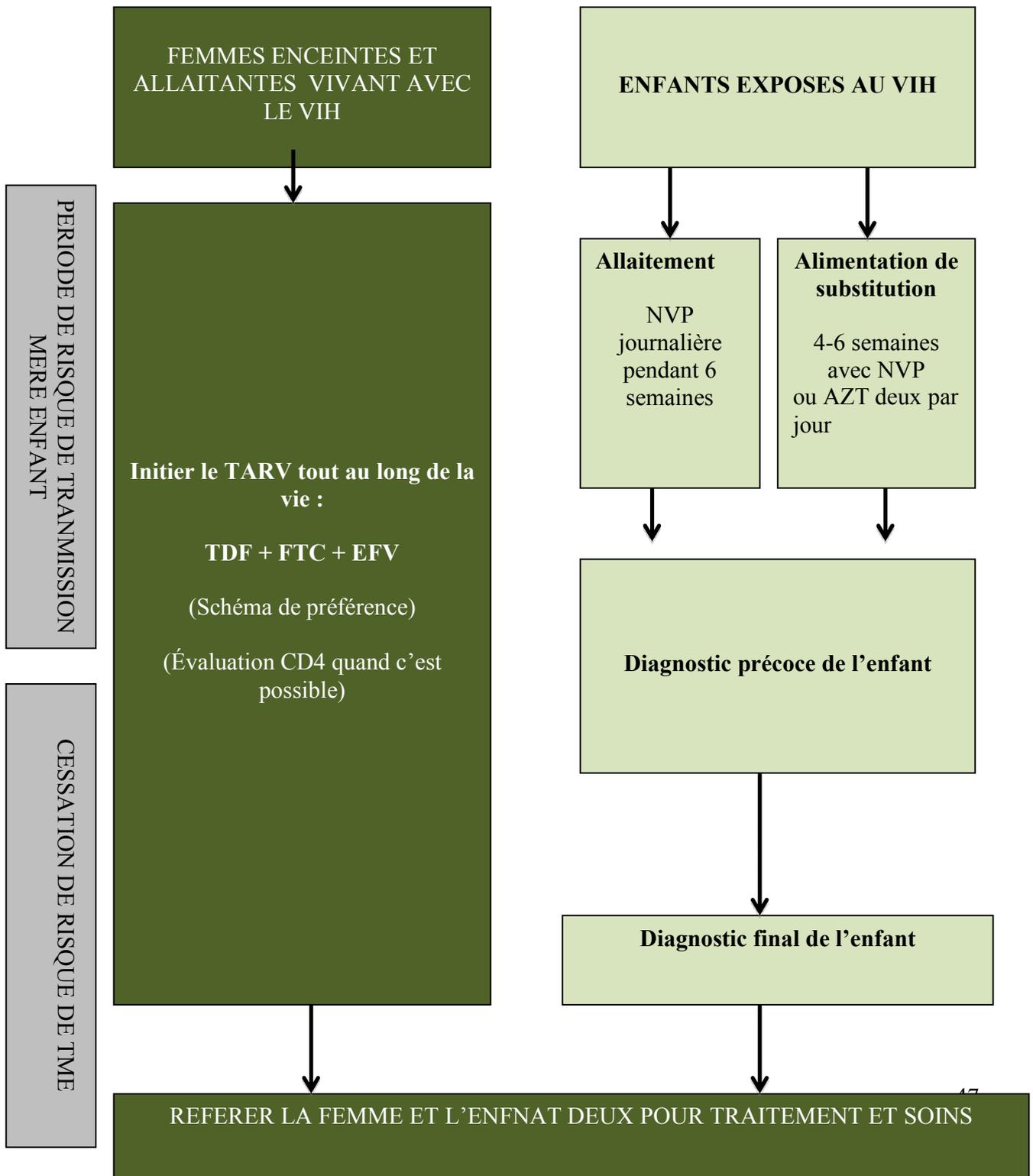
Les doses sont les mêmes que pour le traitement du VIH/Sida. La durée du traitement prophylactique est d'un mois.

Adultes, adolescents et enfants de plus de 3 ans : TDF + FTC + LPV/r

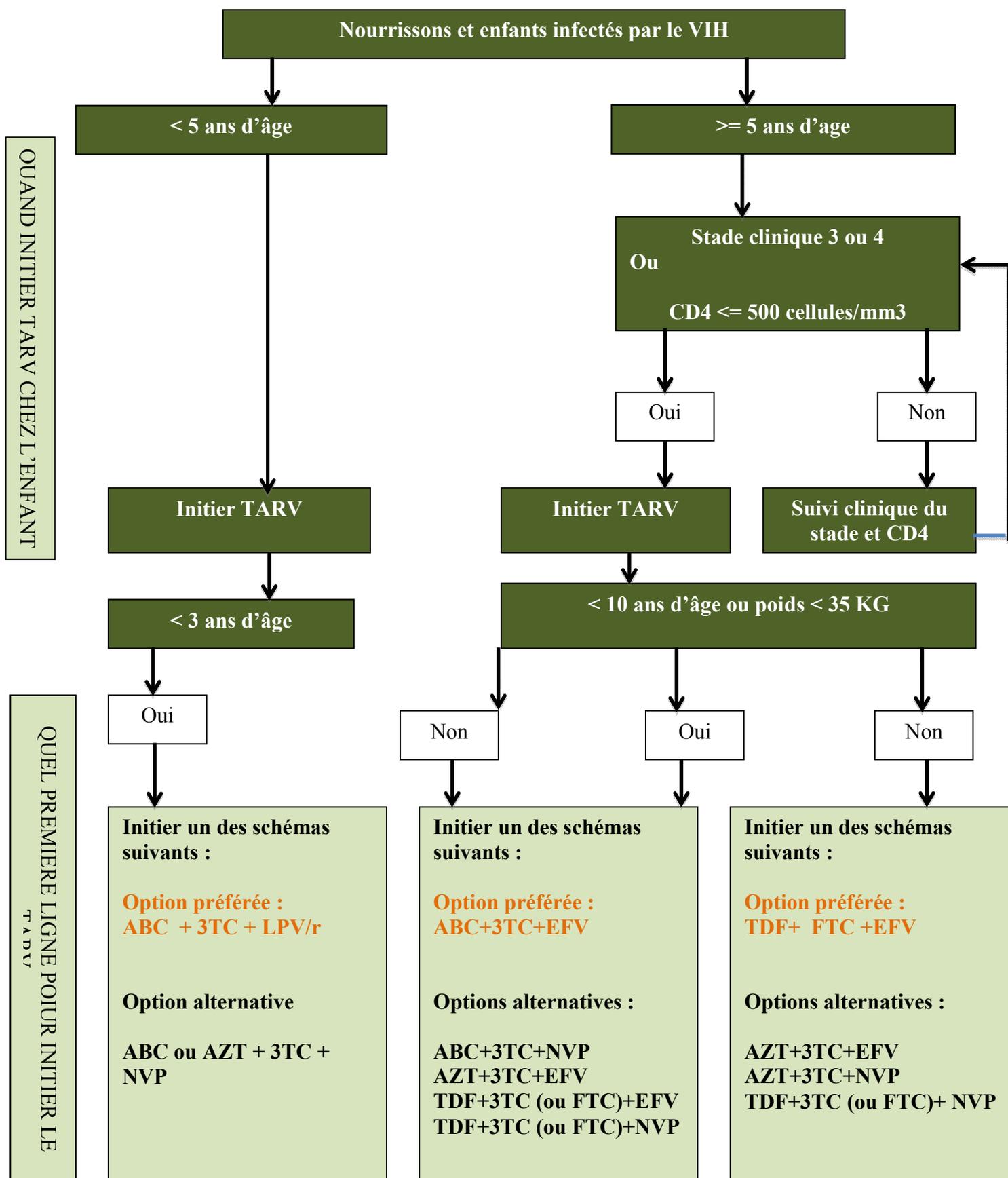
Moins 3 ans : AZT + 3TC + LPV/r

D. Algorithmes :

1. Recommandations 2013 femmes enceintes et allaitantes VIH+ (OPTION B+)



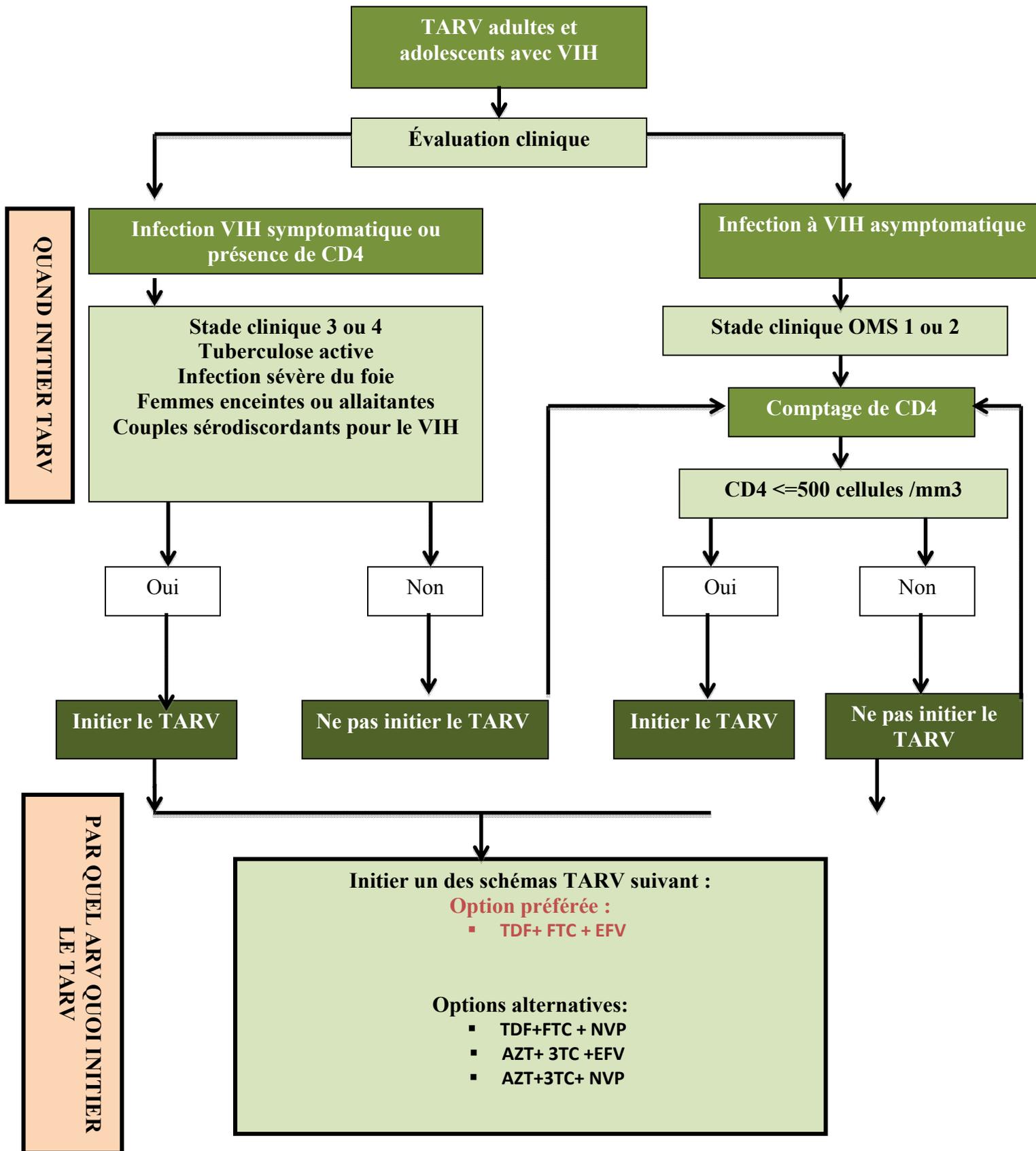
2. Recommandations 2013 pour les enfants infecté par le VIH



3. Diagnostic précoce chez l'enfant

Catégorie	Test requis	Raison	Action
Nourrisson bien portant exposé au VIH	Test virologique à l'âge de 4 à 6 semaines	Poser un diagnostic d'infection à VIH	Commencer un TAR en cas d'infection à VIH
Nourrisson – exposition au VIH inconnue	Test sérologique chez la mère ou test sérologique chez le nourrisson	Identifier ou confirmer une exposition au VIH	En cas d'exposition au VIH, réaliser un test virologique
Nourrisson bien portant exposé au VIH, à l'âge de 9 mois	Test sérologique (lors de la dernière vaccination, généralement à l'âge de 9 mois)	Identifier les nourrissons chez qui les anticorps anti-VIH persistent et ceux chez qui ces anticorps ont disparu	En cas de test sérologique positif, réaliser un test virologique et continuer le suivi ; en cas de test sérologique négatif, partir du principe qu'il n'y a pas d'infection et répéter le test si l'allaitement au sein continue
Nourrisson ou enfant présentant des signes et symptômes évocateurs d'une infection à VIH	Test sérologique	Confirmer une exposition au VIH	Si l'enfant est âgé de moins de 18 mois, effectuer un test virologique
Enfant bien portant ou malade avec test sérologique positif, âgé de plus de 9 mois et de moins de 18 mois	Test virologique	Diagnostiquer une infection à VIH	En cas de test réactif, commencer les soins de l'infection à VIH et le TAR
Nourrisson ou enfant chez qui l'allaitement au sein a été arrêté complètement	Répéter le test 6 semaines ou plus après l'arrêt de l'allaitement au sein – habituellement, réalisation d'un test sérologique initial suivi d'un test virologique si le test sérologique est positif et l'enfant âgé de moins de 18 mois	Exclure une infection à VIH après l'arrêt de l'exposition	Chez le nourrisson et l'enfant âgé de moins de 5 ans infectés, commencer les soins de l'infection à VIH, y compris le TAR

4. Recommandations OMS 2013 pour initiation de traitement chez l'Adulte et l'Adolescent



5. Liste ARV disponible en Mauritanie en aout 2014

Médicaments	Posologies
Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI)	
Zidovudine (AZT)	300 mg, deux fois par jour
Lamivudine (3TC)	150 mg, deux fois par jour ou 300 mg, une fois par jour
Ténofovir (TDF)	300 mg, une fois par jour (Note : l'interaction médicamenteuse avec le didanosine (ddi) nécessite de réduire la posologie de ce dernier).
FTC	Emtricitabine
Abacavir (ABC)	300 mg, deux fois par jour
Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI)	
Efavirenz (EFZ)	600 mg, une fois par jour
Névirapine (NVP)	200 mg, une fois par jour pendant 14 jours, puis 200 mg, deux fois par jour
Inhibiteurs de la protéase (IP)	
Lopinavir/ritonavir (LPV/r)	400 mg/100, deux fois par jour (533 mg/133 mg, deux fois par jour quand combiné avec EFZ ou NVP)
Darunavir	400 mg
Atazanavir	150 mg

Table 2. Simplified dosing of child-friendly solid formulations for once-daily dosing in children

Drug	Strength of tablets (mg)	Number of tablets or capsules by weight band once daily					Strength of tablet (mg)	Number of tablets or capsules by weight band once daily
		3–5.9 kg	6–9.9 kg	10–13.9 kg	14–19.9 kg	20–24.9 kg		
EFV ^a	Tablet (scored) 200 mg	–	–	1	1.5	1.5	200	2
	Tablet (double scored) ^b 600 mg	–	–	one third	one half	two thirds	600	2/3
ABC/3TC	Tablet (dispersible) 60/30 mg	2	3	4	5	6	600 + 300	1

^aEFV is not recommended for children younger than 3 years and weighing less than 10 kg. FDA approval for use in children less than 3 years weighing more than 3.5 kg was granted during the finalisation of these guidelines (3.5–5 kg two 50 mg capsules; 5–7.5 kg three 50 mg capsules; 7.5–15 kg one 200 mg capsule), however more data are urgently needed to inform recommendations for use of EFV in this age group.

^bThe double-scored tablet has two score lines on one side of the tablet and one score line on the other side, enabling the tablet to be divided into thirds and halves as needed.

Table 3. Simplified dosing of child-friendly solid and oral liquid formulations for twice-daily dosing

Drug	Strength of tablets (mg) or oral liquid (mg/ml)	Number of tablets by weight band morning and evening										Strength of adult tablet (mg)	Number of tablets by weight band	
		3–5.9 kg		6–9.9 kg		10–13.9 kg		14–19.9 kg		20–24.9 kg			25–34.9 kg	
		AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM		AM	PM
Solid formulations														
3TC	Tablet (dispersible) 30 mg	1	1	1.5	1.5	2	2	2.5	2.5	3	3	150	1	1
AZT	Tablet (dispersible) 60 mg	1	1	1.5	1.5	2	2	2.5	2.5	3	3	300	1	1
ABC	Tablet (dispersible) 60 mg	1	1	1.5	1.5	2	2	2.5	2.5	3	3	300	1	1
NVP ^a	Tablet (dispersible) 50 mg	1	1	1.5	1.5	2	2	2.5	2.5	3	3	200	1	1
LPV/r ^b	Tablet (heat stable) 100 mg/25 mg	–	–	–	–	2	1	2	2	2	2	100/25	3	3
Liquid formulations														
AZT	10 mg/ml	6 ml	6 ml	9 ml	9 ml	12 ml	12 ml	–	–	–	–	–	–	–
ABC	20 mg/ml	3 ml	3 ml	4 ml	4 ml	6 ml	6 ml	–	–	–	–	–	–	–
3TC	10 mg/ml	3 ml	3 ml	4 ml	4 ml	6 ml	6 ml	–	–	–	–	–	–	–
NVP ^a	10 mg/ml	5 ml	5 ml	8 ml	8 ml	10 ml	10 ml	–	–	–	–	–	–	–
LPV/r ^b	80/20 mg/ml	1 ml	1 ml	1.5 ml	1.5 ml	2 ml	2 ml	2.5 ml	2.5 ml	3 ml	3 ml	–	–	–

^aNVP dose escalation with half dose for 2 weeks when initiating ART is still recommended to avoid toxicity from high initial NVP levels. However, secondary analysis from the (CHAPAS)-1 trial recently suggested that younger children have a lower risk of toxicity, and consideration can be given to starting with a full dose (Filekes Q et al. Is nevirapine dose escalation appropriate in young African HIV+ children? 20th Annual Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Atlanta, GA, USA, 3–6 March 2013 (<http://retroconference.org/2013/Abstracts/4694.htm>, accessed 15 May 2013). More definitive evidence is expected from an ongoing trial.

^bLPV/r liquid requires a cold chain during transport and storage. The LPV/r heat-stable tablet formulation must be swallowed whole and should not be split or crushed.

Annex 7 Dosages of recommended antiretroviral drugs**Table 4. Simplified harmonized dosing for currently available TDF formulations for children**

Drug	Size of powder scoop (mg) or strength of tablet (mg)	Number of scoops or tablets by weight band once daily					Strength of adult tablet (mg)	Number of tablets by weight band
		3–5.9 kg	6–9.9 kg	10–13.9 kg	14–19.9 kg	20–24.9 kg		25–34.9 kg
TDF	Oral powder scoops 40 mg/scoop	–	–	3	–	–	300 mg	1 (200 mg) ^a or 1 (300 mg)
	Tablets 150 mg or 200 mg	–	–	–	1 (150 mg)	1 (200 mg)		

^aTarget dose: 8 mg/kg or 200 mg/m² (maximum 300 mg). The Paediatric Antiretroviral Working Group developed this guidance to harmonize TDF dosing with WHO weight bands and to reduce the numbers of strengths to be made available. The WHO generic tool was used based on the target dose provided by the manufacturer's package insert. In accordance with the standard Paediatric Antiretroviral Working Group approach, dosing was developed ensuring that a child would not receive more than 25% above the maximum target dose or more than 5% below the minimum target dose.

^b200-mg tablets should be used for weight 25–29.9 kg and 300-mg tablets for 30–34.9 kg.

Table 5. Simplified dosing of isoniazid (INH) and co-trimoxazole (CTX) prophylaxis

Drug	Strength of tablet or oral liquid (mg or mg/5 ml)	Number of scoops or tablets by weight band once daily					Strength of adult tablet (mg)	Number of tablets by weight band
		3–5.9 kg	6–9.9 kg	10–13.9 kg	14–19.9 kg	20–24.9 kg		25–34.9 kg
INH	100 mg	0.5	1	1.5	2	2.5	300 mg	1
CTX	Suspension 200/40 per 5ml	2.5 ml	5 ml	5 ml	10 ml	10 ml	–	–
	Tablets (dispersible) 100/20 mg	1	2	2	4	4	–	–
	Tablets (scored) 400/80 mg	–	one half	one half	1	1	400/80 mg	2
	Tablets (scored) 800/160 mg	–	–	–	one half	one half	800/160 mg	1
INH/CTX/ B6 ^a	Tablets (scored) 960 mg/ 300 mg/25 mg	–	–	–	one half	one half	960 mg/300 mg/ 25 mg	1

^aThis formulation is currently awaiting regulatory approval, and a scored junior tablet (480 mg/150 mg/12.5 mg) is also under development.

Table 6. Simplified dosing for urgently needed ARV drugs for children recommended by the Paediatric Antiretroviral Working Group

Drug	Strength of tablet or sprinkle sachet or capsule (mg)	No. of tablets or sprinkle capsules/sachets by weight band											
		3–5.9kg		6–9.9kg		10–13.9 kg		14–19.9kg		20–24.9kg		25–34.9kg	
		AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM
ABC/3TC/NVP	60mg/30mg/50mg	1	1	1.5	1.5	2	2	2.5	2.5	3	3	4	4
LPV/r sprinkles	40mg/10 mg	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6	–	–
ABC/3TC/LPV/r	30mg/15mg/40mg/10mg	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6	–	–
AZT/3 TC/LPV/r	30mg/15mg/40mg/10mg	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6	–	–
DRV/r	240/40mg	–	–	–	–	1	1	1	1	2	1	–	–
ATV/r	100/33mg	–	–	–	–	1	1	1	1	2	1	–	–
ABC/3TC	120/60mg	1	1	1.5	1.5	2	2	2.5	2.5	3	3	–	–
TDF/3TC	75mg/75mg	–	–	–	–	1.5	1.5	2	2	2.5	2.5	3–3.5*	3–3.5*
TDF/3TC/EFV	75mg/75mg/150mg	–	–	–	–	1.5	1.5	2	2	2.5	2.5	3–3.5*	3–3.5*
TDF/3TC adult double scored ^b	300mg/300mg	–	–	–	–	one third	one third	one half	one half	two thirds	two thirds	1	1
TDF/3TC/EFV adult double scored ^b	300mg/300mg/600mg	–	–	–	–	one third	one third	one half	one half	two thirds	two thirds	1	1

*3 tablets for 25–29.9 kg and 3.5 tablets for 30–34.9 kg.

^bA double-scored tablet has two score lines on one side of the tablet and one score line on the other side, enabling it to be divided into thirds or halves as needed.

E. Liste des indicateurs de suivi/évaluation

Les indicateurs nationaux suivants seront renseignés :

Pour le système de santé :

- 1) Pourcentage d'établissements de santé délivrant des antirétroviraux et ayant connu des épisodes de rupture de stocks pour au moins un antirétroviral dans les 12 derniers mois.
- 2) Pourcentage d'établissements dispensant des thérapies antirétrovirales à partir de la surveillance des CD4, conformément aux directives/politiques nationales, sur place ou après orientation recours.
- 3) Nombre d'établissements de santé où le dépistage du VIH et les services de conseils sont disponibles.

Pour le conseil et dépistage volontaire :

- 1) Nombre d'hommes et de femmes de 15 ans et plus ayant bénéficié d'un dépistage du VIH et de conseils au cours des 12 derniers mois, et qui connaissent le résultat du dépistage.
- 2) Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant bénéficié

d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois, et qui en connaissent le résultat.

- 3) Pourcentage, parmi les populations les **plus à risque**, de personnes ayant bénéficié d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat.

Pour la co-infection TB/VIH :

- 1) Nombre d'établissements de santé (dispensant des traitements antirétroviraux) qui respectent des pratiques attestées de lutte contre l'infection, notamment de lutte antituberculeuse (qui soit conformes aux recommandations internationales).
- 2) Pourcentage de cas de tuberculose liés à une séropositivité au VIH concomitante auxquels ont été administrés un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH.
- 3) Pourcentage d'adultes et d'enfants récemment pris en charge dans les services de soins pour l'infection par le VIH et ayant débuté une thérapie contre la tuberculose latente (thérapie préventive par isoniazide).
- 4) Pourcentage d'adultes et d'enfants bénéficiant d'une prise en charge du VIH dépistés pour la tuberculose.

Pour le Traitement ARV :

- 1) Nombre d'établissements de santé qui dispensent des traitements antirétroviraux.
- 2) Nombre d'adultes et d'enfants éligibles, qui reçoivent actuellement un traitement antirétroviral.
- 3) Nombre d'adultes et d'enfants éligibles, ayant débuté un traitement antirétroviral durant les 12 derniers mois.
- 4) Pourcentage d'adultes et d'enfants infectés par le VIH dont on sait qu'ils sont toujours vivants et sous traitement antirétroviral 12 mois après le début de celle-ci.
- 5) Pourcentage d'adultes et d'enfants infectés par le VIH dont on sait qu'ils sont toujours vivants et sous traitement antirétroviral 24 mois après le début du traitement
- 6) Pourcentage d'adultes et d'enfants infectés par le VIH dont on sait qu'ils sont toujours vivants et sous traitement antirétroviral 60 mois après le début de celle-ci (parmi ceux ayant débuté le traitement antirétroviral en 2005).

Pour la Prévention de la Transmission Mère-Enfant :

- 1) Nombre d'établissements de santé dispensant des services de soins

prénatals, et qui dispensent également le dépistage du VIH et les antirétroviraux pour la PTME sur place.

- 2) Pourcentage d'établissements de santé qui dispensent des services de tests virologiques (ex. PCR) pour le diagnostic du VIH chez les nourrissons, sur place ou à partir de sang séché sur papier buvard.
- 3) Nombre d'établissements de santé qui dispensent des traitements antirétroviraux pédiatriques.
- 4) Nombre d'établissements de santé dispensant des services de soins prénatals, et assurant aussi la surveillance des CD4 pour les femmes enceintes sur place ou qui disposent d'un système de collecte et de transport des échantillons de sang pour la surveillance.
- 5) Pourcentage de femmes enceintes ayant bénéficié d'un dépistage du VIH et qui ont reçu les résultats - au cours de leur grossesse, durant le travail et l'accouchement, et pendant la période post partum (≤ 72 heures) - y compris celles dont le statut sérologique vis-à-vis du VIH était déjà connu.
- 6) Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH dont l'éligibilité à l'accès au traitement antirétroviral a été évalué selon les critères cliniques ou immunologiques (numération des CD4).
- 7) Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission de la mère à l'enfant.
- 8) Pourcentage de nourrissons, nés de femmes séropositives au VIH, recevant une prophylaxie par antirétroviraux pour la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME).
- 9) Pourcentage de nourrissons nés de femmes séropositives au VIH et ayant débuté une prophylaxie par Cotrimoxazole (CTX) dans les deux mois suivant leur naissance.
- 10) Pourcentage de femmes enceintes consultant dans les services de soins prénatals, dont le partenaire masculin a été dépisté pour le VIH.
- 11) Pourcentage de nourrissons nés de femmes séropositives au VIH, ayant bénéficié d'un test virologique du VIH dans les deux mois suivant leur naissance.
- 12) Pourcentage d'enfants séropositifs au VIH, âgés de 0 à 14 ans, recevant actuellement un traitement antirétroviral.

F. Organisation du circuit et de la collecte de données :

La collecte des données et le circuit des informations seront faits selon les mêmes procédures en vigueur dans le pays. Le circuit de l'information doit respecter la pyramide sanitaire.

Les rapports mensuels sont élaborés au niveau de l'ensemble des structures de prestation de la PEC à tous les niveaux.

Un rapport trimestriel compilant les rapports des structures affiliés à la Moughataa sera élaboré à ce niveau et transmis au niveau des DRAS.

Les DRAS élaborent une synthèse trimestrielle qu'ils transmettent au MS avec copie au SENLS et SERLS.

Les rapports du niveau régional seront compilés, analysés trimestriellement et annuellement par la coordination sectorielle santé et une copie transmise au SENLS chargé de l'exploitation et de la diffusion auprès des partenaires.

Les feedback sur les rapports sont systématiques à tous les niveaux.

La supervision formative est organisée de façon intégrée et structurée :

- Les chefs de postes assurent la supervision du niveau communautaire relevant de leur aire géographique

- une supervision mensuelle est assurée par le médecin Chef aux postes de santé de sa circonscription.

- le niveau régional effectue une supervision trimestrielle aux centres de santé, incluant un échantillonnage représentatif des postes de santé.

- Une supervision semestrielle du niveau du niveau régional est également assurée par le central.

Des revus intégrées sont organisées annuellement pour évaluer la mise en œuvre des activités.

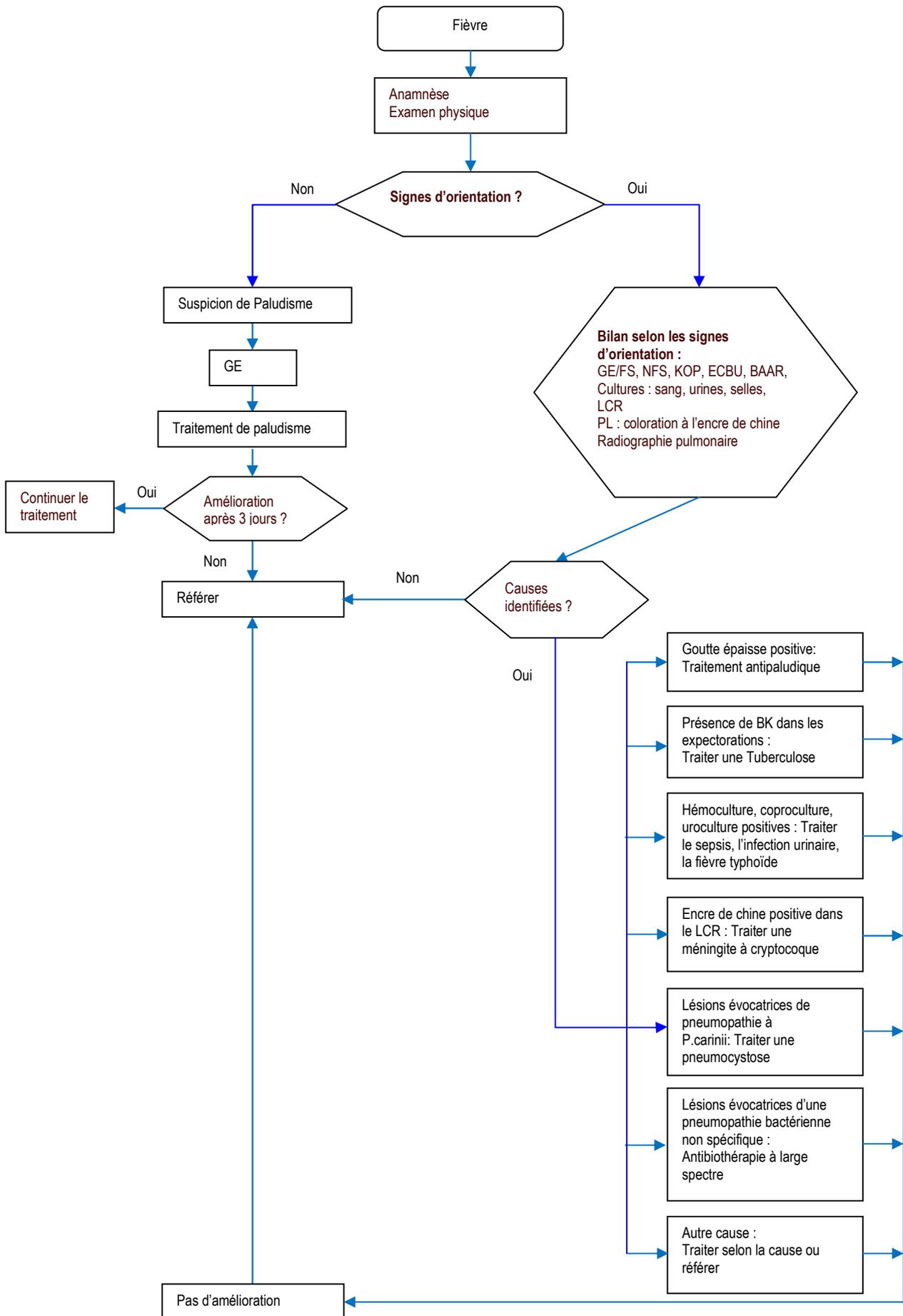
G. Recherche opérationnelle

L'existence d'institutions nationales de recherche (l'Institut National de Recherche en Santé Publique, facultés de médecine et de sciences, ONS, etc.) constitue une opportunité pour le développement des activités de recherche et de renforcement des capacités nationales dans ce domaine.

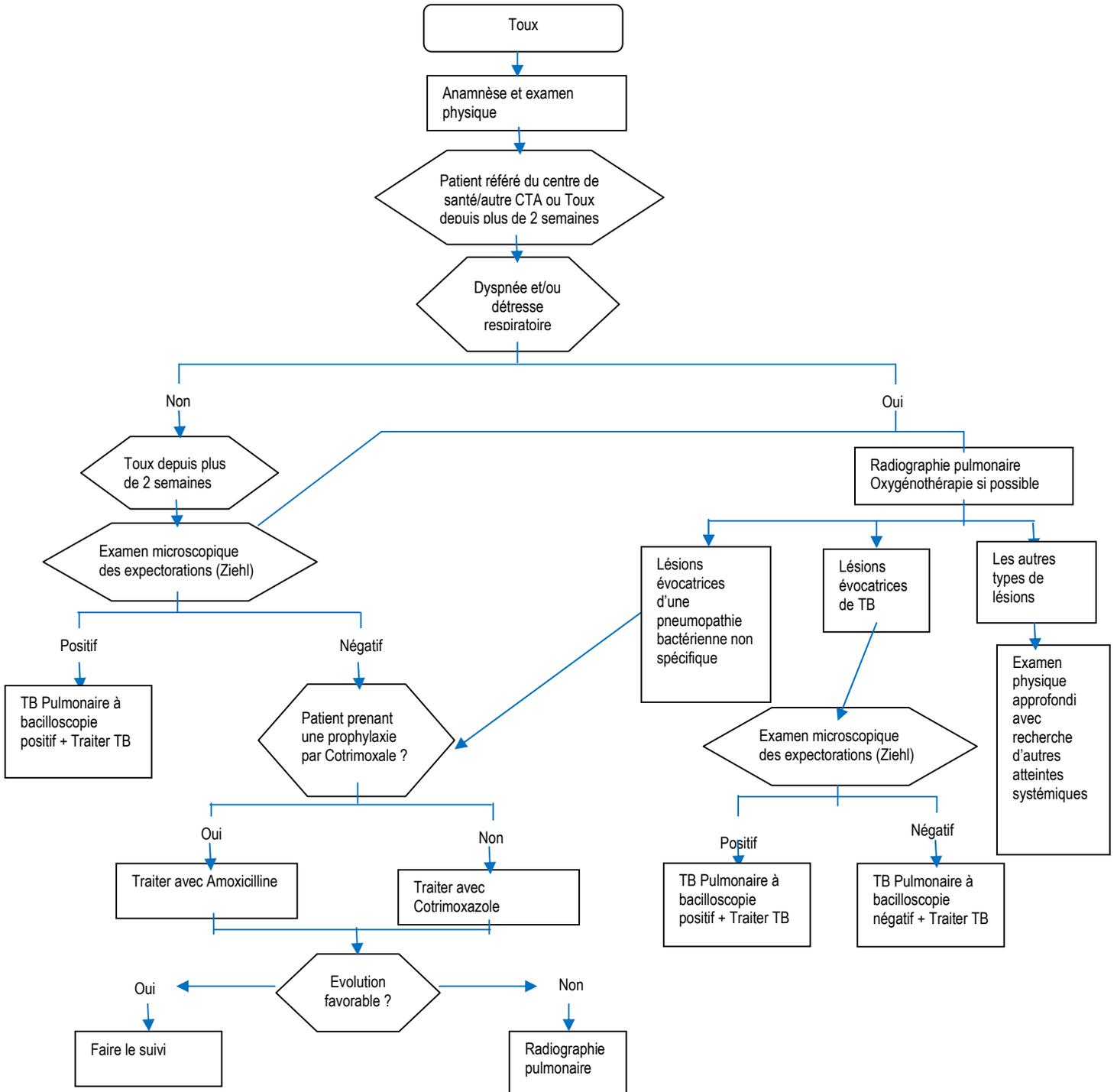
Les principaux axes de recherche sont:

- la surveillance et suivi de la résistance aux ARV
- la gestion de la résistance aux ARV
- la tolérance et l'observance des traitements
- l'évaluation de l'efficacité du traitement ARV
- la surveillance de la co- infection VIH/TB/VHB
- l'évaluation de l'observance
- les études CAP
- les impacts économiques du VIH/SIDA sur les ménages affectés.

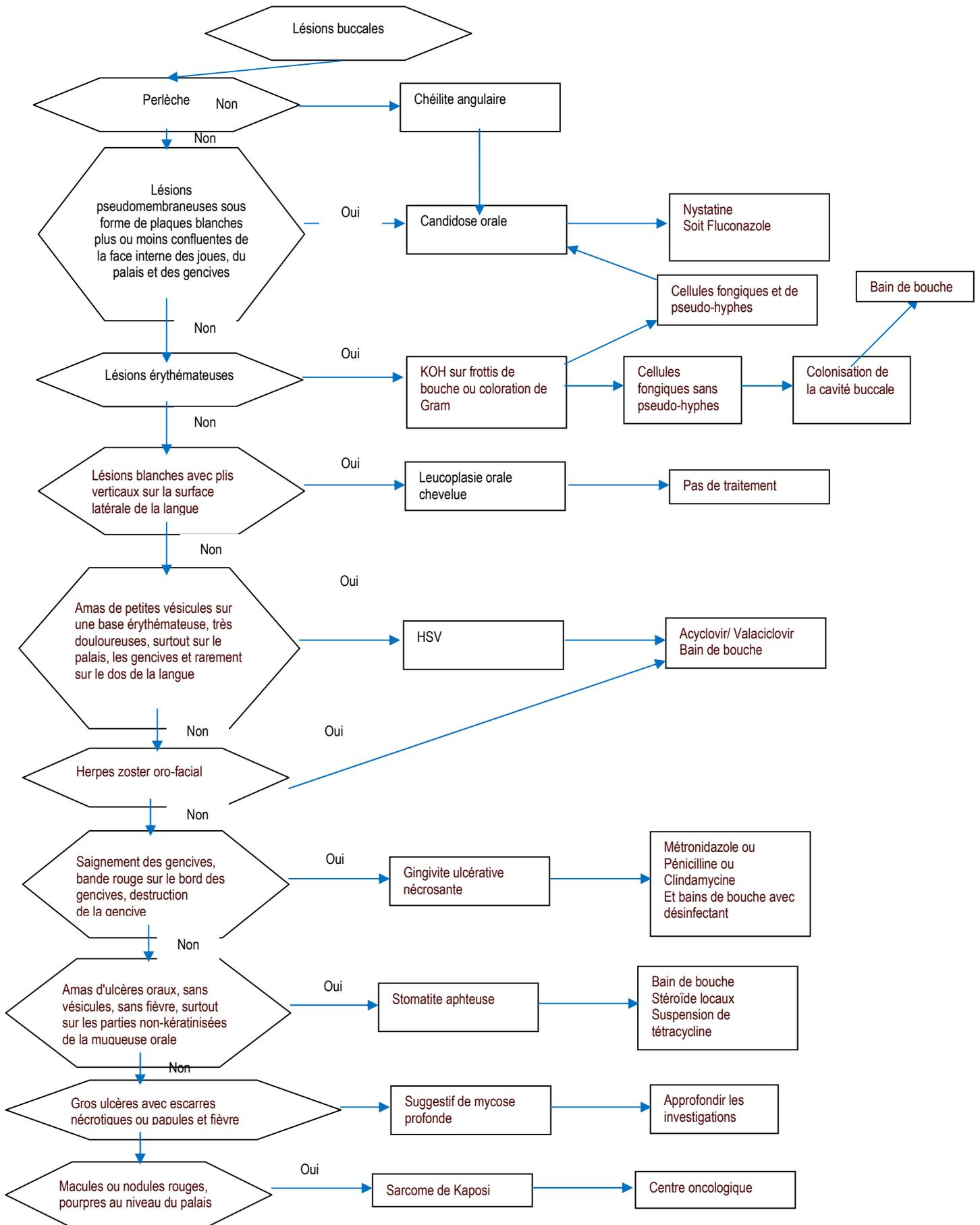
2. Fièvre



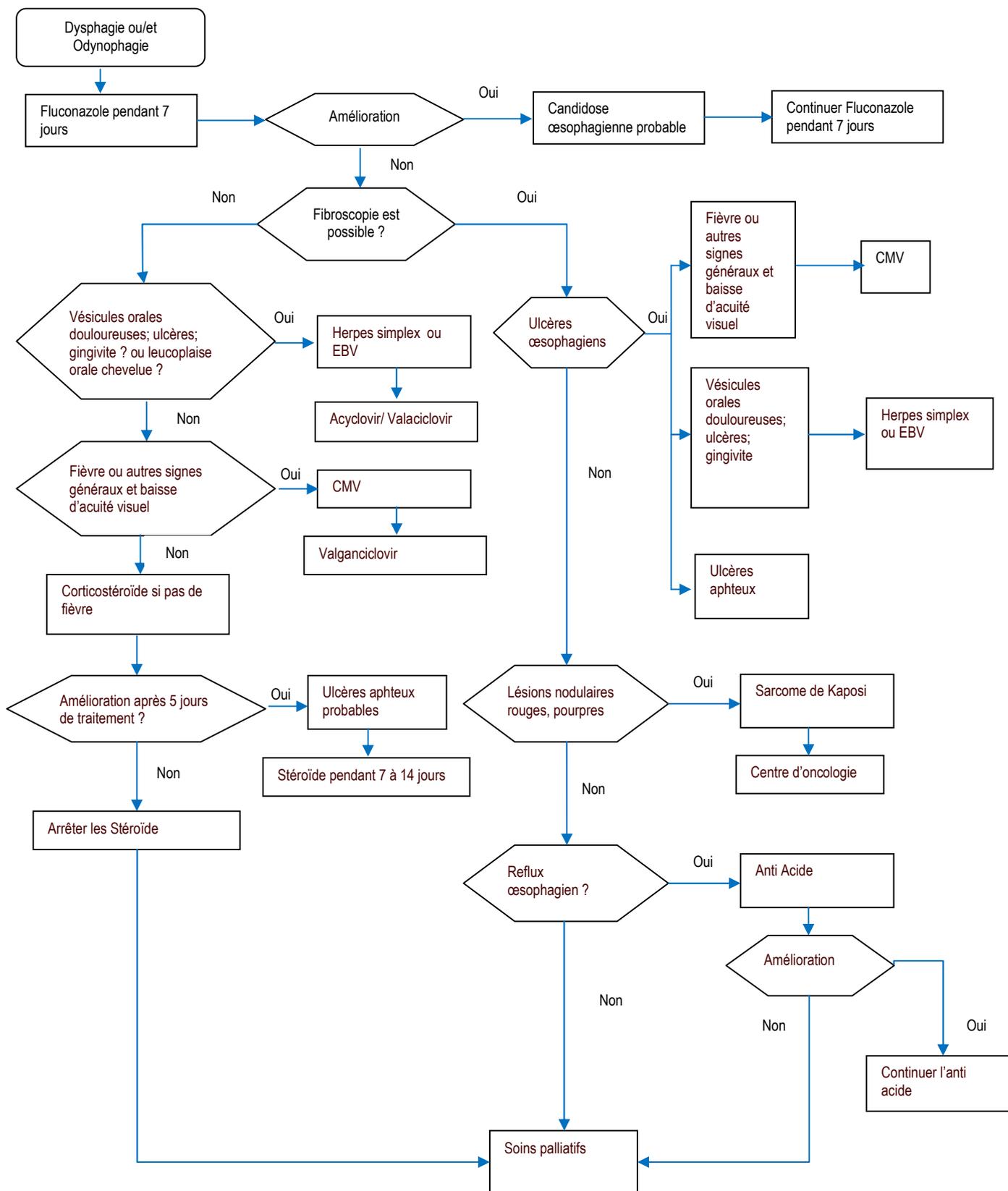
3. Toux



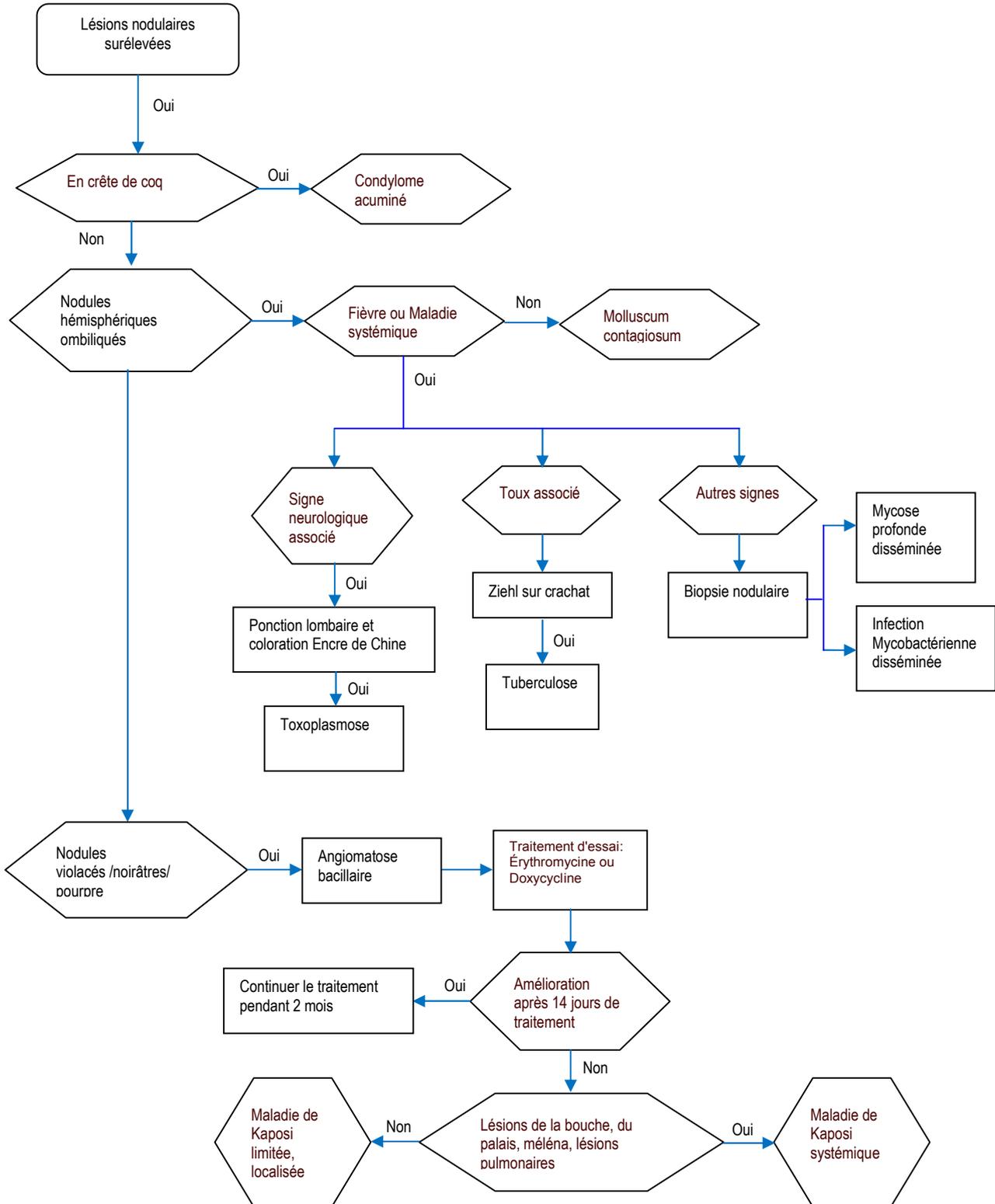
4. Lésions buccales



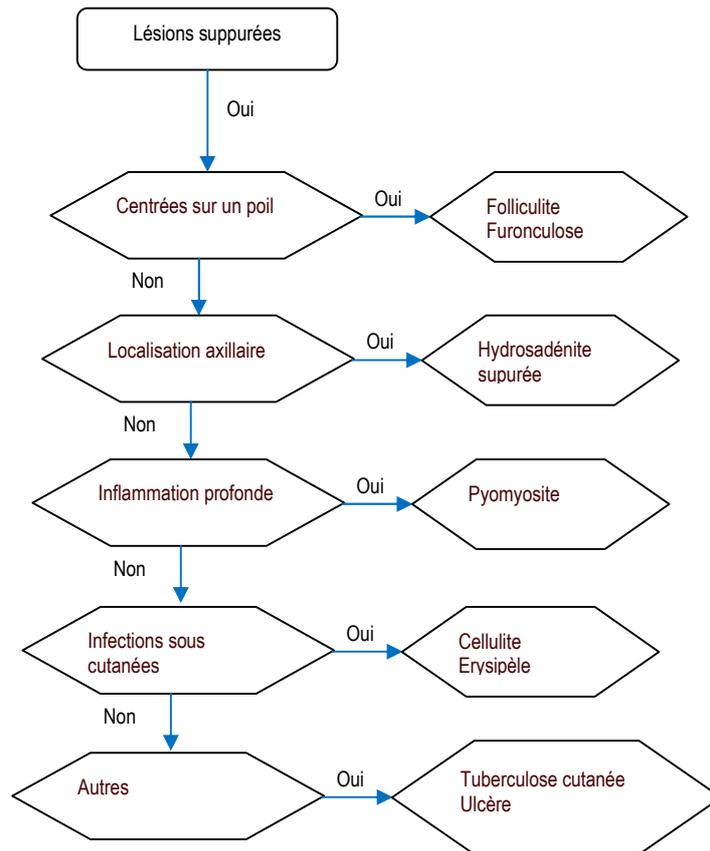
5. Dysphagie et /ou odynophagie



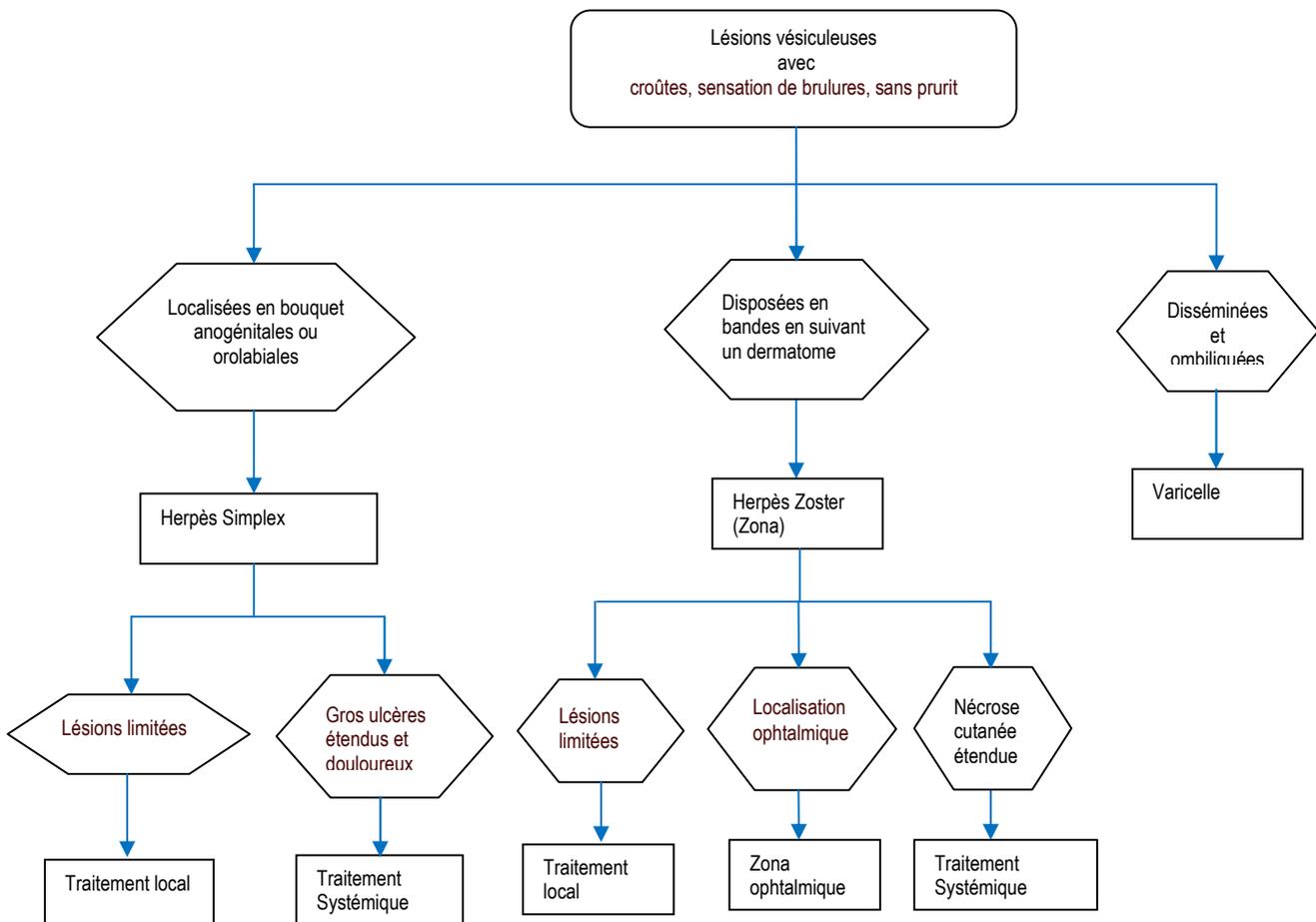
6. Lésions nodulaires surélevées



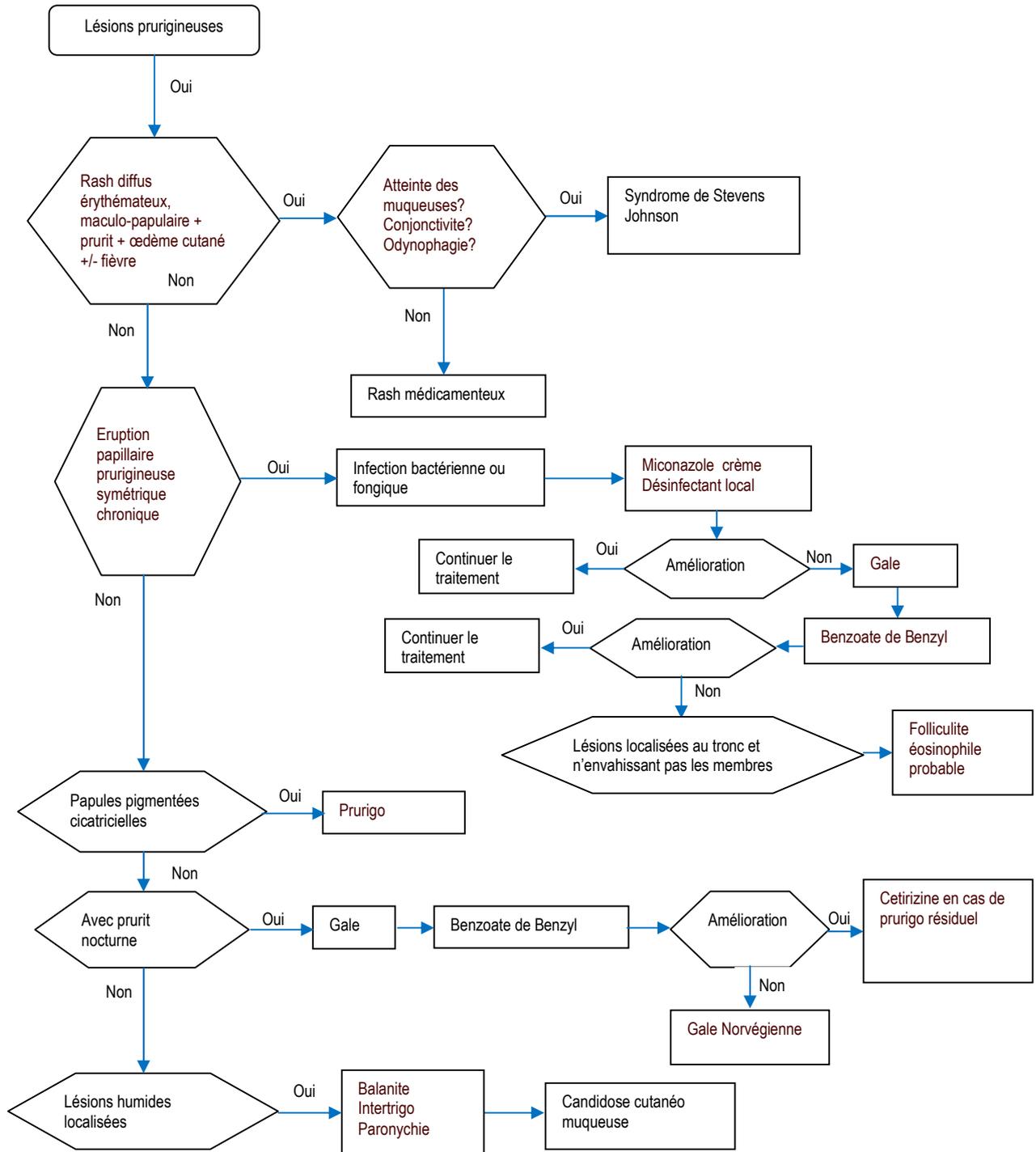
7. Lésions suppurées



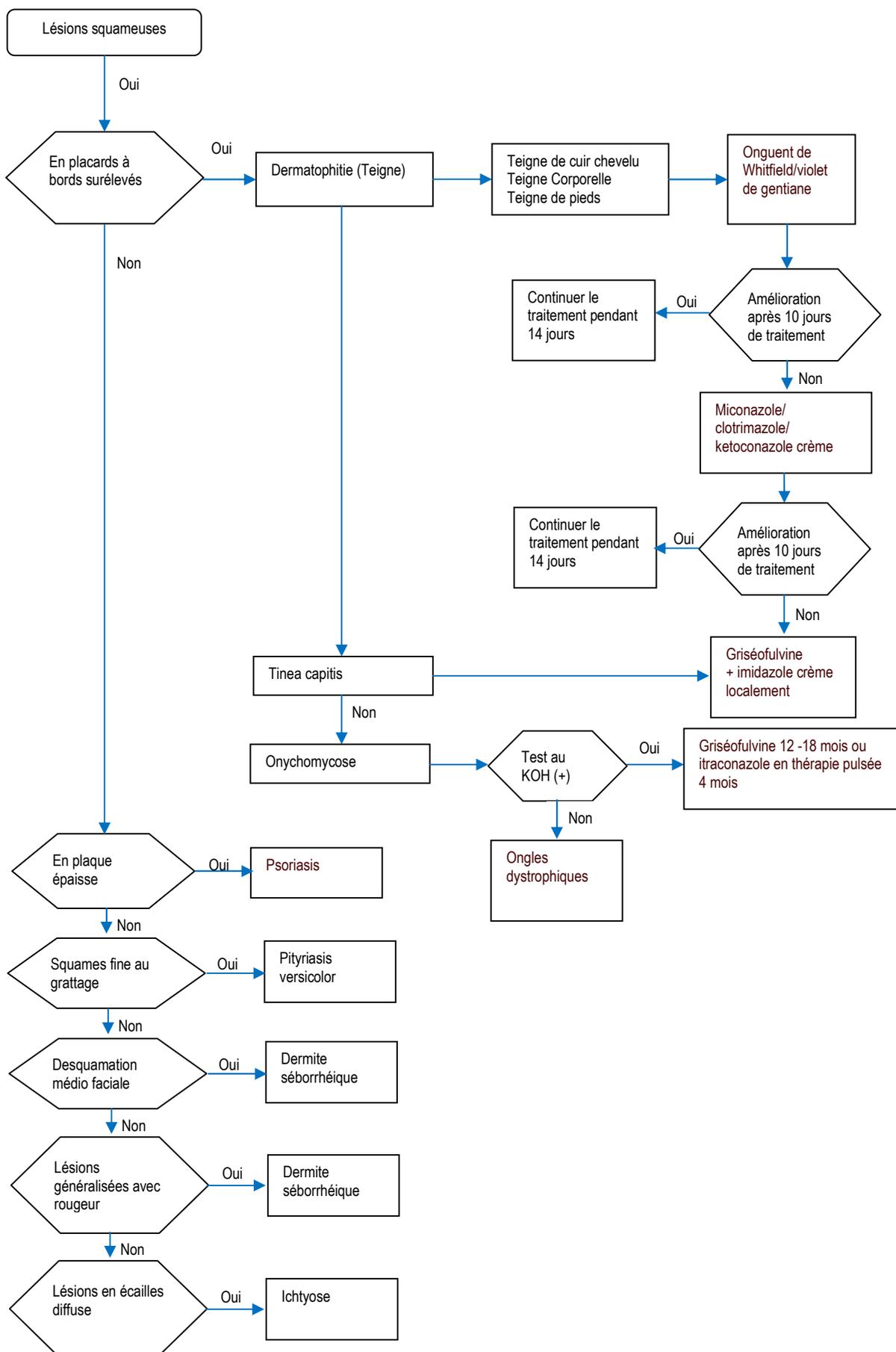
8. Lésions vésiculeuses avec croûtes, sensation de brulures, sans prurit



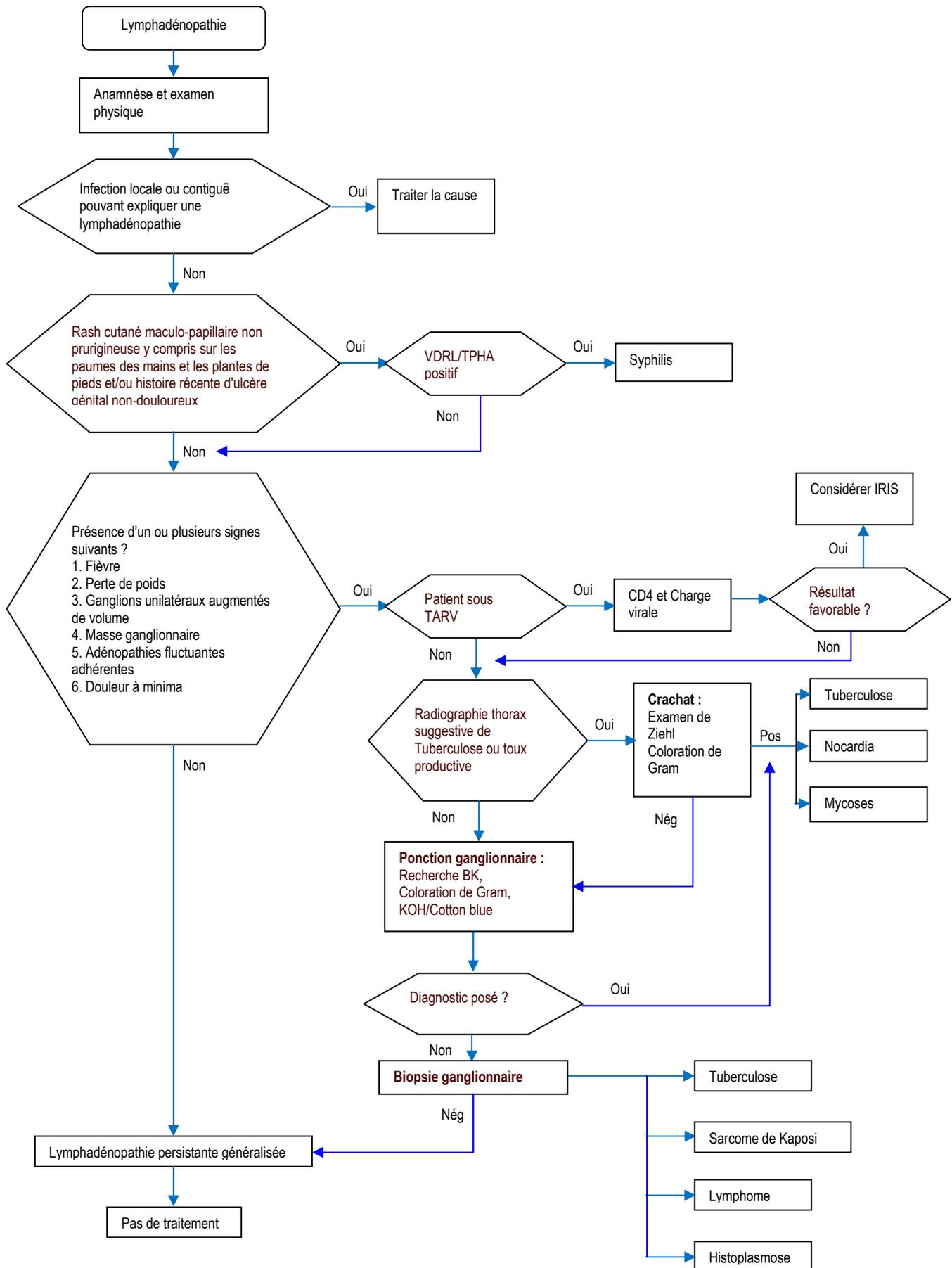
9. Lésions prurigineuses



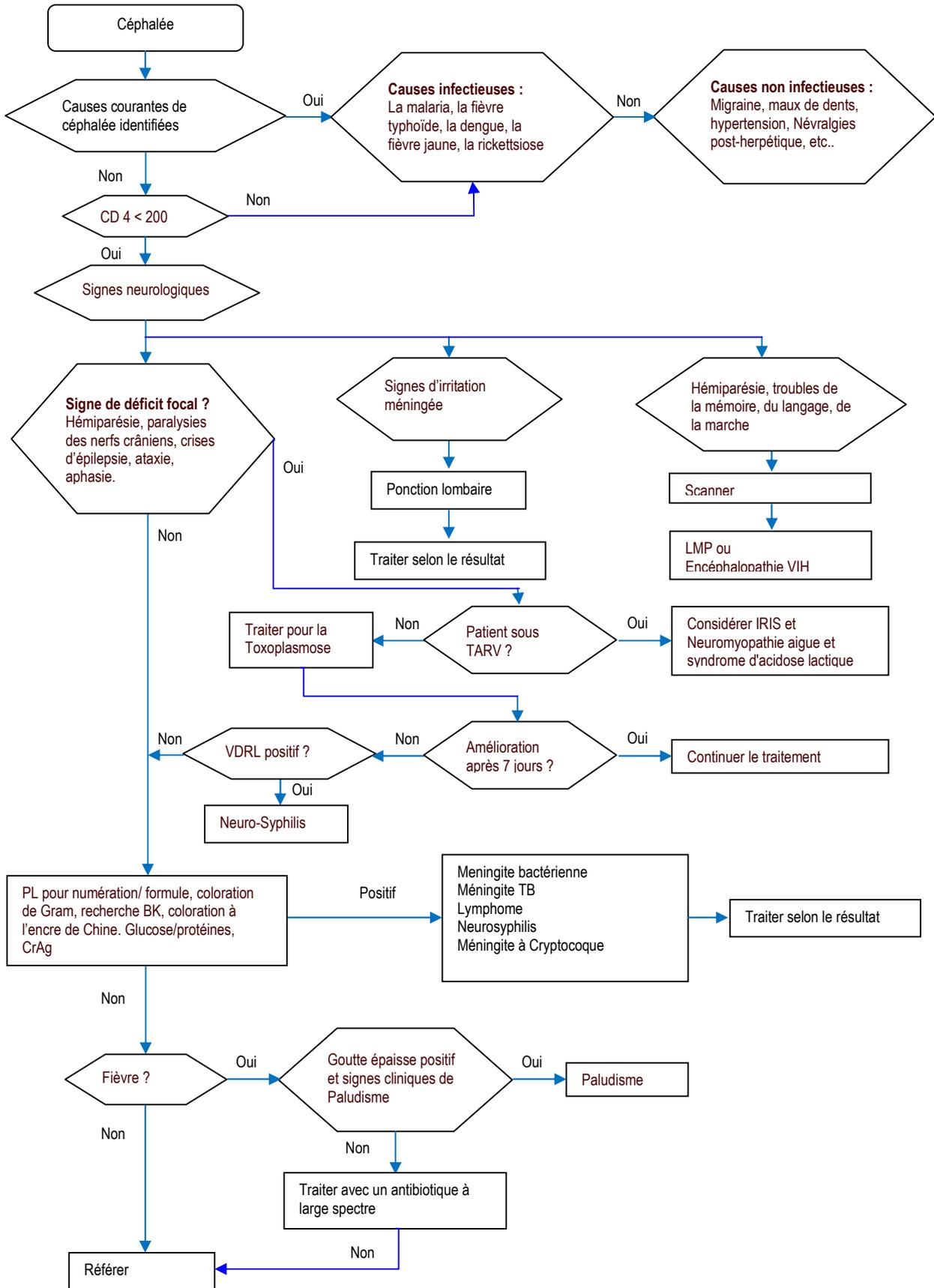
10. Lésions squameuses



11. Lymphadénopathie



12. Céphalée



I. Traitement des Infections Opportunistes

Catégorie IO	IO	Traitement	Adultes	Enfants
PULMONAIRES	Tuberculose	Selon le protocole du PNLT		
	Pneumocystose	Cotrimoxazole cp 960 mg	Adultes : 3 cp de 960mg/j pendant 21 jours	Enfants : cf. Annexe X
DIGESTIVES	Candidose buccale	Fluconazole gélule 100 mg ou Nystatine sirop 100 000 UI/ml	Fluconazole 100 mg (1 gélule / j pendant 10 jours)	Nystatine (100000 UI x 4 / j pendant 10 jours) .
	Candidose oesophagienne	Fluconazole gélule 200 mg Nystatine sirop 100 000 UI/ml	Fluconazole 200mg/ j pdt 14 à 21j	Nystatine (100000 UI x 4 / j pendant 14 à 21 jours) .
		Fluconazole injectable 200 mg/ 100 ml	Fluconazole 200mg/ j pdt 7j puis passer PO pdt 7-14j	3mg/kg/j
	Isosporose	Cotrimoxazole cp 960 mg	Cotrimoxazole cp 960 mg x 4/j pdt 10j puis continuer la prophylaxie au Cotrimoxazole	Enfants : cf. Annexe X
		Si allergie au Cotrimoxazole, Ciprofloxacine cp 500 mg	Ciprofloxacine cp 500 mg x 2/j pdt 7 j puis 3cp/semaine en phase d'entretien	
	Microsporidiose	Albendazole cp 400mg Albendanzol sirop 400 mg/ 10 ml	Albendazole 400mg x 2/j pdt 21j	Enfant < 2ans Albendazole 5ml x 2/j pdt 21j Enfant > 2 ans comme adulte
	Cryptosporidiose	Traitement symptomatique (réhydrations selon l'OMS)	Ringer, Serum salé ou SRO	Ringer, Serum salé ou SRO
DERMATOLOGIQUES	Zona	Valaciclovir cp 500 mg Aciclovir in amp 10 mg	Valaciclovir 2 cp x 3/j pdt 10j Forme sévère Aciclovir 10 - 15 mg/Kg x 3/j en IV pdt 14 à 21 jours	Enfant > 6 ans comme adulte Contre indication pour enfant < 6 ans
		Cétirizine cp 10 mg	Cétirizine 1cp x 1/j pdt 10 jours	Enfant 6 à 12 ans: Cétirizine 1/2 cp x 1/j
		Aciclovir 5 % crème	Aciclovir 1 application x 3/j pdt 5 jours	Enfant > 6 ans comme adulte Contre indication pour enfant < 6 ans
		Tramadol cp 50 mg	Tramadol 1 cp x 3 /j Dose maximale: 400 mg/j	Chez les sujets âgés de plus de 12 ans
		Eosine acqueuse	2%	1%

	Herpès cutanéomuqueux	Valaciclovir cp 500 mg	Valaciclovir 2 cp x 2/j pdt 7 à 10j	Enfant > 6 ans comme adulte Contre indication pour enfant < 6 ans
		Aciclovir 5 % crème	Aciclovir 1 application x 3/j pdt 5 jours	Enfant > 6 ans comme adulte Contre indication pour enfant < 6 ans
		Cétirizine cp 10 mg	Cétirizine 1cp x 1/j	Enfant 6 à 12 ans: Cétirizine 1/2 cp x 1/j
		Eosine aqueuse	2%	1%
	Sarcome de Kaposi	bleomycine 15 000 UI/ 5ml	1 amp en IM / 15 j pendant 6 mois	10 à 20 mg par m ²
	Dermite séborrhéique	Clotrimazole pommage	clotrimazole application x 2/j pdt 14 jours	clotrimazole application x 2/j pdt 14 jours
NEUROLOGIQUES	Toxoplasmose cérébrale	Cotrimoxazole cp 960 mg Cotrimoxazole 480 mg amp 5 ml	Pyriméthamine (100 mg J1 puis 1mg/kg/j soit 50 à 75 mg/j associé à 25 mg d'acide folinique) et Sulfadiazine (100 mg/kg/j repartis en 4 prises avec un maximum de 6g/j, auquel il faut associer une alcalinisation des urines pour éviter les lithiases) ou Cotrimoxazole 960 mg 1cp x3/ pdt 4 à 6 semaines ou Cotrimoxazole 4 amp x3/ pdt 4 à 6 semaines Ou Sulfadoxine 100-Pyriméthamine 25 ???	Cotrimoxazole orale 200mg+40mg
	Cryptococcose neuromeningée	Amphotéricine B Flucytosine	Phase d'induction : bi thérapie Amphotéricine 0.7 à 1mg/kg/j Flucytosine 100 mg/kg/j en 4 administrations pendant 2 semaines	0,3mg/kg jusqu'à 0,5 -1 mg/kg/j
		Fluconazole gélule 200mg	Phase d'attaque : 800 mg/j le 1 ^{er} jour	6 à 12 mg/kg/j
		Fluconazole gélule 200mg	Phase de consolidation : 400 mg/j pendant pendant 8 semaines	A vérifier
	Fluconazole gélule 200mg	Prophylaxie secondaire Fluconazole : 200mg / j Jusqu'à CD4 a plus de 200	? à vérifier	
Encéphalite herpétique	Aciclovir inj amp 250 mg/ 10 ml	Aciclovir 10mg/kg x 3/J en IV pendant 21 j	C.I enfant mois de 6 ans 10 mg /kg toutes les 8 heures	
AUTRES	Rétinite à CMV	Valganciclovir (Produit très cher et trop d'effect secondaire alors la situation du patient peut s'améliorer avec le traitement ARV)	Valganciclovir 900 mg x 2/j PO pdt 3 semaines	Pas de recommandation posologique chez l'enfant

PULMONAIRE	Pneumopathies bactériennes	Amoxicilline caps 500 mg Amoxicilline sirop 125, 250 mg Erythromycine caps 250, 500 mg Erythromycine sirop 125, 250 mg	Amoxicilline 2-3 g/ j pendant 10 jours ou Erythromycine (1 gr / j pendant 10 jours)	Amoxicilline 50-100 mg/Kg/j pendant 10 jours ou Erythromycine 50 mg/kg/j pendant 10 jours
	Diarrhée : Shigelles, Salmonelles non typhi	Ciprofloxacine cp 500 mg Cefixime sirop 100, 200 mg	Ciprofloxacine 500 mg * 2 /j pendant 10 jours	Cefixime 8 mg /kg / j en deux prises
		Pour les hospitalisations : Ciprofloxacine 200 mg perf	Ciprofloxacine 1 flacon perf x 2/ jour pendant 10 jours	Ceftriaxone 50 – 100 mg/kg/j
	Infections parasitaires: Amibiase, Giardiases	Métronidazole cp 500, 250 mg Métronidazole sirop 125 mg	Métronidazole 500 mg x 3/j pendant 7 jours	Métronidazole 50 mg/kg/j pendant 7 jours
	Si Voie orale impossible Metronidazole	Metronidazole inj 5mg/ml amp	Métronidazole 500 mg x 3/j pendant 7 jours	Métronidazole 50 mg/kg/j pendant 7 jours
	Epigastralgie (Ulcère gastrique, ...)	Oméprazole co 20 mg		
DERMATOLOGIQUES	Prurigo	Cétirizine cp 10 mg	Cétirizine 1cp x 1/j pdt 10 jours	Enfant moins de 2 à 6 ans : 2,5 mg deux par jour Enfant 6 à 12 ans: Cétirizine 1/2 cp x 1/j
	Infections parasitaires: gale	Benzoate de Benzyle	Solution à 10% pendant 3 nuits successives	Solution à 10% pendant 3 nuits successives (Dilution à 50% pour les nourrissons)
		Cétirizine cp 10 mg	Cétirizine 1cp x 1/j pdt 10 jours	Enfant 6 à 12 ans: Cétirizine 1/2 cp x 1/j
	Infections mycosiques (teigne, mycose du cuir chevelu...)	Griséofulvine cp 250 mg, 500 mg	Griséofulvine 1 cp de 500 *2/j pendant 6 semaines	Cp 250 mg: 10 à 20 mg/kg/j pendant 6 semaines
		Griséofulvine	Crème	Crème
Infections bactériennes: Pyodermites	Cloxacilline cp 500 mg	Cloxacilline 2 cp de 500 *3/j pendant 10 jours ou Amoxicilline associé à l'acide clavulanique	Cloxacilline 50 mg/Kg/j pendant 10 jours ou Amoxicilline associé à l'acide clavulanique	
GENITO-URINAIRES	IST (Ulcérations génitales, Ecoulements urétraux, Ecoulements vaginaux, Douleurs abdominales pelviennes)	Selon les algorithmes nationaux (voir ANNEXE)		
	Syphilis	Benzathine Penicilline	1 injection de 2,4 M en IM/semaine pendant 3 semaines	1 injection de 1,2 M en IM/semaine pendant 3 semaines
		Benzathine Penicilline	Si Syphilis primaire : 1 injection de 2,4 M en IM/semaine pendant 1 semaine	Si Syphilis primaire : 1 injection de 1,2 M en IM/semaine pendant 1 semaine

	Infections urinaires	Ciprofloxacine cp 500 mg Cefixime sirop 100, 200 mg	Ciprofloxacine 500 mg * 2 /j pendant 10 jours	Cefixime 8 mg/kg/j
AUTRES	Anémie	Fer, Acide Folique, Vitamine B12		Fer base 5 à 10 mg/kg/j pendant 1 à 2 mois Acide folique Vitamine B12
	Déshydratation	Réhydratation selon l'OMS	SRO, Ringer lactate, SS	SRO, Ringer lactate, SS
	Fièvre	Paracétamol cp et inj	2 cp de 500 * 3 pendant 6 jours.	60 mg/kg/j
	Douleurs	Ibuprofène 200 et suspension	2 cp * 3 pendant 6 jours	20 mg/kg/j
		Tramadol cp 50 mg	1 cp * 3 pendant 6 jours	CI mois de 12 ans
		Diclofenac inj 75 mg	1 amp * 2 fois/j	2-3mg/kg/j en 2 à 3 prises
		Phloroglucinol cp 80 mg inj 40 mg	1 à 2 cp *3 fois / j pendant 5 injectable 1-3 amp/j pendant 2 à 3 jour	
	Neuropathies périphériques	Amitriptiline cp 25 mg, goutte Vitamine B complexe cp	1 -3 cp /jour pendant 4 à 6 semaines Vit B complexe 1 cp *3	5 gouttes/jour pendant 4 à 6 semaines
	Convulsions, insomnie, états anxieux	Diazepam 10 mg, 5mg, gouttes	1	
	Nausées	Métoclopramide cp 10 mg, inj 10 mg	1 cp * 3 par jour pendant 10 jours 1 amp *3/jour	Gouttes
		Métopimazine 0,1%, injectables		1 goutte/kg ???
		Domperidone 10mg, gouttes	1 cp *3 pendant 5 jours	1 dose poids *3
	HTA	Amplodipine 5 mg, 10 mg Loxen 10 mg inj	1 cp/j pendant 1mois	
	Paludisme	Protocole national PNL		
Troubles électrolytiques	KCl, NaCl, K, Ca			
Hypoglycémie	G5, G10			