MINISTERE DE LA SANTE
MINISTERE DE LA SANTE

ET DE LA POPULATION
-=-=-=-=-
UNITE DE COORDINATION
DES PROGRAMMES ET DES PROJETS
-=-=-=-
PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA
-=-=-=-=-

REPUBLIQUE DU CONGO
Unité * Travail * Progrès
-=-=-=-

LIGNES DIRECTRICES RELATIVES À L'UTILISATION DE MÉDICAMENTS ANTIRÉTROVIRAUX POUR LE TRAITEMENT ET LA PRÉVENTION DE L'INFECTION À VIH AU CONGO

Mars 2023

Ajouter logo du PNUD

PREFACE

La prévention et la prise en charge du VIH/Sida ont connu des avancées significatives ces dernières années ; ce qui a permis une inversion de la courbe de cette épidémie et l'amélioration de la qualité de vie des personnes infectées par le VIH. Avec près de 130000 personnes vivant avec le VIH (PVVIH) à travers le pays, la République du Congo entend accélérer sa riposte contre le VIH/Sida en adoptant des mesures courageuses pour atteindre les objectifs 95-95-95 (d'ici à 2030).

Le précédent des lignes directrices du Congo montre que le pays a adopté l'essentiel des dernières recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé sur la prévention et le traitement du VIH/Sida, la prise en charge du stade avancé de la maladie et la stratégie de traitement différencié.

Ces nouvelles lignes directrices tiennent également compte des nouveautés en matière de dépistage et de prévention de l'infection à VIH : il s'agit de la prophylaxie préexposition (PrEP) et du dépistage par les autotests. Le bilan pré thérapeutique est également allégé pour permettre l'initiation rapide du traitement antirétroviral. Ces nouvelles lignes directrices offrent également à la femme en âge de procréer l'opportunité de faire le choix de recevoir un protocole à base de Dolutegravir pour lui offrir toutes les chances de rendre sa charge virale indétectable.

J'encourage vivement le personnel soignant, les acteurs travaillant dans la santé communautaire, les partenaires qui nous accompagnent habituellement dans ce combat contre le VIH/Sida à s'approprier ce document et à le mettre en œuvre afin de poursuivre la marche vers l'atteinte des objectifs de développement durable qui consistent pour ce qui est du VIH/Sida en l'élimination de cette épidémie d'ici à 2030.

Ministre de la Santé et de la Population

REMERCIEMENTS

Le Programme National de Lutte contre le Sida remercie sincèrement toutes les institutions et personnes ayant participé à la réalisation de ce document, particulièrement :

- Monsieur le Ministre de la Santé et de la Population, le Général **Gilbert MOKOKI**
- Monsieur le Coordonnateur de l'Unité de Coordination des Programmes et des Projets, Docteur **Lambert KITEMBO**
- Les agences du Système des Nations Unies : PNUD, OMS, UNICEF, UNFPA, ICAP, ONUSIDA
- Le Conseil National de Lutte contre le Sida, les IST et les Epidémies
- L'équipe technique d'adoption des directives.

EQUIPE D'ADOPTION

Les officiels

M. Gilbert MOKOKI Ministre de la Santé et de la Population

Dr Lucien Alexis MANGA Représentant de l'OMS au Congo

La Direction du Programme National de Lutte contre le SIDA et les IST

Dr Mandey Allegra NZAMBILA, Responsable Prévention et Prise en Charge, PNLS

M. Olsen-Jenaul GOMO-MILOLO, Responsible GAS, PNLS

Mme Fayole MALONGA, Responsable Unité PTME, PNLS

Mme Fleur Tulsie MAKOSSO GBESSOUVEGNI, Consultante, ICAP

M. BOUKAKA Kaled, Responsable Suivi-évaluation, PNLS

M. Adolphe ONGOUI, Responsable Prévention, PNLS

Le Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville

Pr B.R. OSSIBI IBARA, Service des Maladies Infectieuses/CHUB

Le Conseil National de Lutte contre le Sida, les Infections sexuellement transmissibles et les épidémies

Dr Benjamin ATIPO, Directeur Exécutif

Joseph Axel NGATSE, Chef des programmes

Beaudry YSSALY, Responsable Suivi et évaluation

EQUIPE DE VALIDATION TECHNIQUE

GROUPE PREVENTION

Dr Hugues TRAORE, Coordonnateur de l'UGP- PNUD

M. Joseph Axel NGATSE, Chef des programmes, CNLSE

M. Ben NIANGA, Responsable Suivi et évaluation

M. Dagène EBOUROMBI, Analyste VIH, UGP-PNUD

Mme Fayole Marielle MALONGA, Responsable PTME, PNLS

Mme Hady BAZEBIMIO, Assistante Surveillance épidémiologique, PNLS

M. Arnold MANGANI, Point focal TB/VIH, DDSSSa

Dr Achille LANZY, Point focal TB/VIH, UNFPA

GROUPE TRAITEMENT

Dr Roth Cécile Laure MAPAPA MIAKASSISSA, Directrice du PNLS

Dr Pierre Jeysse POATHY, Pédiatre, CHU-B

M. Beaudry YSSALY, Responsable Communication, CNLSE

Dr Legrand BOUESSO-KITEMBO, Assistant PTME

Dr Mandey Allegra NZAMBILA, Responsable Prévention et Prise en charge, PNLS

Dr Valérie LAGO KOURAI, Consultante PTME, VIH pédiatrique et TB/VIH

M. Olsen-Jenaul GOMO-MILOLO, Responsible GAS, PNLS

Dr Lazarine Jessica VOUMBO MAVOUNGOU THATY, Pharmacienne, PNLS

GROUPE COMORBIDITES ET VIH AVANCE

Mme Jessica AYANDE, Responsable Prévention et Prise en charge, PNLT

Dr Stephen Archange MAYAMBI, Responsable TB/VIH, PNLS

Dr Adolphe MAFOUA, Directeur, CTA de Pointe-Noire

M. Steich BOUKAKA KALED, Responsable Suivi-évaluation, PNLS

Dr Edrène LIYOKO née MAMPOUYATH, HPM Specialist, PNUD

Mme Fleur Tulsie MAKOSSO GBESSOUVEGNI, Consultante, ICAP

Dr Tatia ADOUA, Médecin, CHU-B

GROUPE DE COORDINATION

Dr Lambert KITEMBO, UCPP

Dr Roth Cécile Laure MAPAPA MIAKASSISSA, Directrice du Programme National de Lutte contre le Sida et les IST(PNLS)

Dr Franck OKEMBA, Directeur du Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT)

REPRESENTANTS DES INSTITUTIONS PARTENAIRES

Table des matières

Terminologie 10

Chapitre 1 : Méthodologie 12

Chapitre 2 : Résumé des principales recommandations ..... **Error! Bookmark not defined.**

Chapitre 3 : Directives sur le dépistage et la prévention de l'infection à VIH..... **Error! Bookmark not defined.**

3.2. Utilisation des antirétroviraux pour la prévention de l'infection à VIH ..... **Error! Bookmark not defined.**

Chapitre 4 : Directives sur le traitement antirétroviral 22

4.1. Quand commencer le traitement antirétroviral ?..... 22

4.2. Schémas thérapeutiques de première ligne chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte 23

Prophylaxie des nouveau-nés..... **Error! Bookmark not defined.**

Le protocole prophylactique retenu par le groupe de travail est le suivant :..... **Error! Bookmark not defined.**

Tableau 5 : ..... **Error! Bookmark not defined.**

4.3. Suivi biologique et diagnostic d'un échec thérapeutique 24

4.4. Schémas thérapeutiques de 2ème et de 3ème lignes chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte ..... **Error! Bookmark not defined.**

Chapitre 5 : Directives sur la Prévention et la gestion des comorbidités .**Error! Bookmark not defined.**

5.1. Traitement préventif par le Cotrimoxazole..... **Error! Bookmark not defined.**

5.2. Prise en charge du stade avancé de l'infection à VIH chez l'adulte et l'adolescent ..... **Error! Bookmark not defined.**

Définition OMS ..... **Error! Bookmark not defined.**

..... **Error! Bookmark not defined.**

5.3. La Tuberculose..... **Error! Bookmark not defined.**

Mesures personnelles ..... **Error! Bookmark not defined.**

Il convient d'appliquer les mesures suivantes : ..... **Error! Bookmark not defined.**

5.4. La Cryptococcose..... **Error! Bookmark not defined.**

5.5. Toxoplasmose Cérébrale ..... **Error! Bookmark not defined.**

5.6. Les situations particulières..... **Error! Bookmark not defined.**

5.7. Hépatite B et C..... **Error! Bookmark not defined.**

5.8. Cancer du col de l'utérus..... **Error! Bookmark not defined.**

Chapitre 6 : Directives sur l'utilisation des services 43

6.1. La prise en charge différenciée 43

6.2. Continuum de soins et observance 45

6.3. La qualité des services. 46

6.4. Les ressources humaines et délégation des tâches 46

6.5. La génération de la demande 46

Liste des abréviations /Acronymes

3TC	Lamivudine
ABC	Abacavir
ALAT	Alanine Aminotransférase
ARV	Antirétroviraux
ASAT	ASPARTATE Aminotransférase
ATV/r	Atazanavir boosté au ritonavir
AZT	Zidovudine
BAAR	Bacilles Acido-Alcoolo-Résistants
CDT	Centre de Diagnostic et de Traitement de la tuberculose
CDV	Conseil et Dépistage du VIH
CPN	Consultation prénatale
CSS	Circonscription socio-sanitaire
CTX	Cotrimoxazole
CV	Charge virale plasmatique
DTG	Dolutegravir
DRV	Darunavir
DTG	Dolutegravir
EFV	Efavirenz
EVVIH	Enfant vivant avec le VIH
FOSA	Formations sanitaire
FTC	Emtricitabine
GERH	Goutte épaisse recherche d'hématozoaires
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes
INH	Isoniazide
INNTI	Inhibiteur Non Nucléosique de la Transcriptase Inverse
INTI	Inhibiteur Nucléosique de la Transcriptase Inverse

IRIS	Syndrome de restauration immunitaire
IST	Infections sexuellement transmissibles
LAM	Lipoarabinomannan
LPV/r	Lopinavir boosté au ritonavir
LNSP	Laboratoire National de Santé Publique
M1	Mois 1 de TAR
M6	Mois 6 de TAR
NVP	Névirapine
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PCR	Polymerase Chain Reaction
PEC	Prise en charge
PEP	Post-Exposure Prophylaxis
PHQ	Patient Health Questionnaire
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida et les IST
PrEP	Pre-exposure Prophylaxis
PTME	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
PS	Professionnelle du sexe
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
RAL	Raltegravir
RTV	Ritonavir
SNC	Système Nerveux Central
SRV	Sérologie Rétrovirale
TAF	Ténofovir Alafénamide Fumarate
TAR	Traitement antirétroviral
TB	Tuberculose
TDF	Ténofovir Disoproxil Fumarate
TDM	Tomodensitométrie
TDR	Test de diagnostic rapide

TPI	Traitement préventif par l'isoniazide
UV	Ultraviolet
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Terminologie

Adulte

C'est une personne âgée de 18 ans et plus selon les dispositions législatives du Congo. Selon l'OMS l'adulte est une personne âgée de plus de 19 ans.

Adolescent(e)

C'est une personne âgée entre 10 et 17 ans selon les dispositions législatives du Congo. Selon l'OMS l'adolescent est une personne âgée de 10 à 19 ans.

Enfant

C'est une personne âgée de moins de 15 ans. Selon l'OMS l'enfant est une personne âgée de moins de 10 ans.

Populations clés

Ce sont les personnes appartenant à l'un des groupes suivants :

- Populations particulièrement exposées : Hommes ayant des rapports sexuels avec les Hommes, professionnelles du sexe, population carcérale et autres personnes vivant en milieu fermé, usager de drogue par injection, les transsexuels;

Couples sérodiscordants

Ce sont les couples engagés dans une relation avec des rapports sexuels, dans lesquels l'un des partenaires est séropositif pour le VIH et l'autre est séronégatif.

Patient au stade avancé

Il s'agit de tout patient au stade 3 ou 4 de l'OMS et/ou ayant un compte de CD4 inférieur à 200cel/mm^3.

Introduction

Quarante ans après que les premiers cas de Sida aient été documentés, dans le monde, l'infection à VIH reste un problème majeur de santé publique de portée mondiale, qui a entraîné jusqu'ici plus de 40,1 millions de décès [33,6 à 48,6 millions].

Cependant, grâce à un meilleur accès à la prévention, au diagnostic, au traitement et à des soins efficaces, y compris pour les infections opportunistes, l'infection à VIH est devenue une pathologie chronique qui peut être prise en charge avec la possibilité de vivre longtemps et en bonne santé**.**

On estimait à 38,4 millions [33,9 à 43,8 millions] le nombre de personnes vivant avec le VIH à la fin de 2021, dont plus des deux tiers (25,6 millions) dans la Région africaine de l'OMS. En 2021, 650 000 personnes [510 000 à 860 000] sont mortes de causes liées au VIH et 1,5 million [1,1 à 2,0 millions] de personnes ont été infectées par le VIH.

Au Congo, la prévalence de l'infection à VIH est estimée à 3.8% 2022 (SPECTRUM) chez les personnes dont l'âge est compris entre 15 et 49 ans avec une féminisation de l'épidémie 4,1% chez les femmes et 2,6% chez les hommes. Le pays a adhéré aux engagements internationaux et s'attelle à atteindre les objectifs 95-95-95 afin de contribuer à l'élimination du VIH d'ici 2030. Ainsi, les lignes directrices sont régulièrement mises à jour à la lumière des progrès réalisés dans la prise en charge des PVVIH. C'est dans ce cadre que s'inscrit le présent exercice sur la base des recommandations OMS de juillet 2021.

En dépit des efforts fournis par le pays en termes d'organisation, de formation, et d'accès aux traitements ARV, de mobilisation communautaire, les résultats restent insuffisants: sur 130000 PVVIH estimés, seuls 30% connaissent leur statut sérologique.

Le pays poursuit sa phase de transition vers le Dolutegravir et les protocoles thérapeutiques ont été révisés par un groupe de travail sous le leadership du PNLS. La mise à jour des directives nationales s'inscrit donc dans une perspective d'intégration de la prise en charge des PVVIH dans les soins de santé primaire, d'amélioration de la qualité des services en termes de traitement des coïnfections, des comorbidités et VIH avancé. La prise en charge des PVVIH va s'appuyer sur les stratégies antérieures (tester- traiter, index testing, éducation thérapeutique, délégations de tâches) selon une approche de prestation différenciée (prise en charge et délivrance des médicaments).

Chapitre 1 : Méthodologie

Pour parvenir à la mise à jour de ces directives nationales, le PNLS a mis en place un groupe technique de travail constitué d'un consultant international et des acteurs nationaux. Tenant compte des recommandations de l'OMS de juillet 2O21 portant sur la prévention et la prise en charge de l'infection à VIH (ref), la révision des directives nationales d'août 2019 a été effectuée. Une proposition des nouvelles directives a été soumise au PNLS à cet effet.

Le document consolidé portant sur les nouvelles lignes directrices relatives à l'utilisation de médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH au Congo a fait l'objet d'une validation au cours d'un atelier avec l'appui des partenaires techniques et financiers.

Chapitre 2 : Résumé des principales recommandations

Dépistage du VIH	Le dépistage par autotest est recommandé chez tous les adultes désireux de connaitre leur statut sérologique en plus des stratégies déjà existantes.
Diagnostic du VIH chez le nourrisson exposé	Une première PCR (PCR1) est recommandée à 6 semaines de vie suivie d'une deuxième PCR (PCR2) à 9 mois. Quel que soit le mode d'allaitement une première sérologie(SRV1) sera recommandée entre 9 et 12 mois de vie. La troisième PCR (PCR3) sera réalisée en cas de SRV1 positive. Lorsque le nourrisson est à haut risque, la PCR doit être réalisée entre la naissance et le deuxième jour de vie.
Algorithme de dépistage	Utilisation de 3 tests rapides avant de rendre un résultat positif.
La prévention par les ARV	Introduction de la prophylaxie préexposition (PrEP) pour la prévention du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et chez les femmes vivant dans un couple sérodiscordant dans le cadre de la procréation.

Le traitement ARV	Le traitement ARV est recommandé chez toutes les personnes infectées par le VIH.
Le Dolutegravir	Un régime associant le Dolutegravir est recommandé en première intention chez l'adulte, l'adolescent, l'enfant et le nourrisson à partir de 3 kg débutant un traitement antirétroviral et en cas d'échec de traitement de 1ère ligne lorsque le régime précédent ne contenait pas du Dolutegravir.
La tuberculose	• Le système GeneXpert est recommandé en 1ère intention pour le diagnostic de la tuberculose chez les PVVIH. • Le test urinaire a été introduit pour les patients au stade avancé. • La chimio prophylaxie à base d'isoniazide et rifapentine ou rifampicine est recommandée chez les PVVIH sous TARV après élimination de la tuberculose évolutive.
Le Cotrimoxazole	Le Cotrimoxazole à vie est recommandé chez tous les PVVIH quel que soit la valeur des CD4.
La dépression	Le diagnostic est fait par le psychologue ou un prestataire formé à l'utilisation de l'outil PHQ9. La prise en charge à travers des psychothérapies ou accompagnements psychologiques est recommandée si dépression modérée. Pour les cas de dépression sévère, référer vers le psychiatre pour une prise en charge médicamenteuse.
Prise en charge différenciée	Cette PEC permet d'éliminer les obstacles à l'accès des soins et de réduire le temps d'attente des patients dans les FOSA par les actions suivantes : - Consultation des patients stables tous les 6 mois ; - Dispensation des ARV par les communautaires, si possible dans les postes de distributions (PODI) pour ces patients stables. - Prise en main plus soutenue des patients instables et/ou avec comorbidités par les équipes soignantes

Chapitre 3 : Directives sur le dépistage et la prévention de l'infection à VIH

3.1. Le dépistage du VIH

Le dépistage du VIH est une grande opportunité pour bénéficier des services de prévention, de traitement et de soutien. C'est également une porte d'entrée pour offrir des interventions dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive, de la prévention et du traitement des infections sexuellement transmissibles et de la tuberculose.

Le dépistage du VIH est un acte volontaire et doit se dérouler dans un contexte qui respecte la confidentialité, le consentement, le counseling, un résultat correct et une connexion vers un service de prise en charge (les 5 C). Dans ce présent document des directives nationales, le terme dépistage sous-entend le respect du principe des 5C.

Dans les centres de dépistage où cinq (5) cas de conseil prétest sont réalisés en moyenne par jour et par conseiller, cette activité peut se faire sous forme de sensibilisation de groupe et faire des entretiens prétest individuel par la suite pour recueillir toutes les informations nécessaires.

Le conseil post test doit se dérouler dans un environnement qui garantit la confidentialité et doit se faire de façon individuelle.

Tous les sites de dépistage doivent être inscrits dans une stratégie de contrôle qualité externe des résultats sous la supervision du Laboratoire National de Santé publique et du Programme National de Lutte contre le Sida et les IST.

3.1.1. Les sites de dépistage du VIH

Dépistage en milieu de soins

Le conseil et le dépistage à l'initiative du prestataire/soignant est recommandé à toute personne utilisant les services suivants :
- établissements de soins hospitaliers et ambulatoires ;
- services de prise en charge de la tuberculose ;
- services de santé périnatale (soins prénatals, accouchement et post-partum);
- services de santé destinés aux populations les plus exposées (professionnelles du sexe et leurs clients, consommateurs de drogues injectables, hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, population carcérale, refugiés et les migrants) ;
- services destinés aux enfants de moins de 15 ans (vaccination , consultation préscolaire, santé scolaire, service de nutrition, consultation post-natale consultations externes, hospitalisations…) ;
- services destinés aux adultes et adolescents de 15 ans et plus ;
- services de chirurgie ;

- services destinés à la prise en charge des infections sexuellement transmissibles ;
- services de planification familiale ;
- établissements spécifiques : Centre National de Transfusion Sanguine, Laboratoire National de Santé Publique.

Dépistage à base communautaire

Le dépistage à base communautaire offre une opportunité supplémentaire pour identifier les PVVIH qui ignoraient encore leur statut et les orienter vers les services de traitement et de soutien. Il permet aussi d'atteindre les personnes qui ne fréquentent pas les établissements de santé.

Le dépistage à base communautaire inclue les approches de conseil et de dépistage mobiles, le porte à porte, mais également à partir des cas index (PVVIH) ; lors des campagnes, sur le lieu de travail, en milieu scolaire, dans les organisations à base communautaire, dans les confessions religieuses (Eglises, mosquées …), etc. Ce dépistage fait appel à des conseillers spécialisés et des agents de santé communautaires ayant reçu une formation.
Ces agents de santé communautaires doivent travailler en étroite collaboration avec les formations sanitaires pour la confirmation des résultats et la prise en charge des personnes dépistées positives.

Dépistage par autotest

Selon l'OMS, « l'auto dépistage du VIH est un processus par lequel la personne prélève elle-même l'échantillon (fluide oral ou sang), effectue le test pour le VIH, puis interprète son résultat, souvent dans un cadre privé, seule ou avec une personne de confiance ».
. Ces types de tests nécessitent une confirmation dans un centre de dépistage en milieu de soins suivant l'algorithme national.

Le dépistage par le test à la salive est assez aisé d'utilisation et peut permettre d'atteindre certaines populations clés, les maris des femmes dépistées lors de la CPN et les personnes fortement stigmatisées. Une sensibilisation doit être faite à l'endroit des animateurs des points afin de passer un message approprié aux personnes désireuses de réaliser ces autotests.

3.1.2. Dépistage du VIH dans les populations spécifiques

Tableau 1 : Dépistage du VIH dans les populations spécifiques

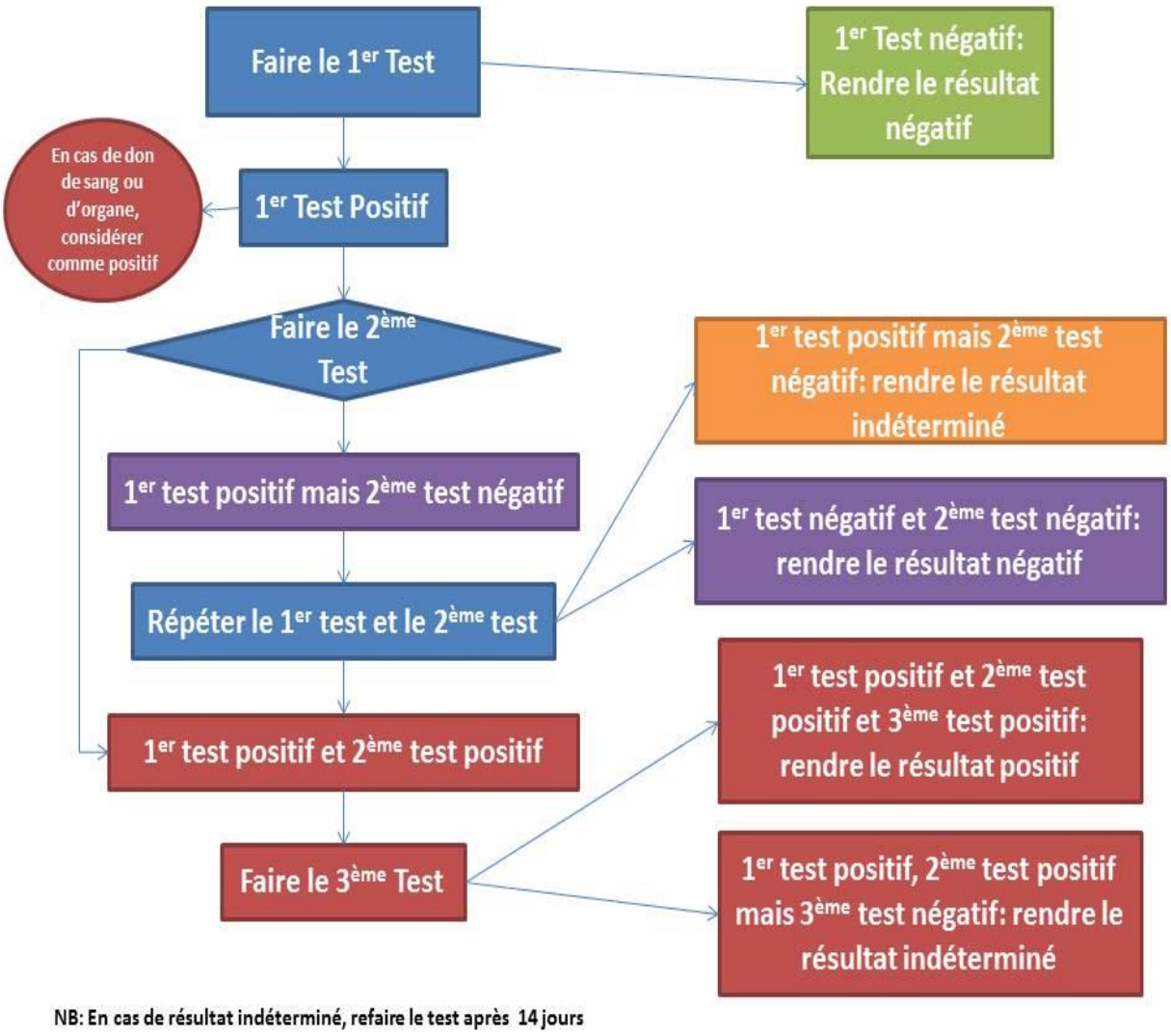
Scenario	Recommandations

Nourrisson<18 mois né de mère séropositive	• Tout nourrisson né de mère séropositive doit bénéficier d'une prophylaxie par les ARV dès la naissance et d'un test de diagnostic du VIH par la PCR1 à 6 semaines de vie ou dès que possible après 6 semaines de vie. Lorsque le risque de contamination est élevé, la PCR doit être réalisée entre 0 et 2 jours. • Une PCR2 est recommandée à 9 mois quel que soit le mode d'allaitement. • Un test sérologique de dépistage du VIH à 18 mois quel que soit le mode d'allaitement doit être demandé. • L'enfant sera considéré définitivement négatif après une sérologie négative à 18 mois ou au-delà. • En cas de résultat positif de la PCR1, un traitement antirétroviral doit être initié immédiatement et une PCR de confirmation doit être demandée. Le traitement ARV doit être initié chez le nourrisson sans attendre les résultats de la PCR de confirmation.
Nourrisson<18mois dont l'exposition au VIH n'est pas établie	• Un dépistage du VIH est recommandé chez la mère de tout nourrisson dont l'exposition au VIH n'est pas établie. En cas de séropositivité de la mère, suivre les recommandations pour un nourrisson né de mère séropositive. Un nourrisson dont l'exposition au VIH n'est pas établie et dont la mère n'est pas disponible ou est décédée doit bénéficier d'une PCR ou d'une sérologie rétrovirale pour établir son exposition au VIH ou non. En cas de séropositivité du nourrisson, suivre les recommandations pour un nourrisson né de mère séropositive.
Nourrisson <18mois présentant des signes évocateurs de l'infection par le VIH	Chez un nourrisson qui présente des signes ou symptômes évocateurs d'une infection à VIH, il est fortement recommandé de réaliser un test sérologique. Si le test est positif, mettre en route le traitement ARV et réaliser un test virologique.
Enfant et adolescent de 18 mois à 14 ans	• Tout enfant de 18 mois à 14 ans doit bénéficier d'un test de dépistage lorsqu'il fréquente un service de santé. Ce test de dépistage du VIH doit être réalisé sur consentement des parents ou tuteurs de l'enfant. • Tout enfant de 18 mois à 14 ans doit bénéficier d'un test de dépistage du VIH dans les 30 jours qui suivent la découverte de la séropositivité de la mère. Ce dépistage doit être réalisé sur consentement des parents ou tuteurs.
Adulte et adolescent à partir de 15ans	• Tout adulte et adolescent à partir de 15ans doit bénéficier d'un test de dépistage du VIH lorsqu'il fréquente un service de santé. En cas de sérologie négative, il est recommandé de répéter le test une fois par an quel que soit le niveau

	d'exposition antérieur. En cas de sérologie positive, ce dernier est considéré comme cas index. Le cas index doit être encouragé à partager son statut à ses partenaires sexuels et les inviter à se faire dépister. • Retesting chez les perdus de vue retrouvés
Femme enceinte et allaitante	• Toute femme enceinte doit bénéficier d'un dépistage du VIH lors du premier contact prénatal. Le résultat de ce dépistage doit être rendu le même jour. En cas de séropositivité, le traitement antirétroviral doit être initié sans attendre le bilan d'inclusion au traitement. • En cas de séronégativité, d'autres dépistages peuvent être proposés tous les 3 mois lors des futurs soins prénatals (SPN) et éventuellement en salle de travail. • Le dépistage chez la femme allaitante est recommandé au premier contact postnatal et trois mois après lorsqu'elle n'a pas bénéficié du dépistage au cours de la grossesse ou en salle de travail, ou lorsque le mari est séropositif. • Toute femme qui n'a pas été dépistée au VIH pendant la SPN doit être dépistée en salle d'accouchement ou en maternité.
Populations clés	• Le dépistage du VIH est recommandé chez toutes les populations clés reçues dans un service de santé. En cas de séronégativité, le dépistage doit être contrôlé tous les six mois. • Pour les PS allaitantes, contrôler tous les 3 mois.
Couple	• Un dépistage du VIH doit être proposé aux couples et aux partenaires dans tous les services de santé y compris les services de soins prénatals et post-natals avec un soutien pour le partage mutuel du statut par rapport au VIH.

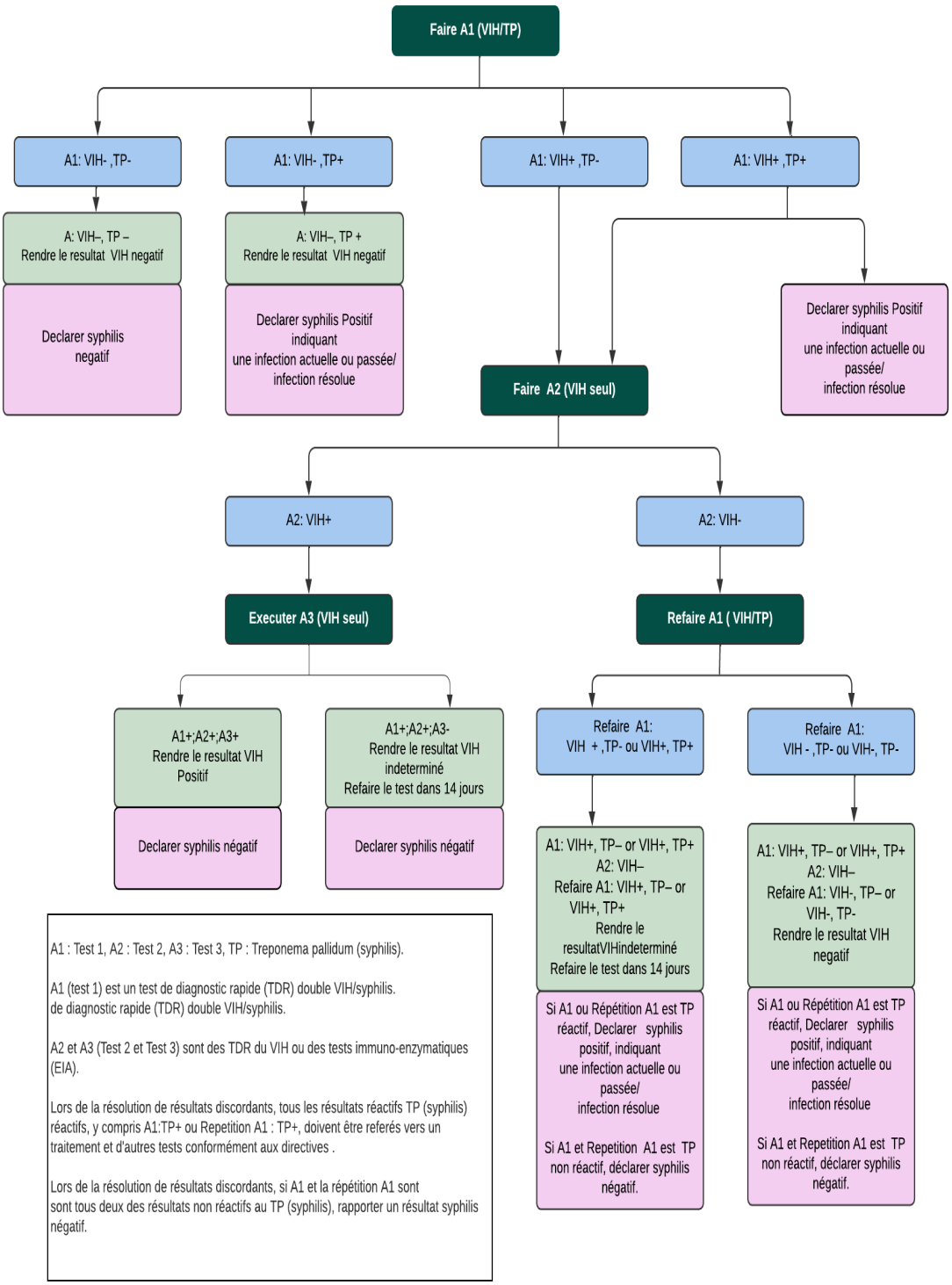
3.1.3. Algorithme de dépistage

Le dépistage du VIH doit obéir à la stratégie définie par l'OMS dans le contexte d'épidémie généralisée où la prévalence en population générale est inférieure à 5%. Le 1er test rapide de dépistage doit avoir une sensibilité de 100% et une spécificité supérieure à 98%. Le deuxième et le troisième test doivent avoir une spécificité supérieure au 1er test et une sensibilité supérieure à 99%. (ref)



N.B : Algorithme de dépistage chez la femme enceinte

Le dépistage de la femme enceinte se fait également en utilisant l'algorithme de dépistage à trois tests. Dans ce cas, pour accélérer la triple élimination (infection à VIH, Syphilis, Hépatite B), le 1er test est un test duo, dans lequel le VIH et la syphilis sont combinés.



3.2. Utilisation des antirétroviraux pour la prévention de l'infection à VIH

3.2.1. La prophylaxie préexposition (PrEP)

La combinaison associant TDF+FTC est recommandée chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes dont la séronégativité au VIH a été confirmée par un test de dépistage selon l'algorithme national.
Cette approche vient en complément des approches de prévention déjà existantes en particulier l'usage régulier et correct du préservatif. Le contrôle du dépistage doit obéir aux recommandations citées plus haut pour les populations clés à savoir un test de dépistage tous les 6 mois.
La PrEP est également une bonne approche pour permettre aux femmes vivant en couple sérodiscordant où l'homme est séropositif afin de les protéger contre une transmission du VIH lors de la conception ; les méthodes d'assistance médicale à la procréation avec lavage de sperme n'étant pas accessibles. Cette PrEP ne doit en aucun cas excéder une période de 6 mois et est recommandée uniquement lorsque l'homme est en charge virale inférieure à 50 copies/ml confirmée par deux tests consécutifs espacés de 6 mois. Et uniquement dans un couple fertile.

En raison d'un risque résiduel de transmission du VIH en cas d'échappement thérapeutique chez un PVVIH jusque-là en charge virale indétectable, les rapports sexuels non protégés dans un couple sérodiscordant n'est recommandé que dans le cadre de la PrEP (la personne séronégative doit être sous prophylaxie ARV).

Tous les partenaires séronégatifs dans un couple sérodiscordant ainsi que les PS peuvent également bénéficier de la PrEP.

3.2.2. La prophylaxie post-exposition (PEP)

Une prophylaxie par les ARV est recommandée aux victimes d'un accident exposant au sang en milieu professionnel et aux survivants d'agression sexuelle dans les 72 heures suivant l'exposition. Les victimes et les personnes sources doivent bénéficier d'un dépistage du VIH aussitôt que possible sans que cela ne dépasse les 7 jours suivant l'exposition. Elle consiste à administrer des ARV en prophylaxie aux victimes d'agression : Une trithérapie avec TDF+FTC+DTG pour l'adulte et l'adolescent de plus de 10 ans.

AZT+3TC+ DTG chez l'enfant de moins de 10 ans.
DTG peut être remplacé par LPV/R et vice versa en fonction de la disponibilité des molécules chez l'enfant comme chez l'adolescent et l'adulte.

Une bithérapie peut être initiée en cas de non disponibilité des ARV. La prophylaxie doit être stoppée si la personne source est séronégative ou si la victime est séropositive.

La PEP n'est pas recommandée en cas d'exposition sexuelle sauf dans le cas d'agression sexuelle ou lorsque la personne source est connue ou a été dépistée séropositive.

Prophylaxie des nouveau-nés

Le guide de prise en charge pédiatrique des enfants infectés par le VIH recommande soit :

- [**AZT-3TC] x 2/jour + NVP x 1/jour**

Les Normes et procédures de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (2020) recommandent :

- **AZT-3TC + NVP**

- NVP

Nourrissons à bas risque de transmission du VIH	Nourrissons à haut risque de transmission du VIH	Posologie
NVP pendant 6 semaines quel que soit le mode d'allaitement.	NVP + AZT-3TC pendant 6 semaines quel que soit le mode d'allaitement.	NVP comprimé $_{50mg}$ dispersible : ½ cp /j AZT-3TC $_{60/30mg}$: ¼ cp x 2/j
	NVP seule pendant 6 semaines supplémentaires (jusqu'à S12) quelque soit le mode d'allaitement.	NVP comprimé $_{50mg}$ dispersible : ½ cp /j

La notion de nourrisson à haut risque ou à bas risque de transmission du VIH a été définie par l'OMS et reprise dans les directives nationales de dépistage et de prévention du VIH du Congo.

Nourrissons à haut risque :

- Nourrissons nés de mères séropositives et qui ont reçues moins de 4 semaines de TAR au moment de l'accouchement ;
- Nourrissons nés de mères séropositives avec une CV supérieure à 1000 copies/ml dans les 4 semaines précédant l'accouchement ;
- Nourrissons nés de mères infectées par le VIH pendant la grossesse et l'accouchement ;
- Nourrissons nés de mères identifiées pour la première fois infectées par le VIH pendant la période post-partum avec ou sans test VIH négatif avant la naissance.

Chapitre 4 : Directives sur le traitement antirétroviral

Le terme « **traitement antirétroviral ou TARV** » exprime l'utilisation de trois molécules ou plus d'au moins deux classes différentes dans le but d'obtenir une suppression de la charge virale. Le TARV présente un avantage pour améliorer la qualité de vie des PVVIH et constitue un moyen de prévention de la transmission du VIH au sein de la communauté.

Les combinaisons à dose fixe et avec posologie d'une prise par jour sont à privilégier, dans la mesure du possible, pour le traitement antirétroviral.

Les sous-chapitres décrits sont les suivants :

- Quand commencer un traitement antirétroviral ?
- Par quel traitement antirétroviral commencer ?
- Quel bilan de suivi effectuer ?
- Quel traitement antirétroviral de deuxième et de troisième intention proposer ?

4.1. Quand commencer le traitement antirétroviral ?

Le bénéfice du traitement antirétroviral rapide a été établi chez toute personne séropositive y compris dans le cadre de la prévention du VIH dans la communauté.

L'initiation rapide du traitement antirétroviral sera proposée à toutes les personnes vivant avec le VIH après une confirmation du diagnostic et une évaluation clinique. L'initiation du traitement antirétroviral sera proposée le même jour aux personnes qui sont prêtes à commencer.

4.1.1 Mise en route du traitement ARV

Evaluation clinique : examen clinique du patient, identification des infections opportunistes et stadification du patient.

Bilan standard : NFS, transaminases, créatininémie, glycémie, antigène Hbs, anticorps anti HVC, CD4, radiographie du thorax.

En cas de non disponibilité des tests, le bilan minimal devra comporter : **NFS, créatininémie, transaminases.**

L'initiation rapide est définie par un délai de sept (7) jours au plus à compter du diagnostic du VIH. (Cf. tableau 1)

En cas d'insuffisance rénale (clairance inférieure à 50ml/min), il est déconseillé d'initier le traitement à base de TDF.

Il est également souhaitable d'obtenir la numération des CD4 avant l'initiation du traitement pour savoir si le sujet est au **stade avancé** de la maladie et ainsi bénéficier des interventions spécifiques.

Tableau 1 : Délais entre le diagnostic et l'initiation du traitement

Profil du patient	Délais pour initier le traitement ARV
Enfant de moins de 5ans	• Démarrer le traitement aussitôt après le diagnostic, sauf en cas de présence de signes et de symptômes de méningite.
Femme enceinte et allaitante	• Démarrer le traitement aussitôt après le diagnostic, l'adhérence au traitement et le bilan pré thérapeutique minimal.
Patient co-infecté par la tuberculose	• Le traitement antituberculeux doit être instauré en premier, suivi d'un traitement antirétroviral dès que possible au cours des deux premières semaines de traitement, quelques soit le nombre de cellules CD4.
Patient vu au stade avancé de l'infection à VIH	• Initiation rapide du traitement ARV en tenant compte des infections opportunistes.
Enfants de plus de 5 ans, adolescents et adultes	• Initiation rapide du traitement ARV.

Dans les situations suivantes, le patient doit être référé vers les spécialistes :

- Hépatite fulminante ;
- Insuffisance rénale aigue ;
- Pathologies malignes sévères ;
- Cryptococcoses évolutives ;
- Troubles psychiatriques sévères.

4.2. Par quel traitement antirétroviral commencer ?

4.2.1. Schémas thérapeutiques de première ligne

Tableau 2 : Schémas thérapeutiques de 1ère ligne.

Population	Schéma préféré L1	Schéma alternatif L1	Circonstances spéciales
Nouveau-né	AZT-3TC + RAL		
Enfants	ABC-3TC + DTG	ABC-3TC + RAL[(a)]	AZT-3TC + DTG[(b)]
Adolescents et adultes	TDF-3TC-DTG	TDF-3TC-EFV_{400mg}[(c)]	ABC-3TC + DTG[(d)]

(a) pour les enfants présentant une intolérance au DTG

(b) pour les enfants présentant une suspicion d'allergie à ABC

(c) pour les patients présentant une intolérance au DTG

(d) pour les patients présentant une diminution du début de filtration glomérulaire (insuffisance rénale)

4.3. Suivi biologique

Tableau 3 : **Suivi biologique 1ère ligne**

Bilan	M0	M1	M3	M6	M12	Tous les 12mois	Femme enceinte
NFS	XX		X	X	X	X	
Créatininémie Transaminases	XX	X	XXX	XX	XXX	XXX	
Ag HBs Ac anti HVC	X						X
Syphilis							XXX 1er contact
Glycémie	X				X		
CD4	XX						
Lipides (CT, TG)					XX		
Charge virale				XX	XXX	XXX	XX 8ème mois de grossesse et 6ème mois d'allaitement
Test de résistances							
x Souhaitable		**xx Nécessaire**			**xxx Indispensable**		

L'efficacité du traitement ARV sera déterminée par le maintien d'une charge virale <50copies/ml. Il est nécessaire de suivre le traitement durant au moins six mois sans interruption avant d'évoquer les cas d'échec.

4.4. Echec thérapeutique

La charge virale est recommandée comme approche de surveillance privilégiée pour diagnostiquer et confirmer l'échec du traitement ARV.

L'échec thérapeutique est défini comme la persistance d'une charge virale supérieure à 1000 copies/ml malgré la correction des problèmes d'observance chez un patient traité depuis au moins 12 mois.

En l'absence de la charge virale, l'échec de traitement pourrait être considéré dans les situations suivantes :

- Compte de CD4 inférieur à 200 cel/mm3 après 24 mois de traitement.
- Evénement clinique nouveau ou récurrent indiquant une immunodéficience sévère (stade 4 OMS) après 6 mois de TAR.

4.4. Schémas thérapeutiques de 2ème et de 3ème lignes

Le passage aux schémas thérapeutiques de 2ème et 3ème lignes est fonction sur le schéma thérapeutique de 1ère ligne.

Tableau 4: Schémas thérapeutiques de 2ème et 3ème lignes

Population	1ère ligne	2ème ligne	3ème ligne
Enfants	ABC-3TC + DTG AZT-3TC + DTG	AZT ou ABC) -3TC + DRV/r	(AZT ou ABC) -3TC + DTG(d)
	ABC-3TC + LPV/r	(AZT ou ABC) -3TC + DTG(d)	(AZT ou ABC) -3TC + DRV/r
	AZT-3TC + LPV/r		

			Génotypage recommandé
Adolescents et adultes	TDF-3TC + EFV ABC-3TC + EFV	**TDF-3TC-DTG[a]** **AZT-3TC-DTG**	**TDF ou AZT[b]+3TC[c] + DRV/r[f] +/- DTG[e]**
	AZT-3TC + EFV TDF-3TC + DTG TAF-3TC-DTG (en cas d'insuffisance rénale)	**TDF-3TC-DTG** **TDF+3TC + ATV/r**	**AZT ou TDF+3TC+ DRV/r[f] +/- DTG[e]** **TDF ou AZT[b]+3TC + DRV/r[f]**
	ABC-3TC + DTG AZT-3TC + DTG	**AZT+3TC + ATV/r** **TDF+3TC + ATV/r**	**AZT ou TDF+3TC[c] + DRV/r[f] +/- DTG[e]**

(a) TDF maintenu en première intention

(b) Les critères pour choisir entre TDF ou AZT seront précisés dans le guide de prise en charge (comorbidité, historique thérapeutique, …)

(c) Le maintien du TDF est le plus logique après ATCD d'échec sous AZT

(d) ABC maintenu en association à DTG, par extrapolation des résultats de l'étude NADIA.

(e) après échec sous DTG, le DTG peut être envisagé à la posologie de 50mg x 2/jour dans certaines conditions

(f) DRV/r en une prise par jour (800mg) si patient jamais exposé aux antiprotéases

(g) DRV/r en deux prises par jour si patient antérieurement en échec sous une autre antiprotéase

(h) concerne les enfants actuellement sous LPV/r qui seront basculés sous DTG dans le cadre de la transition

Il est recommandé de demander un bilan de suivi biologique avant le changement de schéma thérapeutique pour les 2ème et 3ème lignes. (Tableau 5)

Tableau 5 : Suivi biologique 2ème et 3ème lignes.

Bilan	Avant Passage en 2ème ligne	Avant Passage en 3ème ligne
NFS	XXX	XXX
Créatininémie	XXX	XXX
Transaminases	XXX	XXX
Glycémie	XXX	XXX

CD4	X	X
Lipides (CT, TG)	X	X
Charge virale	XXX	XXX
Test de résistances		XXX
x Souhaitable	**xx Nécessaire**	**xxx Indispensable**

Chapitre 5 : Directives sur la Prévention et la gestion des

Les coïnfections et comorbidités sont couramment rencontrées au cours de l'infection par le VIH. Leur répercussion et leur prise en charge interfèrent souvent avec le traitement de l'infection à VIH.

Ce chapitre présente les directives sur:

- Le traitement préventif par le Cotrimoxazole
- La Prise en charge du stade avancé de l'infection à VIH
- La tuberculose
- La cryptococcose
- La toxoplasmose cérébrale
- Les hépatites (B et C)
- Le cancer du col de l'utérus
- Les situations particulières

5.1. Traitement préventif par le Cotrimoxazole

Le traitement préventif par le Cotrimoxazole (CTX) couvre la pneumopathie à *Pneumocystis jirovecii*, la toxoplasmose, Cyclosporose, Isosporose et les infections bactériennes. Elle a aussi un avantage sur la prophylaxie du paludisme.
La prophylaxie par le Cotrimoxazole est recommandée chez tous les PVVIH quel que soit le stade clinique et la valeur des CD4. Cette prophylaxie doit être poursuivie sans interruption à vie au même titre que le traitement ARV, sauf contre-indications. Chez le nourrisson né de mère séropositive, cette prophylaxie sera débutée à 6 semaines de vie et interrompue à 12 mois de vie quel que soit le mode d'allaitement.

N.B :

- ***La prophylaxie au cotrimoxazole peut être interrompue chez les adultes (y compris les femmes) avec le VIH qui sont cliniquement stables sous TAR, avec des preuves de récupération et suppression virale (recommandation conditionnelle, faible certitude de preuve).***

- **Chez la femme enceinte le Cotrimoxazole est prescrit à partir de 20 semaines d'aménorrhée.**

5.2. Prise en charge du stade avancé de l'infection à VIH chez l'adulte et l'adolescent

Définition OMS

Le stade avancé de l'infection à VIH est défini comme :

- Une numération des CD4 <200 cellules / mm3 ou une manifestation caractéristique d'un stade III ou IV de l'OMS pour les adultes, les adolescents et les enfants de plus de cinq (5) ans.
- Tous les enfants de moins de cinq (5) ans infectés par le VIH sont considérés comme ayant une maladie à VIH avancée.

Un ensemble d'interventions comportant le dépistage, le traitement et/ou la prophylaxie des principales infections opportunistes, l'initiation rapide aux antirétroviraux et un soutien intensifié à l'observance du traitement doit être proposé à toute personne se présentant à un stade avancé de la maladie.

Lorsque les CD4 sont inférieurs à 100cel/mm^3 :

Faire bénéficier au patient d'un dépistage de l'antigène Cryptococcique et éventuellement d'un traitement présomptif au Fluconazole en cas d'antigène Cryptococcique positif.

Faire le diagnostic de la tuberculose par le test urinaire LF-LAM et par GeneXpert MTB/RIF en présence d'au moins deux des signes et symptômes suivants : toux quel que soit la durée, fièvre intermittente ou constante, sueur nocturne, hémoglobine inférieur à 8,5g/dl.

La prophylaxie associant la rifampicine+isoniazide ou la rifapentine+isoniazide ou l'isoniazide seul est recommandée chez toutes personnes vivant avec le VIH lorsque l'hypothèse d'une tuberculose évolutive a été écartée.

Le traitement préventif antituberculeux peut être initié par un médecin ou un prestataire formé dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH évoluant dans un environnement où le diagnostic de la tuberculose n'est pas possible.

Tableau 4 : Interventions liées à la prise en charge du VIH avancé

Domaines	Numération CD4	Interventions	Adultes et Adolescents
Dépistage et diagnostic	Quel que soit le résultat	Xpert MTB/RIF sur les expectorations comme premier test de diagnostic de la tuberculose chez les patients symptomatiques	OUI
	≤100 cellules/mm3 ou quel que soit le résultat si gravement malade	Test urinaire « LF-LAM » pour le diagnostic de la tuberculose chez les patients présentant des signes et symptômes de cette maladie	OUI
	≤ 100 cellules/mm3	Dépistage de l'antigène cryptococcique (CrAg)	OUI
Prophylaxie et traitement présomptif	Quel que soit le résultat des CD4	Prophylaxie au Cotrimoxazole §	OUI
	Quel que soit le résultat	Traitement antituberculeux	OUI
	< 100 cellules/mm3	Traitement présomptif au fluconazole pour les patients positifs au CrAg sans méningite apparente	OUI
	Quel que soit le résultat	Initiation rapide du TAR	OUI
Initiation du TAR	Quel que soit le résultat	Différer la mise en route du TAR si les signes et/ou symptômes cliniques sont évocateurs d'une tuberculose ou d'une méningite à cryptocoque	OUI
Soutien adapté à l'observance	< 200 cellules/mm3	Des conseils personnalisés pour assurer une adhésion optimale pour faire avancer le paquet de soins de la maladie, y compris en milieu communautaire si les visites à domicile sont faisables	OUI

Tableau 5 : Interventions liées à la prise en charge du VIH avancé chez l'enfant

Domaines	Numération CD4	Interventions	Enfants
Dépistage et diagnostic	Quel que soit le résultat	Xpert MTB/RIF sur les expectorations comme premier test de diagnostic de la tuberculose chez les patients symptomatiques	OUI
	≤100 cellules/mm3 ou quel que soit le résultat si gravement malade	Test urinaire « LF-LAM » pour le diagnostic de la tuberculose chez les patients présentant des signes et symptômes de cette maladie	OUI Données disponibles limitées pour les enfants
	≤ 100 cellules/mm	Dépistage de l'antigène cryptococcique (CrAg)	NON
Prophylaxie et traitement présomptif	Quel que soit le résultat des CD4	Prophylaxie au Cotrimoxazole	OUI La priorité sera donnée à : - Tous les enfants de moins de cinq (5) ans quels que soient la numération des CD4 ou le stade clinique, - les enfants présentant un stade clinique sévère ou avancé de la maladie à VIH (stade clinique III ou IV selon la classification de l'OMS et/ou ceux ayant une numération des CD4 ≤350 cellules/mm3).
	Quel que soit le résultat	Traitement antituberculeux	OUI Pour les enfants âgés <12 mois avec

			antécédents de contacts avec des cas de tuberculose et la mise en évidence d'une tuberculose évolutive.
		Traitement antituberculeux préventif (TPT)	OUI - Pour les enfants âgés <12 mois avec antécédents de contacts et l'absence d'une tuberculose évolutive - Pour tous les enfants âgés de plus de 12 mois vivant avec le VIH.
	Quel que soit le résultat	Initiation rapide du TAR	OUI
Initiation du TAR	Quel que soit le résultat	Différer la mise en route du TAR si les signes et ou symptômes cliniques sont évocateurs d'une tuberculose ou d'une méningite à cryptocoque	OUI
Soutien adapté à l'observance	< 200 cellules/mm3	Des conseils personnalisés pour assurer une adhésion optimale pour faire avancer le paquet de soins de la maladie, y compris à domicile visites si faisable	OUI

5.3. La Tuberculose

La tuberculose est l'infection opportuniste la plus fréquente chez les PVVIH. C'est également l'une des principales causes de décès.

Tout patient présentant une toux, une fièvre, un amaigrissement, une sueur nocturne doit être évaluée sur son risque de développer une tuberculose et ainsi bénéficier d'un diagnostic ou des mesures préventives.
Lorsque le diagnostic par GeneXpert MTB/RIF est disponible, cette méthode doit être utilisée en 1ère intention pour diagnostiquer la tuberculose chez toute personne vivant avec le VIH présentant des signes ou symptômes évocateurs ; les autres outils tels que la microscopie et la Rx seront utilisées selon l'algorithme déjà mis en place. **Le test urinaire par LF-LAM pourrait être utilisé en complément de GeneXpert MTB/RIF chez les patients avec CD4 inférieur à 100cel/mm^3.**

5.3.1 Interventions visant à réduire la charge de la TB chez les PVVIH

La tuberculose est la première infection opportuniste la plus meurtrière chez les PVVIH. Il est donc recommandé de :

- **Rechercher activement la TB chez tout patient infecté par le VIH :**
    - **Faire un screening clinique simple afin de rechercher une présomption de la TB (la toux, les sueurs nocturnes, la fièvre accompagnée ou non de sueurs, l'amaigrissement) ;**
    - **Lorsque la présomption est faite avec tous ces éléments, les deux programmes demandent au service de PEC d'organiser l'accès des patients au diagnostic de la TB soit sur place soit par un transfert bien organisé vers le CDT le plus proche.**

- **Diagnostiquer rapidement la TB**

Tout PVVIH présentant une présomption de tuberculose doit bénéficier du GeneXpert mais les autres moyens de diagnostic tels que la microscopie et la Rx seront utilisés selon la démarche diagnostique mis en place par le PNLT.

- **Traiter le patient pour la tuberculose**

Devant un cas de coinfection VIH+/TB cliniquement diagnostiqué ou par examen biologique, le personnel de santé appliquera les définitions des cas pour les mettre

sous un régime thérapeutique approprié selon les directives nationales de PEC de la TB sensible/pharmaco-résistante.

Le traitement de la TB chez le patient séropositif n'est pas différent de celui du patient séronégatif.

5.3.2 Régimes thérapeutiques

Les régimes de traitement TB sont en fonction de la présence ou non de la résistance aux antituberculeux.

Tableau 5 : Régimes thérapeutiques pour la tuberculose

Régime de traitement pour les nouveaux cas de TB sensible	
Le traitement des nouveaux cas de TB dure 6 mois avec 2 mois de phase intensive comportant 4 médicaments (RHZE) suivi de 4 mois de phase de continuation comportant 2 médicaments (RH). Tous les médicaments sont en association à dose fixe.	2RHZE/4RH(Adultes) 2RHZ+E/4RH (enfants)
Pour le traitement de la tuberculose pharmaco-résistante, confère guide de prise en charge de la tuberculose.	

NB : Pour les cas de tuberculose extra-pulmonaire osseuse et méningée la durée du traitement sera de douze (12) mois : 2RHZE/10RH chez l'adulte, et 2RHZ+E/10RH et chez les enfants.

5.3.3 Contrôle de l'infection TB

Au-delà du traitement antituberculeux institué chez les PVVIH, il convient de veiller au contrôle de l'infection TB afin de limiter la propagation de la tuberculose au sein de cette population immunodéprimée**.**

- **Traitement Préventif de la Tuberculose (TPT)**

Le traitement préventif de la tuberculose (TPT) est une intervention qui prévient l'évolution d'une tuberculose latente vers une tuberculose active chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH). Ce traitement doit s'inscrire dans l'ensemble des soins prévus pour les PVVIH.

Avantages du TPT

- La diminution du risque d'un premier épisode de TB (chez le sujet exposé à l'infection ou ayant une infection latente) ou d'une récidive de la maladie (chez le sujet ayant déjà souffert de la tuberculose) ;
- Le TPT empêche le développement de la TB dans 60 à 70% des cas chez les PVVIH ;
- Le risque individuel de développer la TB est réduit de 70 à 90% chez les patients sous ARV ;
- La rechute est réduite de 50% ;
- L'Administration ensemble des ARV et Anti TB (HP ou INH et RH ou INH), réduit l'incidence de la TB de 50-80%.

Indications du TPT

- Le TPT doit être prescrit chez toute PVVIH après exclusion d'une TB active en s'assurant d'un contrôle et un suivi appropriés.

Il est recommandé de nouveaux schémas plus courts de traitement préventif, en plus du schéma classique reposant sur l'administration quotidienne d'isoniazide pendant 6 mois.

Ces options thérapeutiques sont : l'administration quotidienne de rifapentine et d'isoniazide pendant 1 mois, l'administration quotidienne de rifampicine et d'isoniazide pendant 3 mois, et l'administration hebdomadaire de rifapentine et d'isoniazide pendant 3 mois.

Les indications diffèrent selon qu'il s'agisse de l'adulte, l'adolescent et l'enfant.

Tableau 6 : Traitement préventif de la tuberculose selon le protocole national de la prise en charge de la coinfection TB/VIH

Schéma thérapeutique	Dose par Kg de poids corporel	Dose maximale
Isoniazide seul, une fois par jour pendant 6 à 9mois	**Adultes** 5 mg **Enfants** 10 mg (Plage 7 à 15mg)	**300mg**
Association Isoniazide rifampicine une fois par jour pendant 3 mois	**Isoniazide** Adultes 5 mg Enfants 10 mg (Plage 7 à 15mg) **Rifampicine** Adultes 10 mg Enfants 15 mg (Plage 10 à 20mg)	**Isoniazide 300** **Rifampicine 600**
Association Rifapentine - Isoniazide une fois par semaine pendant 3 mois (12 doses)	**Isoniazide** Personnes âgées de plus de 12 ans : 15 mg	**Isoniazide 900** **Rifapentine 900**

	Personnes âgées de 2 à 11 ans : 25 mg **Rifapentine** 10 à 14 Kg : 300 mg 14,1 à 25kg : 450mg 25,1 à32kg : 600mg 321 à 50 : 750 50 kg : 900mg	

5.4. La Cryptococcose

La cryptococcose neuroméningée est une infection opportuniste classant au stade Sida (CD4 < 100/mm^3). Elle est fréquente puisque 80% de la population mondiale ont des anticorps anti cryptocoques mais c'est l'immunodéprimé qui paie la plus lourde tribu. Sa létalité dépasse 50% dans presque tous les pays d'Afrique sub-saharienne (74% en 2017 et 54,4% en 2020 au Congo).

La recherche de l'antigène cryptococcique dans le liquide cérébro-spinal ou à défaut dans le sérum est recommandée en 1ère intention pour le diagnostic de la cryptococcose neuroméningée.

L'examen à l'encre de chine ou la culture sur milieu de sabouraud du liquide cérébro-spinal peut également être réalisé.

Il existe des tests de diagnostic rapide à partir des urines (utile pour le terrain ++)

Le traitement curatif comporte 3 volets : attaque, continuation puis entretien

- Phase d'attaque : Ambisone+ Ancotil (ou Fluconazole + Ancotil) pendant 15 jours
- Phase de consolidation : Fluconazole (400–800 mg par jour chez l'adulte ou 6–12 mg/kg par jour chez l'enfant et l'adolescent jusqu'à un maximum de 800 mg par jour) est recommandé pour la phase de consolidation (pendant 6-8 semaines après la phase d'induction).
- Phase d'entretien (ou prophylaxie secondaire) : fluconazole 200-400 mg par jour à vie pour les adultes ou 6 mg/kg par jour pour les adolescents et les enfants (arrêt si suppression virale).

Molécules	Présentation	Posologie	Voie/durée	Effets secondaires

Amphotéricine B liposomale (Ambisome)	Amp 50 mg	3 mg/kg/j	IV/ 15 jours	Toxicité rénale
Amphotéricine B désoxychocolate (Fungizone)	Amp 50 mg	0,7 à 1mg/kg/j	IV/ 15jours	
Flucytosine (Ancotil)	Cp de 500 mg	100mg/kg	PO/15 jours	
Fluconazole	Amp/gel de 100, 200, 400 mg	800-2000 mg/j	IV/ PO	

Conduite pratique
Induction le schéma préférentiel est : **• Pour les adultes, les adolescents et les enfants, un schéma avec l'amphotéricine B désoxycholate (1 mg/kg par jour) et la flucytosine (100 mg/kg par jour, répartis en quatre prises) pendant deux semaines est l'option privilégiée pour le traitement de la méningite cryptococcique chez les personnes vivant avec le VIH (recommandation forte, données probantes de certitude modérée pour les adultes).** **Les options alternatives sont :** **• Deux semaines de fluconazole (1200 mg par jour, 12 mg/kg par jour pour les enfants et les adolescents) + flucytosine (100 mg/kg par jour, répartis en quatre prises par jour) (39)(recommandation forte, données probantes de certitude modérée).** **• Deux semaines d'amphotéricine B désoxycholate (1mg/kg par jour) +** **Fluconazole (1200 mg par jour, 12 mg/kg par jour pour les enfants et les adolescents jusqu'à un maximum de 800 mg par jour)**

5.5. Toxoplasmose Cérébrale

Il s'agit de la première infection opportuniste du système nerveux central (15 à 30% des sujets VIH+ en zone tropicale) et classant au stade Sida (CD4 < 200/mm^3).

La toxoplasmose est transmise principalement par voie digestive, elle est avant tout une maladie du péril fécal. Sa survenue tardive (CD4 inf. à 200/mm$^{3)}$: correspond à la réactivation (du fait du déficit immunitaire) de kystes endogènes latents disséminés dans l'encéphale.

La présence d'un syndrome déficitaire d'installation progressive, associé à des céphalées ou fièvre persistante, des troubles du comportement (triade de Bergman), doit faire évoquer une toxoplasmose et débuter le traitement spécifique immédiatement.

- Le Scanner cérébral lorsqu'il est réalisé objective une image d'abcès en cocarde pour confirmer le diagnostic ;
- Si l'on se trouve dans un centre où la TDM n'est pas disponible, une présomption clinique et une sérologie positive suffisent pour débuter le traitement.

Note : tout abcès cérébral chez un patient immunodéprimé par le VIH est une toxoplasmose cérébrale jusqu'à preuve du contraire et doit faire débuter le traitement.

Le traitement de 1ère intention doit associer Sulfadiazine et Pyrimethamine et l'acide folinique. En l'absence de ce protocole, utiliser le cotrimoxazole à forte dose.

Le traitement curatif comporte 2 volets :

Phase d'attaque : 6-8 semaines (Pyriméthamine+Sulfadiazine+acide folinique) ou Cotrimoxazole.

Phase d'entretien : à Vie jusqu'à restauration immunitaire

Traitement d'attaque :

1ère intention : Association Sulfadiazine-Pyrimethamine

Sulfadiazine : 100mg/kg/J (4-6g/j) en 3-4 prises orales

Pyriméthamine : 100mg/J en prise orale J1 puis 1mg/kg/j soit (50-75mg/j chez l'adulte

Acide folinique : Comprimé de 5mg (2cp/j)

2ème intention :

- **Cotrimoxazole : chez l'adulte 2 comprimés de 960mg x 3/j**
  Chez l'enfant (80 à 100 mg/kg/J)

Ou

- **Sulfadoxine-pyriméthamine 400/20 mg (2amp X 2 J1**
  1ampX2 J2-J5)

ou

- **Pyriméthamine 50mg/j en une prise chez l'adulte + Clindamycine 40mg/kgJ (1,6-2,4g/j) PO**

Durée du traitement : 6 à 8 semaines.

Traitement d'entretien

Association Sulfadiazine – Pyrimethamine

- **Cotrimoxazole : 960mg/J chez l'adulte**
  Chez l'enfant 20mg/kg par jour
-

OU

- **Pyriméthamine (25mg en 1 prise orale par jour ou 1cp à 50mg/2jrs**

Plus

- **Sulfadiazine 2g/j en 2 prises orales**

5.6. Hépatite B et C

Les patients nouvellement dépistés doivent bénéficier dans la mesure du possible d'une recherche de l'hépatite B et C à travers des examens de laboratoire.

En raison des facteurs de transmission communs la coïnfection VIH-VHB et VHC est fréquente et **doit être systématiquement recherchée chez les personnes nouvellement dépistées puis de façon annuelle chez les personnes initialement séronégatives au VHB et VHC**. En cas de confirmation de la coïnfection la prise en charge du patient se fera de façon conjointe entre le médecin traitant et le gastro-entérologue.

Hépatite C :

Rechercher systématiquement le virus de l'hépatite C :

- Dosage de l'Anticorps(Ac) anti HVC
- Si Ac anti HVC est négatif, plus une cytolyse chronique inexpliquée : faire ARN viral.

Le traitement de l'hépatite C chez les patients coinfectés ne diffère pas de celui des patients mono infectés : Sofosbuvir/daclastavir 400/60 mg, 1 comprimé par jour durant 12 semaines.

Hépatite B :

On estime dans le monde à plus de deux milliards le nombre d'individus qui ont été en contact avec le VHB au cours de leur vie. L'infection à VHB chronique est définie comme la persistance de l'antigène de surface (AgHBs) dans le sang pendant au moins six mois.

L'antigène HBs est le principal marqueur diagnostique de l'infection par le VHB. L'AgHBs peut être facilement détecté dans le sérum ou le plasma à l'aide d'un test

immuno-enzymatique type ELISA. La détection de l'AgHBs est également possible à l'aide de tests rapides réalisés sur bandelettes. (POCT ou TDR). La détection des anticorps HBs est également possible à l'aide de tests rapides réalisés sur bandelettes. Le test Toyo est à ce jour le seul test rapide disposant d'un marquage CE.

Chez tout patient VIH positif, rechercher systématiquement l'hépatite virale B par :

- **Recherche de l'un au moins des marqueurs suivants : AgHBs, Ac anti HBc, Ag HBe.**
- Si AgHBs, Ac antiHBc, AgHBe négatifs et une augmentation inexpliquée des transaminases supérieure à 3 fois la Normale pendant plus de 3 mois : **faire le dosage de l'ADN viral.**

- **Le traitement antirétroviral doit comporter une bithérapie antivirale B :**
  Tenofovir + Lamivudine ou Emtricitabine + Dolutégravir

  En cas de contre-indication au Dolutégravir on peut utiliser le Lopinavir/Ritonavir.

- **Vaccination contre VHB si les marqueurs du VHB sont négatifs et CD4 supérieur à 200 cell/mm^3**.

5.7. Cancer du col de l'utérus

Les patientes nouvellement dépistées en activité sexuelle doivent bénéficier d'une recherche des lésions précancéreuses du cancer du col de l'utérus à travers le dépistage du Papilloma Virus Humain pour les femmes de plus de 30 ans ou la colposcopie couplée au frottis cervico-vaginal (cytologie). En cas d'examen normal, le renouvellement du dépistage doit être envisagé dans les 3 ans suivants. Les filles de 9 à 13ans, sexuellement inactives, peuvent bénéficier de la vaccination contre le HPV.

5.8. La dépression

La dépression est la plus commune des troubles psychologiques voire psychiatriques chez les patients VIH. Elle affecte le bien-être et la qualité de vie. Elle peut faire en sorte que le patient oublie de prendre son traitement.

Les facteurs de risques associés sont les suivants : antécédent de dépression, échec du traitement pharmacologique, nombre d'années vivant avec le VIH, capacité de résilience face au VIH (capacité à s'adapter), notion du secret du VIH, autre diagnostic psychiatrique (ex: abus de substances), manque de soutien social, faible niveau d'éducation .

La dépression comporte une diversité de symptômes, le PHQ9 est requis pour procéder à un diagnostic précis : une humeur dépressive avec un sentiment de tristesse, de vide, une perte d'intérêt et de l'abattement. Cette humeur dépressive est associée à une douleur morale profonde, une perte de l'estime de soi et un pessimisme majeur, parfois associé à des idées de culpabilité inappropriées. S'y ajoute une perte d'intérêt et du plaisir à l'égard des activités quotidiennes, même celles qui étaient habituellement plaisantes et, à l'extrême, des idées suicidaires. Des troubles cognitifs peuvent être associés, avec concentration et attention réduites, des troubles de l'aptitude à penser, ainsi que des manifestations physiques : ralentissement psychomoteur, perte d'énergie, troubles du sommeil, de l'appétit, …

La prise en charge doit être pluridimensionnelle, associant les traitements médicamenteux et la psychothérapie (écoute active à travers des entretiens individualisés et le soutien par les pairs à travers les groupes de parole).

Les traitements médicamenteux (antidépresseurs) sont des alliés précieux contre la dépression, mais les psychothérapies restent la prise en charge de référence chez les PVVIH. La psychothérapie seule semble être aussi efficace que l'association psychothérapie et antidépresseurs. La psychothérapie permet de travailler sur les aspects psychologiques et sociaux qui sont très souvent liés au statut VIH. Elle occupe une place importante dans le traitement de la dépression légère ou modérée, d'où l'intérêt de référer vers les spécialistes de la santé mentale (psychiatre, psychologue)

Les personnes qui refusent de voir un psychiatre, un psychologue, ou qui n'en disposent pas dans leurs formations sanitaires peuvent néanmoins bénéficier de l'écoute de leur médecin ou de tout autre prestataire de soins formé. Il est donc recommandé aux professionnels de santé ayant un regard extérieur de pouvoir accorder des moments d'écoute attentive aux PVVIH qui se sentent déprimées, afin de pouvoir les aider à évoquer librement des situations douloureuses pouvant entraver l'observance au traitement.

5.6. Les situations particulières

Dans le cadre des soins de l'infection à VIH, les interventions suivantes doivent être effectuées :

- L'évaluation de l'état nutritionnel, le conseil et le soutien en matière d'alimentation, l'arrêt du tabac, la promotion de l'exercice physique, le suivi de la pression artérielle (avec dosage du cholestérol).

- **Insuffisance rénale :** (clairance <50ml/min)

La posologie des ARV à élimination rénale doit être adaptée à la clairance de la créatinine. **Le TDF doit être remplacé par le TAF ou l'ABC chez les personnes à risque notamment les sujets âgés.**

- **Manifestations cardio-vasculaires et VIH**

L'évaluation et la prise en charge du risque cardiovasculaire doivent être proposées à toutes les personnes vivant avec le VIH.

Les mesures préventives associent :

- Des conseils nutritionnels ;
- L'arrêt du tabac ;
- La promotion de l'exercice physique ;
- Le contrôle de la pression artérielle ;
- Le dosage du cholestérol.

- **Atteintes neuromusculaires :**

Les neuropathies ou atteintes du système nerveux central et périphérique sont fréquentes au cours de l'infection à VIH et peuvent se rencontrer à tous les stades de l'évolution de la maladie.

- **Diabète et VIH :**

Le diabète et autres maladies métaboliques font partie des complications à long terme du traitement anti rétroviral.
Le suivi des personnes vivant avec le VIH sous TARV, doit intégrer la recherche des complications par le dosage de la glycémie et des lipides (cholestérol, triglycéride). Retirer le DTG en cas d'hyperglycémie ou de diabète associé (remplacer par EFV 400mg ou LPV/r).

- **VIH et sujets âgés**

Cette population présente des comorbidités plus importantes que dans la population générale (troubles métaboliques, cardiovasculaires, atteintes rénales et hépatiques) qui doivent être recherchées régulièrement. Les affections liées au vieillissement (troubles neurocognitifs, ostéoporoses, cancers non classant SIDA) doivent faire l'objet d'un dépistage actif. **Le traitement à base de TAF sera préféré au TDF pour cette population.**

Chapitre 6 : Directives sur l'utilisation des services

Les services de santé assurant les soins et le traitement de l'infection à VIH doivent être accessibles à toutes les personnes vivant avec le VIH de manière équitable et efficiente.

Les ressources humaines doivent être disponibles et renforcées en capacité pour assurer des prestations de qualité et maintenir les usagers des services dans le continuum de soins.

Ce chapitre donne des directives sur :

- La prise en charge différenciée ;
- Le continuum des soins ;
- La qualité des services ;
- Les ressources humaines et la délégation des tâches.

6.1. La prise en charge différenciée

6.1.1 Définition

La prestation différenciée de services, ou prise en charge différenciée, est une approche centrée sur les personnes vivant avec le VIH. Elle simplifie et adapte les services tout au long du parcours de soins en tenant compte des préférences et des attentes des différents groupes de personnes concernés réduisant ainsi la charge qui pèse sur le système de santé. Cette approche vise à évaluer l'état des patients afin de déterminer le niveau de prise en charge dont ils ont besoin et de leur proposer des services appropriés. Ainsi on distingue quatre catégories de personnes :

- **Les PVVIH nouvellement inscrits qui présentent un bon état général ;**
- **Les PVVIH reçus au stade avancé de la maladie** ;
- **Les PVVIH déjà sous ARV dont l'évolution virologique est satisfaisante ;**
- **Les PVVIH déjà sous ARV mais dont l'évolution sur le plan clinique et/ou virologique n'est pas satisfaisante**.

Ces différentes catégories de PVVIH devront bénéficier des services qui tiennent compte de leur situation particulière.

Personnes vivant avec le VIH	Principaux éléments de prise en charge
Personnes cliniquement stables	Soutien à l'observance et la fidélisation. Consultations cliniques moins fréquentes et modèles de délivrance communautaire des TARV
Personnes cliniquement instables **ou stables avec comorbidités majeures**	Soutien à l'observance, mesure de la charge virale, passage à un TARV de deuxième ou de troisième intention si indiqué, surveillance de la pharmacorésistance. Surveillance clinique et/ou biologique accrue des comorbidités
Personnes à un stade avancé de la maladie	Prise en charge clinique en vue de réduire la mortalité et la morbidité

6.1.2 Délivrance différenciée de traitements antirétroviraux (schéma proposé)

L'expression **« délivrance différenciée de traitements antirétroviraux (TARV) ou distribution multi-mois »** désigne une série d'approches de la prise en charge qui correspondent à l'état clinique (stable ou instable) des personnes vivant avec le VIH, à leurs besoins et à leurs préférences.

Définition

La distribution multi-mois (DMM) est la prescription et la dispensation de trois à six mois d'antirétroviraux (ARV) et d'autres médicaments nécessaires au traitement des personnes vivant avec le VIH, par opposition à la dispensation de médicaments nécessitant des visites de revue clinique mensuelles. La DMM adopte une approche centrée sur le client, permet d'améliorer et de maintenir la continuité des soins, d'assurer une suppression de la charge virale, de réduire la charge de travail et les autres charges pesant sur le système de santé.

Tableau 7 : Schéma de dispensation multi mois des ARV

Type de patient	Condition clinique	Fréquence de renouvellement de la prescription ARV	Fréquence de visite de suivi clinique Par an	Fréquence du conseil à l'observance	Type de suivi biologique	Fréquence de bilan biologique
ENFANT TARV	**STABLE**	**Tous les 3 mois**	**2 visites** **tous les 6 mois**	**Consultation clinique selon dossier patient**	**CV + CD4** **NFS** **Fonction rénale**	**2 fois par an**

					biochimie	
	NON STABLE (incluant tous les enfants de moins de 5 ans)	**Tous les mois**	**1 visite tous les mois**	**Consultation clinique selon dossier patient**	**CV + CD4/ NFS Fonction rénale biochimie**	**2 fois par an**
ADULTE TARV	**STABLE**	**Tous les 3 mois**	**1 visite tous les 6 mois**	**Consultation clinique selon fréquence de renouvellement de la prescription ARV**	**CV + CD4 NFS Fonction rénale**	**1 fois par an**
	NON STABLE	**Tous les mois**	**1 visite tous les mois**	**Consultation clinique selon dossier patient**	**CV + CD4 NFS Fonction rénale biochimie**	**2 fois par an**

6.2. Continuum de soins et observance

Les services de dépistage doivent avoir un lien étroit avec les services de prise en charge pour réduire le délai entre le diagnostic du VIH et la mise en route du traitement ARV. Suite au diagnostic d'infection à VIH, un certain nombre de mesures de soutien doit être proposé afin d'assurer la liaison avec les soins pour toutes les personnes vivant avec le VIH.

Les communications par voie électronique peuvent être envisagées pour transmettre les résultats des tests et réduire les délais au moment d'agir à l'égard des résultats relatifs au diagnostic précoce chez le nourrisson et à d'autres tests de laboratoire essentiels.

Un soutien communautaire pour les PVVIH est recommandé, dans le but d'améliorer la rétention dans les soins VIH. Les interventions à base communautaire ci-dessous sont recommandées :

- Le soutien par les pairs et le soutien psychosocial dans la communauté, les clubs d'observance comprenant la distribution des ARV et d'autres interventions par les agents communautaires hors des filières habituelles de soins.

Des interventions de soutien à l'observance doivent être proposées aux PVVIH. Ce paquet d'interventions associe :

- Les pairs-conseillers ;
- L'envoi de messages par téléphonie mobile pour rappeler aux patients leur moment de prise d'ARV ou leur rendez-vous au centre ;

- Les dispositifs de rappel des patients absents au rendez-vous le jour de leur consultation ;
- Les thérapies cognitivo-comportementales notamment la prise en charge de la dépression ;
- Les programmes de formation comportementale / les programmes de formation à l'observance du traitement, les combinaisons d'ARV en doses fixes et les schémas de prise unique quotidienne.

6.3. La qualité des services.

Les services de santé sont généralement organisés pour fournir des soins pour des maladies aigues.

L'organisation des services ne permet pas, le plus souvent, la prise en charge des affections chroniques, parmi lesquelles l'infection à VIH.

Les services de santé doivent s'organiser pour assurer un suivi de qualité aux personnes vivant avec le VIH qui entrent dans la filière de soins et pour conserver avec un long terme les informations recueillies au cours de leur visite de suivi.

Pour ce faire, la structure de soins devra mettre en place **un circuit du patient** qui facilite l'accès à tous les services proposés.

6.4. Les ressources humaines et délégation des tâches

Afin d'améliorer la qualité des soins, tous les agents de santé doivent être formés sur les soins et traitement de l'infection à VIH et des systèmes doivent être mis en place pour assurer l'actualisation régulière des connaissances acquises.

Les PVVIH sont des ressources humaines importantes qui doivent être encouragées à participer en qualité de formateur (patients-aide-formateurs) et dans les prestations des services liés à l'infection à VIH.

Un document de la délégation des tâches est mis en place afin d'optimiser les pratiques dans les formations sanitaires et la communauté.

6.5. La génération de la demande

Les informations sur la disponibilité du dépistage et de prise en charge doivent être disponibles dans la communauté.

Les autorités politico-administratives, les leaders communautaires, les organisations de la société civile, les confessions religieuses, le secteur privé et les relais communautaires doivent être formés et accompagnés dans l'organisation des activités

de communication pour encourager les populations à utiliser de manière adéquate les services de dépistage et de prise en charge du VIH/Sida.

Ces activités doivent intégrer le paquet de services des formations sanitaires, les plans de travail des districts sanitaires et des départements.

6.6. Le monitorage de l'utilisation des services

La communauté dans son ensemble a le devoir de se mobiliser pour éloigner le VIH/Sida de sa société.

Le monitorage de l'utilisation des services est une approche qui permet à toutes les composantes de la communauté dans une aire de santé, de discuter ensemble, en toute objectivité, de la manière dont les services de dépistage et de prise en charge sont offerts et la stimulation de la demande.

Elle donne à toute la communauté l'opportunité d'identifier de manière participative les goulots qui freinent les progrès en matière de lutte contre le VIH dans leur localité et des actions pour y remédier.

Le monitorage renforce de ce fait la redevabilité des communautés vis-à-vis de leur état de santé et singulièrement de la circulation du VIH dans leur aire de santé.

Les agents de santé ont donc la responsabilité de mettre à la disposition des communautés des données fiables sur la disponibilité et l'utilisation des services.

Ils doivent s'investir dans le renforcement des capacités des acteurs et l'encadrement du processus.

L'organisation des réunions de monitorage doit faire partie des indicateurs de performances des équipes des districts sanitaires et des formations sanitaires.

Références

1-Lignes directrices unifiées de l'OMS sur la Tuberculose-Module 2- dépistage systématique de la tuberculose –**OMS 2022**

2-Consolidated guidelines on hiv prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring:recommendations for a public Heath approach –**OMS July 2021**

3-Guide de prise de la coïnfection de la coïnfection TB/VIH PNLT _Congo **- version update juillet 2020**

4-Recommendation d'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection par le VIH- **FM-ONUSIDA 2020**

5- Prise en charge des comorbidités au cours de de l'infection par le VIH –**CNS:/ANRS -JUIN 2019**

6- Lignes directrices pour la prise en charge du stade avancé de la maladie à VIH –et l'initiation rapide du traitement.. **WHO/HIV/2017.18 JUILLET 2017**

7- Procédures opérationnelles des soins différenciés des PVVIH en Cote d'Ivoire- **Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique- PNLS 2018**

8-Principales considérations concernant la délivrance différenciée de traitements antirétroviraux à des populations particulières : Enfants, adolescents, femmes enceintes ou allaitantes et populations clés – **WHO/HIV/2017**

9- Directives pour l'intensification du dépistage de la tuberculose et l'administration du traitement préventif à l'isoniazide chez les personnes vivant avec le VIH dans un contexte de ressources limitées – **OMS 2011**