

RÉPUBLIQUE ISLAMIQUE DE MAURITANIE

Honneur - Fraternité - Justice

Ministère de la Santé



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



TABLE DES MATIERES

ACRONYMES	4
LISTES DES TABLEAUX	7
INTRODUCTION	8
I. CONTEXTE NATIONAL	9
1.1. <i>Données épidémiologiques</i>	9
1.1.1. Taille et prévalence	9
1.1.2. L'eTME	111
1.2. <i>Situation de la prise en charge des PVVIH</i>	144
1.2.1. Besoins en ARV par groupes d'âge	16
1.2.2. La co-infection TB/VIH	18
1.2.3. La co-infection TB/Hépatite	18
1.2.4. Situation des intrants	19
2. POLITIQUE NATIONALE DE PRISE EN CHARGE DES PVVIH	23
2.1. <i>Vision</i>	23
2.2. <i>Orientations</i>	23
2.3. <i>Objectifs</i>	23
2.3.1. Général	23
2.3.2. Spécifiques	23
2.4. <i>Principes de la prise en charge</i>	24
2.5. <i>Cadre institutionnel</i>	25
2.5.1. Comité National de Lutte contre le SIDA (CNLS)	25
2.5.2. Ministère de la Santé	26
2.5.3. Autres secteurs publics	26
2.5.4. Associations de PVVIH	27
2.5.5. Société civile et communautés	27
2.5.6. Secteur privé	27
2.6. <i>Politique de décentralisation</i>	28
2.7. <i>La délégation de tâches</i>	28
3. STRATEGIE NATIONALE DE PRISE EN CHARGE DES PVVIH	29
3.1. <i>Organisation du Système de Santé</i>	29
3.2. <i>Formation du personnel et agents de santé</i>	30
3.3. <i>Paquet Minimum Stratégie / Activités par niveau de la prise en charge</i>	32
3.3.1. Niveau Communautaire	32
3.3.2. Niveau poste de santé	32
3.3.3. Niveau centre de santé	33
3.3.4. Niveau hospitalier (voir en plus le PMA du centre de santé)	34
3.3.5. Niveau des structures spécialisées (en plus des services offerts au niveau Hospitalier)	34
3.4. <i>Gestion des ARV, réactifs et consommables</i>	34
3.5. <i>Suivi/évaluation</i>	35
3.6. <i>Identification des patients</i>	36

4. Prévention de l'infection à VIH	36
4.1. <i>Méthodes classiques</i>	37
4.2. <i>Nouvelles méthodes</i>	37
4.2.1. Traitement comme moyen de prévention (TASP)	37
4.2.2. Prophylaxie pré-exposition (PrEP: Pré-Exposition Prévention)	37
➤ DÉFINITION	37
4.2.3. Auto dépistage pour le VIH	40
4.3. <i>Prophylaxie post exposition au sang et liquides biologiques</i>	41
4.3.1. Définition :	41
4.3.2. Gestes immédiats :	41
4.3.3. Dans les 24 heures : Contacter le médecin du travail ou assimilé :	43
4.3.4. Procédures standardisées pour éviter les accidents avec exposition au sang en milieu de soins :	43
4.4. <i>Prophylaxie post exposition au sexe</i>	44
4.5. <i>Prévention de la transmission mère-enfants du VIH</i>	44
5. Prise en charge des personnes vivant avec le VIH	45
5.1. <i>Prise en charge médicale</i>	45
5.1.1. Prise en charge antirétrovirale et prophylaxie au cotrimoxazole	45
5.1.2. Protocoles ARV pour l'adulte, l'adolescent et l'enfant	48
5.1.3. Protocoles thérapeutiques de deuxième et troisième lignes chez l'adulte et l'adolescent	54
5.1.4. Gestion du traitement concomitant de la tuberculose et du VIH :	59
5.1.5. Traitement de la co-infection l'hépatite B	60
5.1.6. Traitement de la co-infection avec le paludisme	61
5.2. <i>Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME)</i>	61
5.2.1. Objectif	61
5.2.2. Stratégie nationale	61
5.2.3. Prophylaxie au cotrimoxazole chez l'enfant de mère VIH+	62
5.2.4. Prise en charge thérapeutique du nouveau-né de mère séropositive	62
5.2.5. Allaitement	67
5.2.6. Prise en charge des infections opportunistes et des affections intercurrentes	68
5.2.7. Suivi biologique : Bilan initial et bilan de suivi biologique	69
5.3. <i>Prise en charge nutritionnelle</i>	69
5.3.1. Besoins nutritionnels des PVVIH	70
5.3.2. Évaluation nutritionnelle chez les PVVIH	71
5.3.3. Appui nutritionnel aux PVVIH	72
5.3.4. Traitement de la malnutrition chez les PVVIH	75
5.4. <i>Prise en charge psychosociale</i>	78
5.5. <i>Prise en charge Communautaire</i>	78
6. VACCINATION ET VIH	79
7. PRISE EN CHARGE DES ACCIDENTS D'EXPOSITION AUX LIQUIDES BIOLOGIQUES	80
Mesures prophylactiques immédiates	80
Evaluation du risque	80
Prophylaxie médicamenteuse aux ARV	81
CAS D'ABUS SEXUELS ET VIOLS.	81
8. PRISE EN CHARGE PAR NIVEAU DE LA PYRAMIDE SANITAIRE ET AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE	82
8.1. <i>Paquet Minimum Stratégie / Activités par niveau de la prise en charge</i>	82
8.1.1. Niveau Communautaire	82

8.1.2. Niveau poste de santé	82
8.1.3. Niveau centre de santé	83
8.1.4. Niveau hospitalier régional (voir en plus le PMA du centre de santé)	84
8.1.5. Niveau Hospitalier tertiaire	85
9. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	86
10. ANNEXES	87
<i>10.1. Classification de l'infection et la maladie VIH chez l'enfant</i>	<i>87</i>
10.1.1. Stades de l'OMS	87
10.1.2. Classification CDC 1993	88
10.1.3. 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	89
<i>10.2. Co infections VIH-TUBERCULOSE / VIH-HEPATITE</i>	<i>89</i>
10.2.1. Co - infection Tuberculose-VIH	89
10.2.2. Co-infection Hépatite-VIH	89
<i>10.3. Accidents d'exposition aux liquides biologiques (AELB)</i>	<i>90</i>
10.3.1. Mesures prophylactiques immédiates	90
10.3.2. Evaluation du risque	90
10.3.3. Prophylaxie médicamenteuse aux ARV	90
<i>10.4. Algorithmes</i>	<i>91</i>
10.4.1. Recommandations 2013 femmes enceintes et allaitantes VIH+	91
10.4.2. Diagnostic précoce chez l'enfant	92
10.4.3. Liste ARV disponible en Mauritanie 2020	93
<i>10.5. Liste des indicateurs de suivi/évaluation</i>	<i>93</i>
10.5.1. Pour le système de santé	93
10.5.2. Pour le conseil et dépistage volontaire	94
10.5.3. Pour la co-infection TB/VIH	94
10.5.4. Pour le Traitement ARV	94
10.5.5. Pour la Prévention de la Transmission Mère-Enfant	95
<i>10.6. Organisation du circuit et de la collecte de données</i>	<i>96</i>
<i>10.7. Recherche opérationnelle</i>	<i>96</i>
<i>10.8. Conduite à tenir devant les infections opportunistes</i>	<i>97</i>
10.8.1. Diarrhées	97
10.8.2. Fièvre	98
10.8.3. Toux	99
10.8.4. Lésions buccales	100
10.8.5. Dysphagie et/ou odyndophagie	101
10.8.6. Lésions nodulaires surélevées	102
10.8.7. Lésions suppurées	103
10.8.8. Lésions vésiculeuses avec croûtes, sensation de brûlures, sans prurit	103
10.8.9. Lésions prurigineuses	104
10.8.10. Lésions squameuses	105
10.8.11. Lymphadénopathie	106
10.8.12. Céphalée	107
<i>10.9. Traitement des Infections Opportunistes</i>	<i>108</i>

ACRONYMES

ABC	Abacavir
AES	Accidents d'exposition au sang
AELB	Accidents d'exposition au Liquide Biologique
AFADS	Abordable, Faisable, Acceptable, Durable & Sûr
AGR	Activités Génératrices de Revenus
AME	Allaitement Maternel Exclusif
AMP	Allaitement Maternel Protégé
ARV	Antirétroviraux
ATPE	Aliments Thérapeutiques Prêts à l'Emploi
AZT	Zidovudine
BCG	Bacille de Calmette et Guérin
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
CV	Charge Virale
DDI	Didanosine
DPCS	Direction de la Planification, de la Coopération et des Statistiques
DPL	Direction de la Pharmacie et de Laboratoire
DRPSS	Direction Régionale de la Protection Socio-Sanitaire

DRS	Direction Régionale de la santé
DTG	Dolutégravir
DTP	Diphthérie Tétanos Poliomyélite
ENSP	Ecole Nationale de Santé Publique
EVF	Efavirenz
EPCV	Enquête sur les Conditions de vie des populations
FDC	Fixed Doses Combined
FOSA	Formation Sanitaire
INH	Isoniazide
INNTI	Inhibiteurs Non Nucléosidiques de la Transcriptase Inverse
INTI	Inhibiteurs Nucléosidiques de la Transcriptase Inverse
IT	Inhibiteur de l'intégrase
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
LPV/r	Lopinavir/Ritonavir
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
OCB	Organisation Communautaire de Base
ONG	Organisation non Gouvernementale

SIDA	Syndrome d'Immuno- Déficience Acquise
SQV	Saquinavir
FTC	Emtricitabine
TAF	Tenofovir Alafenamide
TDF	Tenofovir Disoproxil Fumarate
TLD	Tenofovir/Lamivudine/Dolutégravir
UCSS	Unité de Coordination Sectorielle Santé
UDAG	Unité de Dépistage Anonyme et Gratuit
USB	Unité de Santé de Base
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTES DES TABLEAUX

Tableau 1 : Mères ayant besoin de PTME.....	11
Tableau 2 : Synthèse de la PTME.....	12
Tableau 3 : Taux de transmission par période et par an	13
Tableau 4 : Répartition des PVVIH enregistrées par structure de PEC....	16
Tableau 5 : Critère de classification de l'état nutritionnel.....	72
Tableau 6 : Apport énergétique selon le type de macronutriment.....	74
Tableau 7 : Quantité de ATPE à donner au patient selon le poids.....	76
Tableau 8 : Nombre de sachets de ATP à donner selon le poids.....	76
Tableau 9 : Critère de guérison.....	77
Tableau 10 : Protocole nutritionnel selon les phases de traitement.....	77

INTRODUCTION

Comme dans le reste du monde, l'infection à VIH demeure une préoccupation majeure en Mauritanie et en Afrique. Face à la progression de l'épidémie et à une réponse insuffisante au cours des dernières décennies, le Gouvernement mauritanien, en collaboration avec ses partenaires, a élaboré et adopté un premier **Cadre Stratégique National de Lutte contre les IST/VIH/SIDA (CSN/LCIS)** en 2002. Depuis, plusieurs plans stratégiques se sont succédé, notamment ceux couvrant les périodes 2011-2015 et 2018-2021. L'actuel Plan Stratégique National, initialement prévu pour 2022-2026, a été prolongé jusqu'en 2027.

Le premier document de politique et stratégie dédié à la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH/SIDA a été élaboré en 2005, puis révisé à plusieurs reprises, notamment en 2011, 2014 et 2021. Conçu comme un guide pratique, il détaille les protocoles de traitement et de suivi des patients vivant avec le VIH. La dernière version, révisée en 2021, vient de faire l'objet d'une nouvelle actualisation en 2024.

Les approches thérapeutiques adoptées s'appuient sur une évaluation rigoureuse de leur efficacité validée à l'échelle internationale. Elles tiennent compte des recommandations combinées de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), notamment celles de 2021 et des mises à jour successives. Les **Lignes directrices combinées** sur l'utilisation des antirétroviraux (ARV) définissent de nouvelles orientations en matière de diagnostic, de soins et de traitement préventif de l'infection à VIH.

Ce document révisé propose des directives actualisées pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH. Il s'adresse au personnel de santé et aux partenaires engagés dans la lutte contre le sida, en fournissant des orientations claires sur l'accès aux soins, les traitements antirétroviraux et le soutien global des patients séropositifs.

Destiné aux prestataires de tous les niveaux de la pyramide sanitaire, ce guide vise à garantir une prise en charge optimale des patients vivant avec le VIH. Par ailleurs, il sera périodiquement mis à jour pour intégrer les avancées scientifiques et les nouvelles recommandations internationales.

I. CONTEXTE NATIONAL

1.1. Données épidémiologiques

1.1.1. Taille et prévalence

Le premier cas de VIH/SIDA en Mauritanie a été rapporté en 1987, marquant le début de la lutte contre une épidémie qui demeure une priorité de santé publique. Le pays est caractérisé par une épidémie concentrée, avec une prévalence estimée à 0,17% [0,1-0,2] dans la population générale selon les données de **SPECTRUM 2024, ONUSIDA**. Chez les individus âgés de 15 à 49 ans, l'incidence pour 1000 est faible, estimée à 0,10%, [0,07-0,15], mais des disparités significatives existent entre les différentes catégories de populations.

1.1.1.1. Évolution des données épidémiologiques

Plusieurs enquêtes ont permis de documenter et d'affiner la compréhension du profil épidémiologique dans le pays :

- **Enquête socio-comportementale (2007)** : Premières données sur les comportements à risque.
- **Enquête bio-comportementale (2014)** : Approfondissement des connaissances, notamment sur les populations clés et passerelles.
- **Enquête IBBS (2019)** et **IBBS 2024 en cours** : Focus accru sur les populations clés, comme les Professionnelles du Sexe (PS) et les Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes (HSH), identifiées comme groupes les plus touchés par l'épidémie.

1.1.1.2. Populations clés et autres populations vulnérables

Les résultats de l'**IBBS 2019** ont mis en évidence une prévalence de 9% chez les PS et de 23,4% chez les HSH. Ces chiffres traduisent une légère baisse par rapport à 2014, où les taux étaient respectivement de 7% et 44,4%. Cette réduction peut être interprétée comme le fruit des interventions de prévention et de traitement mises en œuvre, bien que des efforts supplémentaires soient nécessaires pour maintenir et renforcer ces résultats.

Les populations dites passerelles, telles que les pêcheurs et les routiers, jouent un rôle crucial dans la dynamique de transmission du VIH. L'enquête de 2014 a révélé une prévalence de 2,88% parmi un échantillon de 452 individus, tandis que des taux plus faibles ont été observés chez les pêcheurs (0,38%) et les routiers (1,17%). Malgré des prévalences relativement faibles, ces groupes constituent un lien important entre les populations clés et la population générale. Par ailleurs, la prévalence élevée de la syphilis (supérieure à 8%) dans ces groupes indique un risque accru de co-infection, renforçant la nécessité d'une approche globale de prévention et de prise en charge.

1.1.1.3. Estimation des populations vivant avec le VIH

L'estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) qui est de **6400** [5400-8100], repose principalement sur les données générées par le logiciel **Spectrum**, utilisé par l'ONUSIDA.

Selon l'enquête IBBS de 2019, la taille des HSH est estimée à **19 730 individus**, contre **19 170 PS**. Ces chiffres sont nettement supérieurs aux estimations du Plan Stratégique National (PSN) en cours, qui les évalue respectivement à **1 861 HSH** et **2 740 PS**. Cette différence significative a soulevé des débats, notamment sur la méthodologie employée pour ces estimations, critiquée pour son manque de consensus parmi les parties prenantes.

En termes de PVVIH :

- L'enquête IBBS 2019 estime à **4 538** le nombre de HSH vivant avec le VIH et à **1 725** celui des PS, soit un total de **6 264 PVVIH** parmi les populations clés.
- Ce chiffre dépasse l'estimation globale pour toute la population mauritanienne fournie par l'ONUSIDA pour la même année, soulignant la nécessité de réconcilier ces divergences pour orienter efficacement les politiques.

1.1.1.4. Défis et perspectives

L'épidémiologie du VIH en Mauritanie met en évidence plusieurs défis :

1. **Données divergentes** : Les écarts entre les estimations des populations clés et les chiffres officiels reflètent un besoin urgent de renforcer la méthodologie des enquêtes et de parvenir à un consensus entre les parties prenantes.
2. **Transmission au sein des groupes à risque** : Les taux élevés de prévalence chez les PS et les HSH appellent à des interventions ciblées et intensifiées.
3. **Autres Populations vulnérables** : Bien que présentant une prévalence inférieure à celle des populations clés, ces groupes jouent un rôle crucial dans la transmission du VIH.

Pour mieux comprendre les dynamiques de la transmission du VIH au sein des communautés mauritaniennes, une étude sur le **Mode of Transmission (MOT)** est nécessaire. Cette analyse permettra d'estimer la contribution relative de chaque groupe à haut risque et des passerelles dans la propagation du virus.

1.1.2. L'élimination de la Transmission du VIH de la mère à l'enfant (eTME)

La Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME), qui a fait place à l'élimination de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (eTME), demeure un défi majeur de la lutte contre le VIH/sida en Mauritanie. L'analyse de la situation de la lutte contre le VIH en Mauritanie pour 2023 montre un certain nombre de faiblesses dans l'offre de services de prévention et de soins VIH destinés aux femmes et aux enfants. C'est ainsi qu'un certain nombre de goulets d'étranglements ont été identifiés dans la mise en œuvre de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME).

En effet, nous notons (i) très peu d'activités de PTME à l'intérieur du pays, (ii) un taux de dépistage du VIH chez les femmes enceintes insuffisant, (iii) faible proportion de femmes enceintes dépistées positives bénéficiant d'un traitement ARV (iv) une faible intégration des services de dépistage VIH dans la santé de la reproduction, (v) une non optimisation des portes d'entrée pour le dépistage VIH chez la femme et l'enfant, (vi) une faible rétention du couple mère-enfant dans les soins, (vii) une faiblesse de la gestion des stocks des médicaments, (viii) une faiblesse des systèmes d'information sanitaire, (ix) une faible appropriation du PPTME au niveau opérationnel.

Les indicateurs de processus pour l'eTME ont connu une amélioration entre 2022 et 2023 mais restent insuffisants par rapport aux critères d'élimination. En effet, en 2023, le taux d'utilisation en CPN est de 74% (2023), le taux de couverture pour la réalisation du test VIH est de 59% (2023), la mise sous ARV des femmes enceintes séropositives est de 53% (2023) et le diagnostic précoce dans les deux mois chez les enfants nés de mères séropositives n'a pu être déterminé. L'exercice du renseignement du PUDR a montré une insuffisance dans l'effectivité des stratégies mises en œuvre.

Tableau I : Mères ayant besoin de PTME

2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
172	167	164	162	162	161	162	163	164	165	166

En l'absence de la remontée d'information relative à la PTME par le DHIS2, le tableau ci-dessous résume les données recueillies durant les trois années précédentes :

Tableau II : Synthèse de la PTME

Synthèse des années 2021, 2022, 2023 (Nouakchott)			
	2021	2022	2023
Nombre de CPN	247 263	362 701	485 230
Nombre de Nouvelles CPN	103 083	143 267	134 509
Nombre de Nouvelles CPN faites au premier trimestre		69 872	80 603
Nombre de CPN 3		68 736	67 385
Conseil pré test			50 418
Femmes qui ont accepté le test			47 335
Tests Faits			47 335
FEVIH+ Attendues			240
FEVIH+ Suivies à la prénatale (nouvelles + anciennes)			75
FEVIH+ sous TARV	32	15	50
FEVIH+ Sous TARV suivis à la prénatale (nouvelles +anciennes)		30	75
Perdues de vue FEVIH+	24	5	2
Perdues de vue FEVIH+ en totale		9	48
FEVIH+ retrouvées	8	0	17
Accouchements de FEVIH+	34	3	58
Nés de Mère séropositive	32	5	39
Nés de Mère séropositive sous traitement	22	2	37
Nés de Mère séropositive sous traitement suivis (nouveaux + anciens)		0	39
Nés de Mère séropositive sous traitement et AME en total		0	41
FEVIH+ suivies à la Postnatale		1	49
FEVIH+ transférées au CTA nouvelles	15	7	75
FEVIH+ transférées au CTA nouvelles et anciennes		12	110
FEVIH+ suivis au CTA nouvelles	15	2	108
FEVIH+ suivis au CTA nouvelles et anciennes		8	92
Femme enceintes testés Syphilis	11067	360	15
Femmes enceintes RPR+	193	12	26
Femmes enceintes RPR+ qui ont reçu 1 dose de pénicilline	159	12	17

Le tableau montre un taux d'acceptation du dépistage par les femmes enceintes supérieur à 94%. Cette opportunité doit encourager les prestataires de service de PTME pour faire le test et être saisie lors de l'élaboration des stratégies et les interventions ciblant ce groupe.

En matière de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, le Plan d'Élimination de la transmission mère enfant élaboré en 2013 n'a pas pu être mis en œuvre. Une feuille de route a été récemment élaborée pour mettre à l'échelle

cette prestation.

Selon les estimations, 177 femmes enceintes séropositives ont été attendues en 2019, contre 171 en 2020, 167 en 2021, 164 en 2022 et 163 en 2023. Les projections des futures années nous donnent 162 en 2024 contre 161 en 2025, 162 en 2026, 163 en 2027 et 164 en 2028.

Quant aux taux de transmission de mère à l'enfant, on observe qu'en 2021, 24.34% des nouveaux nés de mères positives sont porteurs du virus après six (6) semaines de naissance, contre 36.88% après la fin de la période d'allaitement. Le tableau ci-dessous résume la situation de cet indicateur pour les années 2021 -2023.

Tableau III : Taux de transmission par période et par an (Spectrum 2024)

Années	2020	2021	2022	2023
Taux de transmission mère-enfant à 6 semaines	20.87	24.34	19.89	17.14
Taux de transmission finale incluant la période d'allaitement	32.21	36.88	31.84	27.99

Ainsi le nombre des nouvelles infections chez les enfants dues à la transmission de la mère à l'enfant est de 55 en 2020, contre 61 en 2021, 52 en 2022 et 46 en 2023.

La couverture en traitements pour les femmes enceintes séropositives est donc 29,16% en 2020, contre 10,79% en 2021, 33,53% en 2022 et 46,03% en 2023.

1.2. Situation de la prise en charge des PVVIH

La première structure de prise en charge (PEC) du VIH par les ARV est ouverte dans le pays le 01 décembre 2004 à Nouakchott. A ce jour, 13 autres unités de PEC sont fonctionnelles dans les wilayas du Trarza, du Gorgol, d'Assaba, du Hodh Charghi (2), de Tiris Zemmour, de Dakhlet Nouadhibou, Brakna, Adrar, Inchiri, Hodh Gharbi, Tagant et Guidimagha. Dans l'objectif de mettre le service de lutte contre le Sida à la proximité du patient et décharger le CTA de Nouakchott de sa lourde tâche de servir 80 à 85% des PVVIH enregistrées dans le pays, une extension de la PEC du VIH au niveau régional était effectuée en janvier 2021 et complétée en 2023. La mise en œuvre de cette extension permettra d'avoir une UPEC dans chaque wilaya du pays en plus du Centre National de référence à Nouakchott (CTA).

Le CTA de Nouakchott et les UPEC sont des services de soins du VIH qui sont directement hébergés dans les hôpitaux.

Un système de codification avec un logiciel "AMNIR" à interface WEB permet au secrétariat exécutif national de lutte contre le sida (SENLS), au Programme National de lutte contre le VIH/sida, les Hépatites et les IST (PNLS) du Ministère de la Santé et aux prestataires de services de suivre les activités de PEC des PVVIH en temps réel.

La notification des cas de décès (DC) reste un problème majeur dans le suivi des PVVIH. Très peu de cas sont notifiés. Sur 11609 inscrits dans les structures de PEC au 31 Décembre 2023, 1875 personnes sont des décès notifiés, 4377 sont disparues depuis au moins 3 ans et considérées comme irrécupérables. Avec la suppression des PDV ayant plus 3 ans, 4247 personnes sont suivies dans la file active, dont 4216 sous TAR. Sur l'ensemble des 11609 nous déduisons, les 1875 décédées et 4377 perdu de vue irrécupérables pour nous retrouver avec 4247 régulièrement suivi et 1110 perdus de vu (PDV) relativement récentes, soit 20.7%.

Cette situation augmente de façon aberrante le nombre des PDV, ce qui impacte négativement la performance du programme.

Pour contribuer à la résolution de ce problème, le SENLS a signé des conventions avec le Réseau des Associations des PVVIH (REMAP+) pour une recherche active des PVVIH (PDV), afin d'actualiser leurs statuts par rapport aux structures de PEC. Lors de 5 sessions, le Réseau a pu ramener 400 PVVIH au CTA et confirmer le Décès de 612 autres.

Le problème de l'intégration du VIH dans le système de santé reste un grand défi. En l'absence de services de soins globaux, intégrés et continus pour les PVVIH, le système sanitaire du pays sera toujours dans l'incapacité d'assurer un suivi efficace des dits patients. Les structures de PEC des PVVIH (CTA + UPEC) souffrent aussi d'une certaine forme de stigmatisation car ne sont pas toujours bénéficiaires des mêmes attentions par les administrations des hôpitaux que les autres

services, et certains personnels de santé, y compris des médecins, refusent souvent de prendre en charge les PVVIH hors du CTA et des UPEC.

La stigmatisation et la discrimination envers les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) constituent un goulot important pour garantir un accès équitable aux soins de santé en Mauritanie. Dans ce cadre, le programme FORSS (FORmer, Suivre et Soutenir) porté par Solidarité Sida a mis en place les observatoires communautaires du VIH. Leur mission consiste à documenter les obstacles rencontrés par les PVVIH dans l'accès aux services de santé et à évaluer les résultats des interventions sur le terrain. Ces observatoires jouent également un rôle clé dans la collecte de données permettant d'influencer les politiques publiques et de renforcer les systèmes de santé locaux. Le rapport de la phase 1 de ces enquêtes menées par l'Association des Gestionnaires pour le Développement (AGD) à travers ces observatoires communautaires révèle des éléments importants sur la situation des PVVIH face à la stigmatisation dans les services de santé. Selon cette enquête, 96% des répondants déclarent n'avoir jamais été exclus ou discriminés lors d'une consultation médicale. Ce chiffre montre une expérience généralement positive de l'accès aux soins et suggère une faible occurrence de comportements discriminatoires dans les structures de santé concernées. Toutefois, ces données masquent des réalités inquiétantes : 1% des participants ont subi des actes de discrimination à plusieurs reprises, et 2% ont fait face à de tels comportements une fois. Bien que ces proportions puissent sembler faibles, elles sont révélatrices d'un problème sous-jacent de stigmatisation et d'exclusion, qui mérite toute notre attention.

Ces incidents, bien que minoritaires, sont préoccupants. Ils soulignent que, malgré des progrès notables, certains individus, notamment ceux issus de des populations clés et autres groupes vulnérables, pourraient hésiter à chercher des soins ou à consulter des services médicaux par crainte d'être maltraités ou rejetés. En outre, ces actes de discrimination peuvent renforcer la stigmatisation sociale associée au VIH et aggraver les barrières à l'accès aux soins.

Ainsi, bien que la faible fréquence de ces incidents puisse être vue comme un signe positif globalement, il est impératif de poursuivre et d'intensifier les efforts pour créer un environnement de soins pleinement inclusif. Il est essentiel de mener des actions continues de sensibilisation et de formation à l'intention des professionnels de santé pour éliminer toute forme de stigmatisation. L'objectif doit être de garantir que tous les patients, quelle que soit leur condition de santé, puissent accéder à des soins de qualité sans crainte d'être stigmatisés ou discriminés.

Une enquête Stigma Index a été réalisée en 2021 sur financement Fonds Mondial. Elle a permis d'évaluer cette stigmatisation, estimer l'impact et proposer un Plan de travail adéquat.

Conformément aux estimations de l'ONUSIDA, le nombre estimé des PVVIH est passé est 6400 en 2023.

Tableau IV : Répartition des PVVIH enregistrées par structure de PEC au 31/12/2023

Centre	NKTT	Kiffa	Nouadhibou	Kaédi	Rosso	Zouerate	Néma	Mberra	Tidjegja	TOTAL
FA sous ARV	3531	159	234	169	38	36	53	18	1	4247

Actuellement 4247 PVVIH sont suivies dans les structures de PEC, dont 4216 sous TAR. La couverture en ARV est donc à 99.27% pour ceux qui sont suivi dans les structures de prise en charge.

1163 PVVIH ont fait l'objet de mesurage de la charge virale en 2023, dont 1041 ont supprimé cette charge. Ce chiffre représente 89.51%. En 2021, 1341 PVVIH ont supprimé la charge virale sur 1527 personnes faisant l'objet du test, ce qui représente un taux de 87.82%. En 2022, seuls, 967 charges virales ont été supprimées sur 1048 mesurées, ce qui représente 92.27%.

Le Comité de coordination TB/VIH est chargé de veiller à ce que :

- Le personnel de laboratoires soit formé sur l'utilisation des GeneXperts pour la TB et le VIH ;
- La quantification des besoins en cartouches soit faite à temps, afin de permettre au GAS d'entamer le processus d'acquisition des consommables ;
- Des contrats de maintenance soient signés avec des prestataires agréés pour garantir la pérennité de ce service ;
- Des supervisions de contrôle de qualité et d'audit des laboratoires soient faites par un laboratoire de référence.
- Un recyclage périodique soit fait pour l'ensemble du personnel de laboratoire.

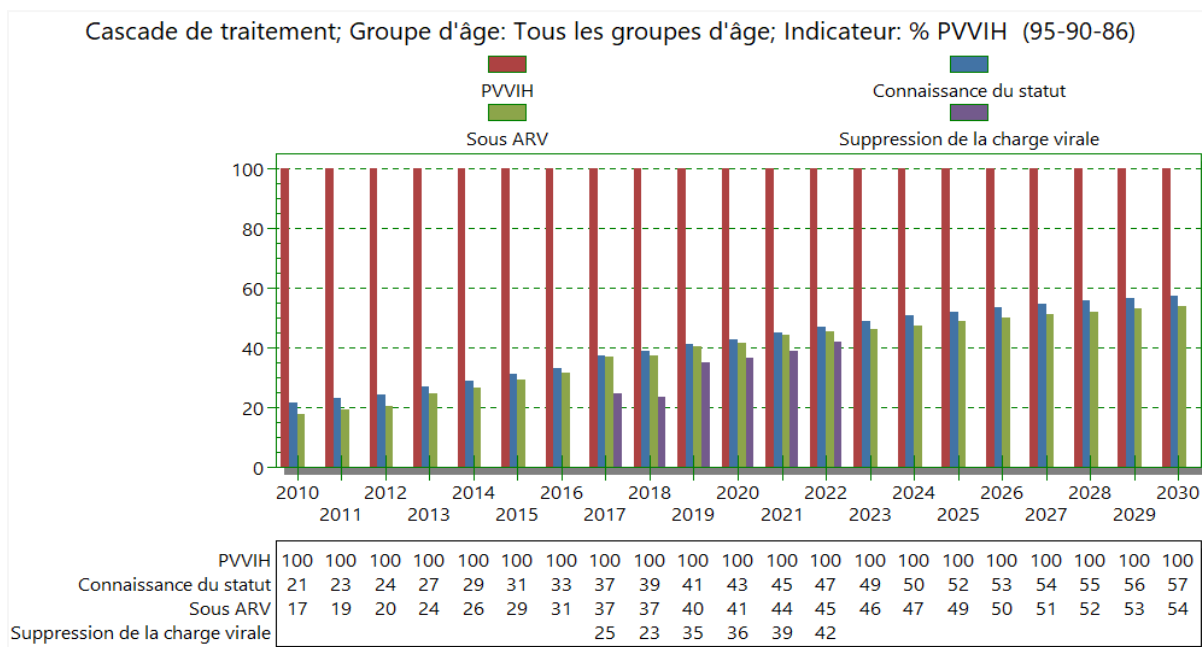
1.2.1. Besoins en ARV par groupes d'âge

Tableau V :

Groupe d'âge	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
15 ans et +	5 511	5409	5313	5224	5132	5051	4978	4910	4845
0-14 ans	474	442	408	373	340	310	282	255	242

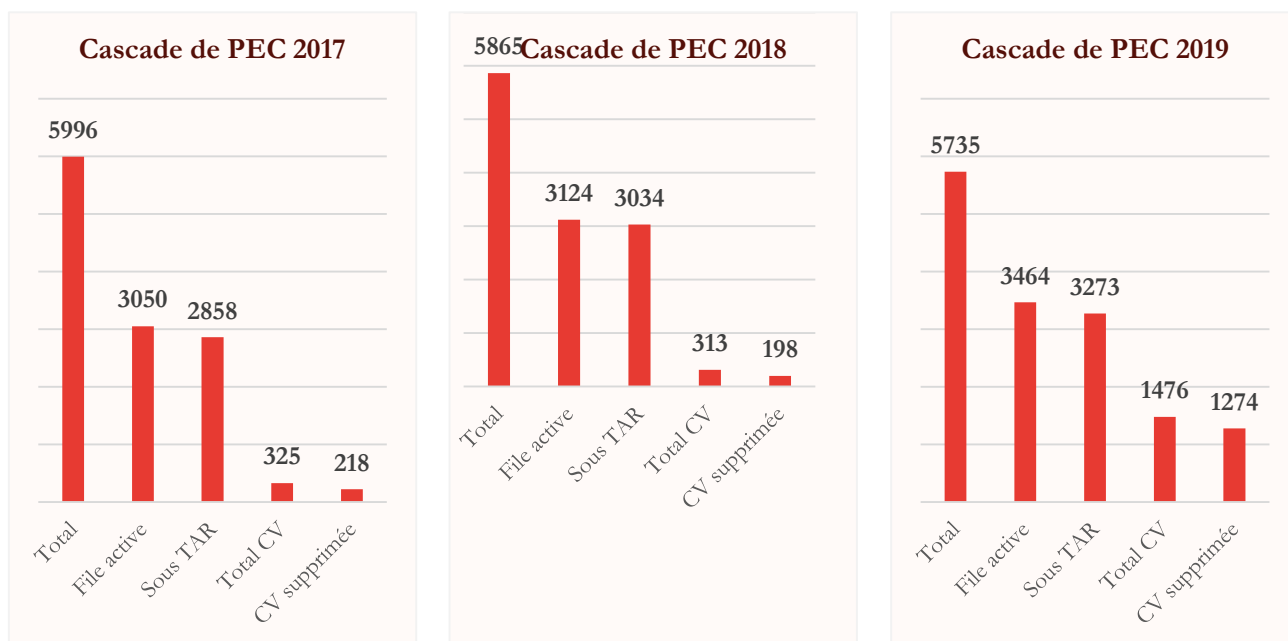
Etant donné que l'objectif de 95-95-95 se base sur la connaissance du statut sérologique qui n'est pas un élément rapporté par le système de suivi évaluation du pays, la Stratégie va utiliser une projection, basée sur une extrapolation des données programmatique. La connaissance du statut se base sur les données réelles de notification dans les différentes structures de prise en charge.

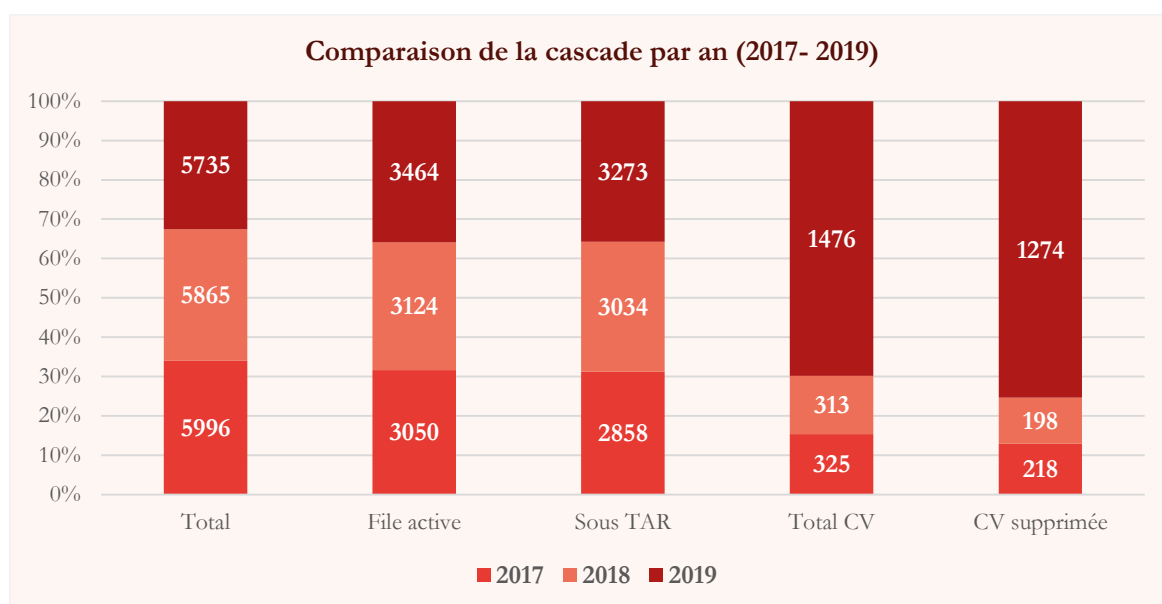
On note que les valeurs de la charge virale dans le graphique sont des valeurs réelles (non projetées). La projection liée à la CV n'a pas pu être faite, car l'intervalle était très court.



Source : ONUSIDA, Spectrum_2023

Figure 1 : Evolution de la cascade des soins et du Traitement des PVVIH en Mauritanie





1.2.2. La co-infection TB/VIH

Un cadre formel de collaboration a été créé à travers Le Comité TB/VIH, afin de faciliter la coordination entre les deux programmes pour mieux gérer la co-infection TB/VIH.

Le personnel des Centres de Traitement et Diagnostic de la tuberculose (CDT) de Nouakchott a été formé sur le dépistage et le traitement du VIH. Le personnel du CTA de Nouakchott est lui aussi formé sur la PEC de la TB. C'est ainsi qu'un CDT a été ouvert au CTA en juillet 2019. Ce CDT dispense le traitement anti tuberculeux et l'isoniazide en guise de prévention chez les patients qui ont eu un GeneXpert tuberculose négatif.

30 sages-femmes, 7 médecins des UPEC ainsi que tous les responsables des CDT ont été formés sur la co-infection TB/VIH.

Seize (16) responsables CDT de Nouakchott sont formés sur la co-infection TB/VIH et disposent en plus des antituberculeux, des ARV (Guichet Unique).

Chaque capitale régionale dispose d'un GeneXpert avec cartouches et réactifs. Ces GeneXperts ont été paramétrés pour la mutualisation du diagnostic de la tuberculose multi-résistante, VIH, Hépatite et Syphilis.

La mise en place du guichet unique est en cours de réalisation dans les autres structures.

1.2.3. La co-infection TB/Hépatite

Malgré que le Plan stratégique National de lutte contre le SIDA (PSN) 2018/2021

contienne un grand paragraphe sur la co-infection TB/Hépatite, aucune action n'a été faite dans le sens d'une collaboration entre les deux programmes. Il est à noter que les voies de transmissions et les modes de prévention de ces deux infections sont pareils et que toutes les deux sont sous la tutelle du même service au MS.

1.2.4. Situation des intrants

- ARV

Cette catégorie des intrants est assurée complètement par Le Fonds Mondial (FM) avec un Incoterm "DAP 2 ou Rendu magasin".

Cette période a été caractérisée par deux ruptures de stock de certaines molécules ARV.

Le tableau ci-dessous récapitule les ruptures ARV ayant eu lieu durant cette période, leur durée en nombre de jours et origine :

- 1^{ère} rupture

Tableau VI :

Date de rupture de stock au niveau du CTA	Catégorie	Molécules concernées	Date de levée de rupture	Nb de jours de rupture	Solution instantanée adoptée par l'administration du CTA	Origine de la rupture
26/08/2019	ARV	LPV/r - 200/50 mg - Cp - Bte 120	11/09/2019	16	Rappel des patients détenant plus de 2 mois de stock pour servir ceux sans stock.	Retard de livraison du Fournisseur
26/08/2019	ARV	RTV - 100 mg - Caps - Bte 60	11/09/2019	16	Rappel des patients détenant plus de 2 mois de stock pour servir ceux sans stock.	Mise sous traitement de nouveaux malades sans concertation avec le SENLS (Molécule de 3 ^{ème} ligne)
26/08/2019	ARV	LPV/r - 200/50 mg - Cp - Bte 120	11/09/2019	16	Rappel des patients détenant plus de 2 mois de stock pour servir ceux sans stock.	Retard de livraison du Fournisseur

Ainsi, il en ressort que cette rupture a duré en moyenne 2 semaines, pendant lesquelles le CTA a réagi à travers des solutions internes passant par l'implication des malades et le réseau REMAP+.

- 2ème rupture

Cette rupture a eu lieu fin décembre 2019. Elle a été essentiellement aussi due au retard de signature du "New Financement Modèle 2" (NFM2) et changement du fournisseur (PFSCM remplacé par I + Solution).

Le tableau ci-dessous récapitule les molécules touchées par cette rupture.

Tableau VII :

Date de rupture de stock au niveau du CTA	Catégorie	Molécules concernées	Date de levée de rupture	Nb de jours de rupture	Solution instantanée adoptée par l'administration du CTA	Origine de la rupture
19/12/2019	ARV	RTV - 100 mg - Caps - Bte 60	13/01/2020	25	Rappel des patients détenant plus de 2 mois et remplacement de certains protocoles après concertation avec le PNLS.II faut aussi noter l'implication massive du REMAP.	Retard de livraison du Fournisseur
19/12/2019	ARV	DRV - 600 mg - Cp - Bte 60	13/01/2020	25	Rappel des patients détenant plus de 2 mois et remplacement de certains protocoles après concertation avec le PNLS.II faut aussi noter l'implication massive du REMAP.	Retard de livraison du Fournisseur
19/12/2019	ARV	ABC+3TC - 120/60 mg - Cp - Bte 30	13/01/2020	25	Rappel des patients détenant plus de 2 mois et remplacement de certains protocoles après concertation avec le PNLS.II faut aussi noter l'implication massive du REMAP.	Retard de livraison du Fournisseur
19/12/2019	ARV	ABC+3TC - 600/300 mg - Cp - Bte 30	13/01/2020	25	Rappel des patients détenant plus de 2 mois et remplacement de certains protocoles après concertation avec le PNLS.II faut aussi noter l'implication massive du REMAP.	Retard de livraison du Fournisseur
19/12/2019	ARV	LPV/r - 100/25 mg - Cp - Bte 60	13/01/2020	25	Rappel des patients détenant plus de 2 mois et remplacement de certains protocoles après concertation avec le PNLS.II faut aussi noter l'implication massive du REMAP.	Retard de livraison du Fournisseur

L'analyse du tableau montre que la rupture a touché 5 molécules et était liée, en plus des causes citées ci-haut, au retard de livraison du fournisseur.

L'analyse de la situation de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA a fait ressortir le principal constat suivant :

- **Points forts (Forces)**

- Gratuité des ARV, médicaments Infections Opportunistes, bilan biologique ;
- Décentralisation de la PEC dans toutes les wilayas ;
- Suivi de la PEC en ligne à travers un logiciel à interface WEB (AMNIR) ;
- *Des registres de PEC en papier fort existent en parallèle avec la version électronique (AMNIR).*
- Incitation en cours de traitement au profit du personnel des structures de PEC ;
- Collaboration étroite entre le SENLS et le Réseau des Associations des PVVIH (REMAP+) ;
- Existence de l'outil DHIS2 pour la remontée des données en temps réel.

- **Points faibles (Faiblesses)**

- Absence d'une stratégie de prise en charge appropriée pour les adolescents et les adolescentes
- Insuffisance de l'opérationnalisation de la multisectorialité ;
- Faiblesse dans le dépistage ciblé des patients présentant des comorbidités (TB et la malnutrition aigüe sévère) chez les enfants de moins de 5 ans ;
- Absence d'appropriation des interventions planifiées ;
- Faiblesse dans le counseling ;
- Faiblesse dans le ciblage géographique,
- Faiblesse dans le mapping des PVVIH.

- **Opportunités**

- Engagement fort des autorités du pays ;
- Existence d'une série de documents stratégiques : Quatre Cadres Stratégiques Nationaux de lutte contre le Sida.
- Existence de Plan National de suivi évaluation ;
- Décentralisation du système de santé avec une bonne couverture géographique (X%) ; ((à actualiser)
- Existence d'un Plan National d'élimination de la TME
- Existence d'une stratégie nationale PEC
- Existence d'une Stratégie Nationale de dépistage
- Développement de réseaux de PVVIH regroupant 19 Associations et existence d'une loi de protection des PVVIH
- Existence des OSC engagées dans la lutte contre le VIH
- Existence d'un savoir-faire cumulé
- Existence d'une approche multisectorielle de la riposte
Diversification de financements (domestique et partenaires)
- Existence d'un arsenal d'outils permettant la collecte, le rapportage et l'évaluation des activités de lutte contre le Sida.

- **Contraintes (menaces)**

- Contexte socio-culturel non favorable particulièrement pour les groupes les plus exposés au VIH ;
- Composante PEC psycho-social des PVVIH non développée ;
- 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,
- Absence d'une Politique Nationale d'intégration des services offrant les soins aux PVVIH dans le système national d'offre de soins de santé au niveau des formations sanitaires publiques et privées ;
- Absence d'une étude sur le Mode de transmission dans le pays ;
- Absence de Plans sectoriels pour les secteurs non santé ;
- 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

2. POLITIQUE NATIONALE DE PRISE EN CHARGE DES PVVIH

2.1. Vision

Zéro nouvelle infection par le VIH, zéro décès lié à celui-ci et zéro discrimination dans un monde où les personnes vivant avec le VIH vivent longtemps et en bonne santé.

2.2. Orientations

Pour éliminer le VIH d'ici 2030, on doit maximaliser les synergies entre le VIH et d'autres domaines de santé, et d'harmoniser la riposte du secteur de la santé avec d'autres stratégies, programmes et cibles nationaux en matière de santé et de développement.

Pour cela, il nous faut :

- 1) Des données fiables ;
- 2) Des interventions à fort impact ;
- 3) Des solutions financières fiables (couverture du coût) ;
- 4) L'équité dans la dispensation du service.

2.3. Objectifs

2.3.1. Général

La stratégie a pour objectif de mettre à la disposition du MS (décideurs), le SNLS, les PTFs, les prestataires de soins à tous les niveaux, les secteurs privés, parapublics et communautaires et autres partenaires une vision sur les prochaines années afin d'assurer l'accès à toute personne infectée et affectée par le VIH en Mauritanie aux services de soins globaux, intégrés et continus et aux traitements antirétroviraux, en vue de créer un environnement socioéconomique favorable pour son épanouissement.

2.3.2. Spécifiques

- 1) Étendre l'accès aux soins, et spécifiquement aux antirétroviraux à toutes les Wilayas dans les hôpitaux pour les malades hospitalisés et aux centres de santé pour ceux en ambulatoire ;
- 2) Développer une stratégie globale de prise en charge des PVVIH qui se base sur une approche communautaire à tous les niveaux du processus.
- 3) 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 ;

- 4) Assurer des soins globaux, intégrés et continus de 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 ;
- 5) Assurer la délégation des tâches pour la prescription, la dispensation et le suivi des patients ;
- 6) Garantir la continuité et la disponibilité des médicaments antirétroviraux, des réactifs et des consommables dans le cadre de la pérennisation du programme de prise en charge ;
- 7) Etendre l'accès au soutien psychosocial des personnes infectées et affectées par le VIH ;
- 8) Assurer une prise en charge nutritionnelle de qualité à toutes les étapes de la maladie et une alimentation adéquate des PVVIH ;
- 9) Améliorer la capacité d'intervention des secteurs publics, parapublics, privés et communautaires (ONG, OSC, associations de personnes vivant avec le VIH et autres associations, collectivités décentralisées, établissements de santé privés et entreprises) ;
- 10) Organiser le recueil et l'évaluation régulière des données cliniques, biologiques et thérapeutiques ;
- 11) Favoriser le développement des projets de recherche opérationnelle ;
- 12) Réviser régulièrement le document de politique et de stratégie thérapeutique antirétrovirale.

2.4. Principes de la prise en charge

Les principes reposent sur les valeurs universellement acceptées particulièrement pertinentes 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 l'orientation sexuelle ; 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 notamment chez les adolescents (es), 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 cibles surtout chez les adolescents (es) et PC, 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

2.5. Cadre institutionnel

2.5.1. Comité National de Lutte contre le SIDA (CNLS)

Le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS) est responsable au niveau national de la lutte contre le VIH/Sida. Il assure le pilotage du Programme National mettant en œuvre le Plan Stratégique National (PSN) de Lutte contre le VIH/Sida.

Dans ce cadre il est chargé de :

- Assurer la vision, le pilotage politique de réponse nationale au VIH/Sida ;
- Approuver et mettre à jour le Cadre stratégique National de Lutte contre le Sida ;
- Veiller, dans le cadre de la multisectorialité de la lutte à la cohérence des interventions des différents acteurs nationaux et internationaux ;
- Assurer le suivi de la mise en œuvre des activités liées aux volets de lutte contre le VIH/Sida ;
- Mobiliser les ressources financières nécessaires aux activités de lutte contre le VIH/Sida.

Un comité de pilotage (CP) pour faciliter le travail du CNLS entre ses sessions annuelles.

Le CNLS est assisté par un Secrétariat Exécutif National de lutte contre le Sida (SENLS), qui est l'organe opérationnel du CNLS.

2.5.2. Ministère de la Santé

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

- Garantir la cohérence entre les visions nationales et sectorielles ;
- 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.

2.5.3. Autres secteurs publics

Pratiquement, omis le secteur de l'éducation et la défense, les autres secteurs publics ne jouent plus leurs rôles dans la mise en œuvre de la stratégie de prise en charge. Ils ne possèdent pas de plans sectoriels. Leur rôle dans la PEC était primordial, notamment dans la prise en charge thérapeutique, psychosociale des PVVIH, personnes affectées et dans la sensibilisation dans leurs secteurs respectifs.

2.5.4. 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 la mobilisation communautaire à l'observance et l'accompagnement, au soutien psychologique et communautaire. Les associations des PVVIH doivent jouer un rôle très important dans la lutte contre la stigmatisation et la discrimination.

Un partenariat est établi entre le SENLS et le réseau des Associations des PVVIH (REMAP+). Ce partenariat porte sur la participation effective du Réseau dans l'élaboration des documents stratégiques, la PEC financière des représentants du Réseau lors des rencontres internationales, un appui régulier au fonctionnement du Réseau, un appui nutritionnel et alimentaire aux PVVIH éligibles, financement des AGR et un appui occasionnel pour certains cas spécifiques. Plusieurs conventions ont été signées entre les deux entités pour la recherche des PDV et l'actualisation de leurs statuts.

2.5.5. 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 du niveau communautaire ;
- Contribuer et participer à l'élaboration et à la mise en œuvre 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.

2.5.6. 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 :

- Élaboration 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 adhérents ;

- 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 privés.
- Participation à la prise en charge globale des employés et de leurs familles.

2.6. Politique de décentralisation

La prise en charge se fait actuellement et doit se renforcer au niveau de Nouakchott à travers le Centre de Traitement Ambulatoire (CTA) et par 13 Unités de Traitement Intégrées aux 12 hôpitaux Régionaux et le treizième dans le camp des réfugiés de M'Berra. Mettre en œuvre des projets pilotes de prise en charge intégrée dirigés par des associations, afin de démontrer l'impact et l'efficacité de l'approche communautaire dans la prise en charge des patients.

C'est ainsi qu'on note aussi l'érection de la première unité de PEC des PVVIH et des populations clés abritée et gérée par les acteurs communautaires à El Mina. Ceci renforce l'implication communautaire et la décentralisation des soins pour les rendre encore plus accessibles.

2.7. 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. Un accompagnement psychosocial et communautaire sera aussi de mise par le réseau des associations des PVVIH et organisations communautaires de la société civile.

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 formé et impliqué dans la dispensation des soins et soutiens aux patients dans les formations sanitaires ce qui va surement réduire les sources de stigmatisation.

Il est également nécessaire de former des superviseurs qui peuvent encadrer et soutenir les agents communautaires dans leur travail et s'assurer que les agents communautaires travaillent en étroite collaboration avec les équipes de santé pour renforcer l'intégration des services de santé communautaires et formels.

3. STRATEGIE NATIONALE DE PRISE EN CHARGE DES PVVIH

La Stratégie de Croissance Accélérée et de Prospérité Partagée (SCAPP) 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.

3.1. Organisation du Système de Santé

L'organisation du système de santé est calquée 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, Direction Générale de la Santé Publique, Direction Générale de la Régularisation et de la Planification, 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 sanitaire (DRS) ;
- 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), sont tenus par un infirmier et se situent dans les grandes communes rurales et urbaines et les grandes collectivités d'accessibilité difficile ;
 - Les Centres de Santé sont situés dans les chefs lieu de Moughataa ou les arrondissements, sont dirigés par des médecins- chefs et assurent les consultations préventives et curatives ainsi que les soins d'urgence.
- 2) Deuxième niveau : Les hôpitaux régionaux (EPA) situés au niveau des chefs lieu de Wilaya et 3 situés au niveau Moughataas (Boutilimit – Boghé et Bassiknou).
- 3) Troisième niveau : Hospitaliers de Référence au nombre de 8 et les Établissements 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.

3.2. Formation du personnel et agents de santé

La formation du personnel médical et paramédical occupera un axe stratégique important car le contexte actuel de la mise en œuvre des activités de PEC des patients infectés et affectés par le VIH/SIDA reste encore très limitée sur l'ensemble du territoire du pays.

Dans la perspective de décentraliser la prise en charge des PVVIH suivant la pyramide sanitaire, il serait intéressant de voir le *Quand* et le *Comment* pourrait-on atteindre cet objectif tout en conservant et renforçant les acquis pour une première mesure de la phase de décentralisation.

Au cours de cette première phase qui, n'excédera pas une année, le ministère de la santé se consacrera à évaluer les modalités pratiques de mise en œuvre d'un plan de mise à l'échelle avec une définition effective du paquet minimum de soins pour chaque niveau de la pyramide sanitaire. Durant cette même phase, l'accent doit être mis sur la mise à niveau des connaissances des formateurs nationaux sur le protocole national de prise en charge actualisé.

En s'appuyant sur les expériences acquises par le personnel exerçant au niveau des UPEC, les formateurs régionaux seront formés puis des formations en cascade vont suivre pour le niveau Hôpitaux, Centres et postes de santé ainsi que le niveau communautaire.

Pour réduire les différentes sources de stigmatisation, et renforcer une meilleure perception de la maladie du VIH/sida par les communautés, des séances de formation et de sensibilisation seront organisées à l'attention des paramédicaux et le personnel de soutien des structures sanitaires.

Les réseaux associatifs des PVVIH, les OCB, les ONGs, les ASCs et les RCs bénéficieront aussi d'une formation appropriée sur la PEC communautaire des personnes infectées et affectées par le VIH.

Les formations concerneront non seulement les personnels soignants des structures du Ministère de la Santé mais également les personnels des entreprises (étatiques, privées).

La formation de la prise en charge du VIH portera sur les principales thématiques suivantes :

- 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 : chez les adultes et les adolescents Diagnostic, prophylaxie et traitement des infections opportunistes, y compris la tuberculose et les accidents d'exposition au 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 et nutritionnelle du nourrisson et du jeune enfant ;
- Prise en charge de la co-infection VIH/tuberculose ;
- PEC de la co-infection Hépatite/VIH ;
- Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) ;
- Paquet intégré de service essentiel de nutrition (PISEN) ;
- Support psychosocial et nutritionnel ;
- Techniques de laboratoire (charge virale, PCR, génotypage ...) ;
- Approvisionnement, gestion et dispensation des médicaments ARV et les intrants nutritionnels et alimentaires ;
- 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 ;
- Gestion de la prise en charge communautaire des PVVIH ;

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.

3.3. Paquet Minimum Stratégie / Activités par niveau de la prise en charge

Soit (i) le niveau communautaire, (ii) le niveau de poste de santé, (iii) le niveau de centre de santé, (iv) le niveau hospitalier, (v) le niveau centre spécialisé.

3.3.1. Niveau Communautaire

Avec l'appui des structures Communautaires (USB), les Agents de santé communautaires et les relais vont travailler de concert avec les OCB, les ONGs et particulièrement le réseau associatif des PVVIH pour le déroulement et la mise en œuvre des stratégies ci-dessous :

- Mobilisation sociale / Sensibilisation et identifications et orientation des personnes suspectes vers les structures de dépistage ;
- Soutien psychosocial par les pairs ;
- Appui alimentaire et nutritionnel aux PVVIH ;
- Visites à domicile, recherches des perdus de vue par les membres du réseau ou des ONG ;
- Accompagnement pour l'observance du traitement par les pairs ;
- Promotion et distribution des préservatifs par le réseau ou les pairs.
- L'accompagnement et le développement des activités génératrices des revenus au profit des personnes infectées et affectées par le VIH ;
- La lutte contre la stigmatisation et la discrimination (Sensibilisation et éducation au grand public sur la stigmatisation à travers des campagnes tout en encourageant les PVVIH à s'impliquer d'avantage).

3.3.2. Niveau poste de santé

Le personnel médical et paramédical du poste de santé sera formé pour une mise à niveau de leur connaissance sur la prise en charge des personnes infectées et affectées par le VIH avec l'accent sur le dépistage précoce et leur référencement vers les structures médicales si nécessaire.

Un paquet minimum de soins appropriés aux PVVIH sera disponible au niveau des postes de santé.

La participation et l'implication communautaire sera aussi de mise dans le poste de santé. C'est dans ce cadre que les PVVIH/Réseau et les OCB accompagneront les patients durant toutes les étapes de la prise en charge (accueil, le counseling, l'observance du traitement et la participation et le suivi à domicile des patients). A cet effet, pour rendre effectif une stratégie efficace de suivi et de la prise en charge des PVVIH au niveau des postes de santé, les stratégies suivantes doivent être mise en œuvre :

- Le renforcement des activités préventives en mettant l'accent sur la mobilisation sociale, la sensibilisation, et l'accompagnement de proximités

- des patients aussi bien en milieu sanitaire et communautaire. ;
- Organisation de séances de Counseling pré et post test, pendant les consultations prénatales avec l'appui des PVVIH ;
 - Le dépistage, et la référence du patient testé positif pour confirmation.
 - Le suivi après la mise sous traitement ARV et la prophylaxie contre les infections opportunistes auprès des patients VIH (patients et partenaires) si nécessaire ;
 - Fourniture du Cotrimoxazole sur indication ;
 - Offre du Paquet intégré de service essentiel de nutrition aux PVVIH ;
 - Offrir des services d'écoute et de prise en charge aux adolescents (es) sur les IST/VIH ;
 - Fourniture des ARV et autres services dans le cadre de la PTME ;
 - Suivi des PVVIH : continuum de soins y compris la dispensation des ARV pour les PVVIH, observance, recherche de perdus de vue avec l'appui des OCB et les réseaux ;
 - Participer à la lutte contre la stigmatisation et la discrimination avec l'appui du réseau des PVVIH ;
 - Faire les premiers gestes (précautions universelles) de PEC de l'Accident d'Exposition au Sang et autres liquides biologiques ;
 - Élaboration et transmission des rapports mensuels d'activités ;
 - Éducation nutritionnelle ;
 - Appui alimentaire.

3.3.3. Niveau centre de santé

- En plus le PMA du PS
- Dépistage et confirmation des IST / VIH pendant la consultation (prénatale, patients et partenaires) ;
- Suivi biologique (NFS, ALT, CREAT, GLYCEMIE, CV...) ;
- Traitement des infections opportunités ;
- Suivi clinique des patients sous traitement ARV ;
- Prise en charge des accidents d'exposition au sang ;
- Dépistage systématique du VIH chez les malades tuberculeux ;
- Dépistage systématique de la TB chez les PVVIH ;
- Organisation et collecte des prélèvements pour le dosage de la CV et le diagnostic précoce particulièrement chez les enfants nés de mères séropositives ;
- Traitement préventif antituberculeux par l'isoniaside de la TB chez les PVVIH ;
- Traitement des infections opportunistes ;
- Dépistage systématique du VIH chez les enfants malades de malnutrition aiguë sévère avec complication au niveau des CRENI
- Fourniture des ARV et autres services dans le cadre de la PTME ;
- Offre de prise en charge nutritionnelle des PVVIH par les ATPE ;
- Référence au besoin vers le niveau hospitalier ;
- Élaboration et transmission des rapports mensuels d'activités.

3.3.4. Niveau hospitalier (voir en plus le PMA du centre de santé)

- Suivi biologique (CV, CD4, NFS, ALAT, ASAT, CREAT, GLYCEMIE, ...) ;
- Examens complémentaires (Hémocultures, Rx poumon, Échographie, Scanner...) ;
- Initiation TAR, Traitement infections opportunistes, suivi clinique ;
- 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 et Prise en charge de la malnutrition ; Soins palliatifs ;
- Gestion des échecs thérapeutiques en collaboration avec le centre de référence ;
- Prise en charge psychologique et Soutien sociale (distribution des kits alimentaires, repas communautaire);
- Préparer et transmettre les rapports mensuels d'activités.

3.3.5. Niveau des structures spécialisées (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 pharmacorésistance ;
- Préparer et transmettre les rapports mensuels d'activités.

3.4. 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 ;
- Être enregistrés au niveau de la DPL ;
- Correspondre au standard de l'OMS en termes 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.

3.5. Suivi/évaluation

Le suivi/Évaluation 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, la formation du personnel et les supervisions, 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.

Le système d'information des activités de lutte contre le VIH/sida a longtemps fonctionné en mode verticale ayant beaucoup de mal à intégrer le système national d'information sanitaire (SNIS). Cependant, depuis 2022, le SENLS et le MS ont entrepris les démarches nécessaires pour intégrer la gestion des données VIH dans le SNIS. C'est ainsi qu'après la révision de outils de S&E du VIH, un vaste programme de formation des acteurs du MS (points focaux SNIS, PNSR, PNLS, etc.) est entrepris pour l'utilisation idoine de la plateforme DHIS2. Des canevas de rapports PTME et PEC du VIH sont élaboré et paramétrés dans la plateforme facilitant ainsi le rapportage périodique des données.

3.6. Identification des patients

L'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 du patient.

Tableau VIII :

Code de la région	Région	Nom de la structure de prise en charge	Code de la structure de prise en charge
00	Nouakchott	Centre de Traitement Ambulatoire	CTA
01	Dakhlet-Nouadhibou	Centre Hospitalier de Nouadhibou	HNB
02	Gorgol	Centre Hospitalier de Kaédi	HKD
03	Assaba	Centre Hospitalier de Kiffa	HKF
04	Guidimagha	Centre Hospitalier de Sélibabi	HSB
05	Trarza	Centre Hospitalier de Rosso	HRS
06	HEC	Centre Hospitalier de Néma	HNM
07	Tiris Zemmour	Centre Hospitalier de Zouerate	HZT
08	ADRAR	Centre Hospitalier de ATAR	HAD
09	Tagant	Centre Hospitalier de Tidjikja	HTA
10	HEG	Centre Hospitalier de Aioun	HAI
11	INCHIRI	Centre Hospitalier de Akjoujt	HIN
12	Brakna	Centre Hospitalier de Aleg	HAL
13	HEC	CS M'BERRA	
14	El Mina	SOS-PE	

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

- Numéro d'identification ; Date de naissance ; Sexe ; Date d'ouverture du dossier ; Date de démarrage du traitement ARV ; Date dernière dotation ARV et Date prochaine Rendez vous

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

4. Prévention de l'infection à VIH

4.1. Méthodes classiques

Les méthodes classiques de prévention du VIH telles l'usage du préservatif, l'abstinence, la fidélité réciproque, la sécurité transfusionnelle, le dépistage du VIH, le dépistage et le traitement des IST, les précautions universelles pour le personnel de santé, l'utilisation de seringues à usage unique et la circoncision masculine médicalisée restent de rigueur.

4.2. Nouvelles méthodes

4.2.1. Traitement comme moyen de prévention (TASP)

Le traitement comme prévention (TasP: Treatment as Prévention) est une intervention de prévention du VIH qui consiste à traiter une personne séropositive avec des antirétroviraux selon la directive nationale en vigueur, pour réduire le risque de transmission du virus à un partenaire séronégatif. Le traitement comme prévention est un bénéfice secondaire du TAR.

En effet, aujourd'hui des études ont montré qu'une personne séropositive ayant une charge virale indétectable grâce à son traitement ne transmet le VIH ni par voie sexuelle, ni par voie verticale de la mère à son enfant. Ainsi au sein des couples séro--différents, le traitement antirétroviral de la personne séropositive au VIH permet de réduire le risque transmission au(x) partenaire (s) négatif (s).

4.2.2. Prophylaxie pré-exposition (PrEP: Pré-Exposition Prévention)

➤ DÉFINITION

La prophylaxie pré-exposition (PrEP), consiste à l'utilisation préventive de traitements antirétroviraux chez des personnes non-infectées au VIH afin de réduire le risque de contamination.

Il s'agit d'une méthode de prévention par la combinaison de deux molécules d'antirétroviraux chez une personne séronégative qui a des comportements à risque de contracter le VIH. Les deux molécules d'antirétroviraux utilisés en association sont le ténofovir (TDF) et l'emtricitabine (FTC) sous une forme de combinaison à dose fixe (en un seul comprimé).

La reconnaissance de la prophylaxie pré-exposition comme un outil additionnel à intégrer à la palette préventive marque un tournant majeur dans la lutte contre l'épidémie du VIH et du sida.

La PrEP est prescrite uniquement aux personnes séronégatives majeures qui prennent régulièrement des risques face au VIH, notamment les HSH, les PS, les personnes vivant dans un couple séro-différent (ou discordants) ou toute autre personne avec un comportement à risque fréquent.

➤ **POPULATIONS CIBLES**

Personnes à risque élevé de transmission de l'infection à VIH :

Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes ;

Couples séro-différents ;

Les travailleurs (euses) de sexe ;

Les transgenres ;

Les utilisateurs de drogues injectables (UDI)

NOTE : Pour les autres groupes à risque élevé de transmission de l'infection à VIH, la gestion sera au cas par cas.

➤ **DEMARCHE PRÉALABLE**

L'initiation d'un traitement en PrEP requiert les conditions suivantes :

Chez le couple séro-différent

Partage du statut VIH dans le couple ;

Absence d'infections sexuellement transmissibles incluant le VIH chez le ou la partenaire destinée à recevoir la PrEP ;

Absence d'infections sexuellement transmissibles chez le ou la partenaire sous traitement ARV ;

Charge virale indétectable chez le ou la partenaire sous traitement ARV.

➤ **Chez le HSH**

Absence d'infections sexuellement transmissibles chez la personne destinée à recevoir la PrEP.

NOTES :

La PrEP est contre-indiquée en cas d'infection par le virus de l'Hépatite B ;

Éviter d'associer la PrEP aux produits néphrotoxiques comme les anti-inflammatoires non stéroïdiens.

Pour d'amples informations se rapporter au guide national de mise en œuvre de la PrEP.

➤ **Les modalités de prise de la PrEP sont :**

En continu à raison de 1 comprimé tous les jours à la même heure pendant au minimum 3 semaines pour les femmes et une semaine pour les hommes ;

À la demande (uniquement pour les hommes) à raison de 2 comprimés (minimum 2h et maximum 24h) avant le rapport sexuel sans protection, puis 1 comprimé le lendemain à la même heure et une deuxième 24h après. Elle doit être utilisée avant et après l'exposition au risque.

Les SCHÉMAS PrEP

Ténofovir (TDF) / Emtricitabine (FTC)

PrEP en prise « continue » : 1 comprimé tous les jours.

HSH : la protection efficace après 7 jours de prise quotidienne avec une adhésion maximale. Le port du préservatif et l'utilisation du gel lubrifiant sont recommandés lors des rapports sexuels jusqu'au 7ème jour de traitement.

Femme : la protection optimale est obtenue qu'après 21 jours de prise quotidienne avec une adhésion maximale. Le port du préservatif et l'utilisation du gel lubrifiant sont recommandés lors des rapports sexuels jusqu'au 21ème jour de traitement au moins. Il est recommandé de combiner les différents moyens de prévention comme le port du préservatif pour plus de sécurité.

PrEP à la demande chez les HSH : 4 comprimés en 3 prises.

Deux (2) comprimés dans les 24 heures au plus tard deux heures avant l'acte sexuel puis 1 comprimé, 24 heures après la première prise et 1 autre comprimé 48 heures après la première prise (Cf. guide national de mise en œuvre de la PrEP).

NOTE : Cette modalité de prise n'est pas recommandée chez les autres groupes à risque élevé de transmission de l'infection à VIH en particulier chez la femme.

➤ **SUIVI DU PATIENT DESTINÉ A RECEVOIR LA PrEP**

La mise sous la PrEP requiert un suivi médical qui vise à s'assurer de son observance, de l'efficacité et de la tolérance du traitement :

- Vérifier l'absence de séroconversion au VIH ;
- Vérifier l'observance ;
- Rechercher des effets indésirables ;
- Dépister d'éventuelles IST ;
- Informer à nouveau sur les méthodes de prévention du VIH.

Consultation initiale : Jour 0

- Bilan VIH, IST et Hépatite B. S'enquérir d'autres médicaments en cours ;
- Conseil en prévention ;
- Bilan rénal : Créatinémie/ clairance, Protéinurie ;
- Prescription TDF + FTC pour 1 mois.

Consultation de suivi 1 = Mois 1

- Bilan VIH et IST. S'enquérir d'autres médicaments en cours ;
- Conseil en prévention ;
- Bilan rénal : Créatinémie/ clairance, Protéinurie ;
- Prescription TDF + FTC pour 1 mois.

Consultation de suivi 2 = Mois 2

- Prescription TDF + FTC pour 2 mois

Consultation de suivi 3 = Mois 4

- Bilan VIH, (IST si symptôme) ;
- Bilan rénal : Créatinémie/ clairance, Protéinurie ;
- Prescription de TDF + FTC pour 3 mois.

Consultation de suivi 4 = Mois 7

Idem Consultation 3 ; Ainsi de suite tous les trimestres

NOTE : l'offre de la PrEP sera définie à travers des modalités qui seront fixées par le Comité Scientifique VIH.

Les modalités de prise de la PreP sont :

4.2.3. Auto dépistage pour le VIH

Il permet de faciliter le dépistage du VIH et de favoriser le diagnostic le plus précocement possible.

Un auto-dépistage du VIH désigne un processus dans lequel une personne recueille son propre spécimen (salive ou sang) et effectue ensuite un test VIH et interprète le résultat, souvent dans un cadre privé, seul ou avec quelqu'un de confiance. Comme pour toutes les approches de dépistage du VIH, l'auto-dépistage doit toujours être volontaire, non coercitive ni obligatoire. En cas de réactivité, il est important de se rapprocher des structures de santé pour la confirmation.

En Mauritanie, en 2023, le PNLIS du MS en collaboration avec le SENLS à élaborer la stratégie nationale et le manuel de formation sur l'auto-dépistage du VIH. Cette approche d'utilisation de l'autotest du VIH est particulièrement adaptée pour les populations hautement vulnérables et souvent cachées (population clés et autres populations vulnérables). Le défis à relever sera la mise en œuvre en partenariat avec les acteurs de la société civile et les Organisations Communautaires à Base identitaire pour vulgariser cette méthode.

4.3. Prophylaxie post exposition au sang et liquides biologiques

4.3.1. Définition :

Il s'agit d'un contact accidentel avec du sang ou un liquide biologique contaminé lors d'une effraction cutanée (piqûre, coupure), d'une projection sur une muqueuse (conjonctive, bouche), d'une projection sur une peau lésée (plaie, excoriation), d'une rupture de préservatif, d'un rapport non protégé, d'un viol ou d'autres agressions sexuelles. Des dizaines de pathogènes peuvent être transmis à cette occasion, mais les principaux sont le VIH, le VHB et le VHC.

4.3.2. Gestes immédiats :

Dans la minute : Soins locaux Piquûre et blessure.

- Nettoyage immédiat de la zone cutanée lésée à l'eau et au savon puis rinçage ;
- Antiseptie avec dérivé chloré (Dakin ou eau de Javel à 12° diluée au 1/10e) ou à défaut, alcool à 70° ou polyvidone iodée en solution dermique (pendant au moins 5 minutes).

Contact direct du liquide biologique sur peau lésée :

Mêmes protocoles de nettoyage et d'antiseptie de la zone atteinte que précédemment.

Projection sur muqueuses et yeux :

Rincer abondamment à l'eau ou au sérum physiologique (pendant au moins 5 minutes)

- **Contactez un médecin référent dans les 4 h et pas au-delà de 48 heures**

Évaluation du risque infectieux :

Risque élevé

Piqûre profonde ou modérée par dispositif intra vasculaire ou aiguille creuse ayant servi en IV ou IM

Exposition à du VIH concentré (ex : laboratoire)

Coupure profonde ou modérée avec une lame de bistouri

Risque intermédiaire

Piqûre superficielle par une aiguille creuse ayant servi en IV ou IM

Coupure superficielle par une lame de bistouri

Piqûre profonde ou modérée avec une aiguille IM, sous-cutanée ou de suture

Risque faible

Érosion épidermique superficielle par une aiguille de suture, sous-cutanée ou IM

Autres cas : morsures, griffures, contact sanguin sur peau ou muqueuse intacte, contact avec un autre liquide biologique (ex : salive, urines...).

➤ **Bilan initial :**

Examen clinique complet et psychologique, Sérologie (VIH, VHB, VHC), NFS, créatininémie, Transaminase

➤ **Bilan initial : Évaluation du statut sérologique (VIH, VHB, VHC), entre J0 et J8 après AES : chez patient source et chez la victime d'AES**

- Sérologie VIH positive chez la victime d'AES : Continuer le traitement ARV à vie et l'intégrer dans le système de prise en charge de l'infection par le VIH

- Sérologie VIH négative chez la victime d'AES, patient source VIH négatif, sans facteurs de risques dans les 3 mois précédents : arrêter le traitement

- Sérologie VIH négative chez la victime d'AES, patient source VIH positif ou inconnu : continuer le traitement pendant 1 mois.

➤ **NB : la Chimio prophylaxie antirétrovirale ne doit souffrir d'aucun retard. Il est à débiter dans les 4 heures après AES et pas au-delà des 48 heures même en l'absence de bilan.**

➤ **Indications**

- Risque élevé

- Risque intermédiaire

- Contact d'une quantité importante de sang sur muqueuse ou peau lésée, pour une durée prolongée (supérieure à 15 minutes)

- Morsure avec présence de lésions buccales chez la personne source.

➤ **Schémas thérapeutiques**

TABLEAU IX : Schémas antirétroviraux pour la prophylaxie post exposition

Populations	Prophylaxie Post Exposition au VIH 1 et/ou VIH 2	
	Schéma préférentiel	Schéma alternatif
Adultes et adolescents	TDF + 3TC + DTG (TLD)	TDF + 3TC+ LPV/r (ou ATV/r ou DRV/r ou RAL)
Enfants de 10 ans et jeunes	AZT + 3TC+ DTG (Combivir+DTG)	(ABC+3TC) + LPV/r ou (TDF+3TC/FTC) + LPV/r (à défaut de LPV/r , options ATV/r ou RAL)

NB : Si le patient source est déjà sous traitement ARV :

- Efficace (CV indétectable) : proposer le même schéma à la victime d'AES ;
- Inefficace (échec) : éviter schéma déjà proposé ;

Il n'est pas recommandé de donner les Non Nucléosidiques en prophylaxie.

➤ **Notification de l'accident sur le registre des AES et au médecin référant**

➤ **Suivi sérologique VIH à M3 et M6 après AES : chez la victime, si patient source VIH positif ou inconnu**

4.3.3. Dans les 24 heures : Contacter le médecin du travail ou assimilé :

- Déclaration de l'AES ;
- Suivi sérologique (VIH, VHC, VHB) ;
- Analyse des circonstances de l'accident.

4.3.4. Procédures standardisées pour éviter les accidents avec exposition au sang en milieu de soins :

- Se laver les mains immédiatement en cas de contact avec des liquides contaminants et systématiquement après tout soin
- Porter des gants adéquats systématiquement pour tout geste de soin, pour tout contact avec un liquide biologique contaminant, une lésion cutanée, des muqueuses, du matériel souillé
- Recouvrir toute plaie avec un pansement ;
- Porter un masque anti projection (et non de visiteur), des lunettes, une sur blouse lorsqu'il existe un risque de projection notamment en cas d'aspiration ;
- Faire attention lors du geste et lors de toute manipulation d'instruments pointus ou tranchants potentiellement contaminés ;

- Ne jamais plier ou ré-capuchonner les aiguilles ; ne pas dégager les aiguilles des seringues ou des systèmes de prélèvement sous vide à la main ;
- Jeter immédiatement les aiguilles et autres instruments piquants ou coupants dans un conteneur spécial de sécurité ;
- Décontaminer immédiatement les instruments utilisés et les surfaces souillées de sang ou d'un autre liquide biologique avec de l'eau de javel 12° fraîche- ment diluée au 1/10 ou un autre désinfectant efficace (dérivés iodés)
- Placer les matériels à éliminer dans des emballages étanches marqués d'un signe distinctif.

4.4. Prophylaxie post exposition au sexe

En cas de viol, d'agression sexuelle, rupture de préservatif ou de rapport sexuel non protégé avec une personne suspecte, il est essentiel de :

- faire une consultation gynécologique avec établisse- ment d'un certificat médical ;
- donner la pilule du lendemain chez la femme jeune en âge de procréer
- faire un PV à la recherche d'IST ;
- donner les ARV pendant 1 mois en guise de prophylaxie (voir tableau 2).

4.5. Prévention de la transmission mère-enfants du VIH

La prévention du VIH est surtout destinée à l'enfant né de mère séropositive : c'est une bithérapie qui est débutée le plus tôt possible après la naissance et pendant 6 semaines (cf. chapitre PTME).

5. Prise en charge des personnes vivant avec le VIH

5.1. Prise en charge médicale

La prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) vise à améliorer la qualité de vie des patients, réduire la charge virale du VIH, prévenir la transmission et limiter l'apparition des complications liées à l'infection par le VIH. La gestion du VIH repose sur une approche globale qui inclut non seulement les traitements antirétroviraux (ARV), mais aussi le suivi clinique, la prévention des co-infections, la prise en charge des comorbidités, ainsi que le soutien psychosocial.

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

- Évaluer l'état clinique du patient ;
- Évaluer la tolérance au traitement et le degré d'observance ;
- Rechercher et gérer les effets secondaires au traitement ;
- Rechercher et traiter les infections opportunistes ;
- Évaluer 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.

5.1.1. Prise en charge antirétrovirale et prophylaxie au cotrimoxazole

Depuis 2018, la Mauritanie a mis en place la stratégie "tester et traiter" pour la prise en charge médicale du VIH/SIDA, en suivant les recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Cette approche consiste à proposer un traitement antirétroviral (TARV) immédiatement après le diagnostic d'une infection au VIH, sans attendre que le patient atteigne un certain seuil de cellules CD4, qui sont les cellules immunitaires ciblées par le virus. En d'autres termes, toute personne infectée par le VIH peut désormais commencer un traitement sans tenir compte de son niveau de progression de la maladie.

C'est dans ce cadre qu'est né le terme "TETERIM", un acronyme local symbolisant cet engagement de la Mauritanie envers l'application rapide et généralisée de cette stratégie de santé publique. Cette démarche vise non seulement à améliorer la santé des personnes vivant avec le VIH mais aussi à réduire la transmission du virus au sein de la population. En permettant un accès précoce et inconditionnel au TAR, la Mauritanie s'efforce de ralentir la propagation de l'épidémie et d'améliorer la qualité de vie des patients, tout en atteignant des objectifs de santé publique ambitieux comme ceux définis dans les objectifs mondiaux de lutte contre le VIH/SIDA. Cette stratégie est la deuxième composante de la stratégie mondiale des 95-95-95 que la Mauritanie a adopté dans son PSN 2022 -2027.

5.1.1.1. 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.

Il s'agit d'un traitement à vie, qui nécessite une excellente observance de la part des patients et un suivi régulier par le personnel soignant, la famille et les organisations communautaires ;

Le traitement antirétroviral est une multi thérapie :

- Le Traitement ARV est initié immédiatement pour les patients des stades OMS I ou II.
- Il peut être différé de 7 jours maximum pour les patients des stades OMS III et IV.

Les principes directeurs de la prise en charge du VIH/sida reposent sur :

- L'approche pluridisciplinaire et décentralisée avec l'implication de l'ensemble des acteurs nationaux des différents secteurs, les wilayas et les moughataas ;
- L'engagement et le leadership au plus haut niveau qui facilitent la promotion de l'approche multisectorielle et rend plus effective l'appropriation de la riposte au VIH dans les secteurs publics, privés et dans la société civile ;
- La prise en compte de l'accès universel et des objectifs de développement durable (ODD) ;
- La prise en compte des besoins essentiels des populations clés et vulnérables, et le respect des Droits Humains ;
- La prise en compte de la dimension genre et équité dans la riposte au VIH quelle que soient les convictions religieuses, les orientations sexuelles, la race et le sexe ;
- L'implication de la communauté ;
- La délégation des tâches ;
- Le renforcement du système de santé ;
- L'adoption de l'approche de planification axée sur les résultats ;
- L'adoption d'une approche centrée sur le patient et la communauté.

5.1.1.2. Prophylaxie au cotrimoxazole

Elle prévient certaines infections opportunistes telles que la toxoplasmose, l'isosphorose ; la pneumocystose. En plus elle permet de réduire l'incidence du paludisme et, d'une manière générale, de la mortalité chez les patients.

Tableau X. Critères d'instauration et d'interruption de la prophylaxie (OMS, 2021) au cotrimoxazole

Population	Recommandations	
	Critères pour l'instauration	Critères d'interruption
Adultes (y compris les femmes enceintes) VIH+	<ul style="list-style-type: none"> • Stade clinique 3 ou 4 de l'OMS 	<ul style="list-style-type: none"> • cliniquement stables, et/ou de suppression de la charge virale sous ARV
Enfants et adolescents VIH+	<ul style="list-style-type: none"> • < 5 ans • ≥ 5 ans, avec stade clinique OMS (3 ou 4) 	<ul style="list-style-type: none"> • Âge adulte. • > 5 ans dont l'état clinique est stable et/ou de suppression de la charge virale sous ARV
Nourrissons exposés au VIH	<ul style="list-style-type: none"> • A partir de 4-6 semaines après la naissance 	<ul style="list-style-type: none"> • Jusqu'à ce que le risque de transmission du VIH cesse et que l'infection par le VIH soit exclue par un test adapté à l'âge.
Co-infection VIH/TB	<ul style="list-style-type: none"> • Initier le traitement pour toutes les personnes atteintes de tuberculose active 	<ul style="list-style-type: none"> • Jusqu'à ce que les critères d'arrêt pour les adultes ou les enfants soient remplis

- ❖ Les adultes cliniquement stables sont définis comme des personnes recevant un traitement antirétroviral depuis au moins un an et n'ayant présenté aucun nouvel événement clinique de stade 2, 3 ou 4 selon l'OMS
- ❖ Paramètre de récupération immunitaire chez les enfants de plus de cinq ans : Nombre de cellules CD4 >350 cellules/mm³, avec des charges virales supprimées.
- ❖ Surveiller la toxicité des effets indésirables

Le cotrimoxazole est contre indiqué dans les cas suivants (VIDAL, 2024):

- Allergie aux sulfamides
- Insuffisance rénale ou hépatique sévère

Le Dapsone (Disulone+200 mg d'oxalate de fer) 100 mg comprimé une fois par jour peut-être une alternative en cas d'intolérance au Cotrimoxazole.

Tableau XI. Posologie du Cotrimoxazole chez les nourrissons, enfants âgés d’au moins quatre semaines, et adultes (OMS, 2021)

Poids (kg)	Suspension (200 mg/40 pour 5 ml)	Comprimés (Dispersible) 100 mg/ 20 mg	Comprimés (sécables) 400 mg/80 mg	Comprimés (sécables) 800 mg/160 mg
3 - < 5	2,5 ml	1	-	-
6 - < 10	5 ml	2	0,5 cp	-
10 - < 14	5 ml	2	0,5 cp	-
14 - < 20	10 ml	4	1 cp	0,5 cp
20 - < 25	10 ml	4	1 cp	0,5 cp
25 - < 35	-	-	2 cp	1 cp
Adultes	-	-	2 cp	1 cp

5.1.2. Protocoles ARV pour l’adulte, l’adolescent et l’enfant

L’objectif d’un traitement antirétroviral est de :

- Rendre et maintenir durablement la charge virale (CV) indétectable afin d’arrêter la progression de la maladie virale ;
- Restaurer l’immunité, permettant d’augmenter l’espérance de vie et d’améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH ;
- Réduire le risque de transmission du VIH.

L’initiation du traitement ARV nécessite cependant une confirmation du diagnostic VIH.

Pour la mise sous traitement ARV (TAR) en première ligne, le choix du prescripteur s’orientera prioritairement vers le protocole de première intention recommandé par le pays.

L’alternative sera choisie uniquement en cas de : Intolérance connue du patient avec la première intention, Contre-indication, Indisponibilité ponctuelle du produit de la première ligne.

Un bilan initial prêt thérapeutique doit être effectué. Cependant, le bilan ne doit pas retarder le démarrage du TAR. En cas de contraintes de réalisation du bilan, le TAR peut être initié. L’équipe de PEC doit tout mettre en œuvre pour disposer du bilan initial le plus tôt possible, idéalement dans le premier mois du démarrage du TAR.

5.1.2.1. Protocoles ARV de prise en charge adultes

Proposer de commencer immédiatement le TAR chez tous les PVVIH quel que soit leur stade clinique ou leur taux de CD4. Surtout si :

- **Femmes enceintes ou allaitantes :**
- **Personnes atteintes de VIH à un stade avancé**

- Pour la mise sous ARV en première ligne, le choix du prescripteur s`orientera prioritairement vers la première intention. L`alternative sera choisie uniquement en cas de : Contre-indication ; Intolérance connue du patient avec la première intention ; Indisponibilité ponctuelle du produit de la première ligne ;
- Un bilan initial prêt thérapeutique doit être effectué ;

NB : L`éducation thérapeutique doit être faite dès le début du processus d`initiation du TAR pour assurer une bonne observance.

La dispensation des médicaments antirétroviraux (ARV) doit se faire selon une approche différenciée centré sur le patient et sa famille ou sa communauté. Le programme PNLIS recommande des dotations de 3 à 6 mois pour diminuer la pression au niveau des structures d`offres de services de traitement, ensuite pour augmenter l`observance du traitement.

Régimes antirétroviraux recommandés pour le traitement initial de l`infection par le VIH chez l`adulte, doivent contenir **3 ARV** dont **2** inhibiteurs nucléosides de transcriptase inverse (**INTI**) + **1** inhibiteur d`intégrase (**INI**) ou **1 inhibiteur de protéase (IP)** ou encore **1** inhibiteur non-nucléosidique de la transcriptase inverse (**INNTI**).

5.1.2.2. Régimes antirétroviraux recommandés pour le traitement initial de l'infection par le VIH chez l'adulte.

5.1.2.3. Schémas de première ligne

Tableau XII : Schémas thérapeutiques de première ligne préférés et alternatifs pour les adultes, les adolescents, les enfants et les nouveaux nés

Cibles	Première ligne		Circonstances Particulières
	Préférentiels	Alternatifs	
Adultes et adolescents	TDF+3TC(FTC)+DTG^a (Ténofovir+lamivudine+Dolutégravir) = TLD	TDF+3TC+EFV400 ^a	TDF+3TC (ou FTC) +EFV600 ^a AZT+3TC+EFV600 ^a TDF+3TC (FTC)+PI/r ^a TDF+3TC (FTC) +RAL TAF ^b +3TC (FTC) +DTG ABC+3TC+DTG TDF+3TC (FTC) +PI/r ^a
Enfants	ABC+3TC+DTG	ABC+3TC+LPV/r TAF ^d +3TC(FTC)+DTG	ABC+3TC+EFV (NVP) ABC+3TC+RAL ^e AZT+3TC+EFV ^f (NVP) AZT+3TC+LPV/r(RAL)
Nouveaux nés	AZT (ABC)+3TC+RAL^g	AZT+3TC+NVP	AZT+3TC+LPV/r ^h

a. ARV à base d'EFV ne doit pas être utilisé dans les contextes où les estimations nationales de la résistance à l'EFV, avant traitement sont supérieures ou égales à 10 %. Dans les contextes où la prévalence de la résistance du VIH aux médicaments est élevée et où le DTG n'est pas disponible, il convient d'utiliser un schéma renforcé à base d'IP.

Par ailleurs, les tests de résistance aux médicaments contre le VIH devraient être envisagés, lorsque cela est possible, pour guider le choix du traitement de première intention

b. Le TAF peut être envisagé pour les personnes souffrant d'ostéoporose avérée et/ou d'insuffisance rénale.

c. Pour les groupes d'âge et de poids pour lesquels le dosage du DTG est approuvé, à partir de quatre semaines et de 3 kg.

d. Pour les groupes d'âge et de poids pour lesquels le dosage du TAF a été approuvé

e. Le RAL ne peut être utilisé comme régime alternatif que si les formulations solides de LPV/r ne sont pas disponibles.

f. L'EFV ne doit pas être utilisé chez les enfants de moins de trois ans.

g. Les nouveau-nés qui commencent un traitement antirétroviral à base de RAL devraient passer au DTG dès que possible. Il existe des nouveaux dosages pour l'ABC chez les nouveau-nés. Toutefois, en raison de la disponibilité limitée du sirop ABC, le sirop AZT reste une option efficace à combiner avec le 3TC pendant les quatre premières semaines de vie.

h. Le sirop ou les granulés LPV/r peuvent être utilisés si le traitement débute après l'âge de deux semaines.

Tableau XIII : Transition vers des schémas thérapeutiques optimaux pour les enfants qui sont déjà sous ARV

Régime actuel	Poids	Régime optimal pour la transition	Considérations
AZT+3TC+NVP AZT+3TC+EFV ABC+3TC+NVP ABC+3TC+EFV ABC+3TC+LVP/r AZT+3TC+LVP/r	< 30 kg	ABC+3TC+DTG	Dès lors qu'ils pèsent plus de 3 kg et qu'ils sont âgés de 4 semaines
	> 30 kg	TDF+3TC+DTG = TLD	Pour tous les adultes et adolescents à partir de 30kg

Tableau XIV : Considérations relatives à la transition vers le TLD chez les adultes et les adolescents

Scénario de transition de traitement	Approche privilégiée	Commentaires
DTG pour les personnes vivant avec le VIH qui utilisent déjà un traitement de première intention		
Charge virale non supprimée (>1000 copies/ml)	Passage à AZT+3TC+DTG	<ul style="list-style-type: none"> Le maintien du TDF + 3TC peut être envisagé compte tenu des avantages qu'il présente. préférence du TDF par rapport à l'AZT et des données récentes démontrant que la suppression des charges virales peut être obtenue par cette approche Renforcer l'observance
Charge virale supprimée (<1000 copies/ml)	Le remplacement par un régime de TLD peut être envisagé	<ul style="list-style-type: none"> Le changement doit être Envisagée dans le contexte de l'approvisionnement en médicaments et du choix du patient. La substitution peut confèrent de nouveaux effets secondaires et interfèrent avec l'observance. Cependant, les schémas avec DTG peuvent être plus durables à long terme.
Cliniquement stable sous ARV et charge virale inconnue	Donner la priorité au test de charge virale si possible ou prendre en compte d'autres indications cliniques pour la prise de décision et le passage à un régime de TLD peut être envisagé	<ul style="list-style-type: none"> L'absence de charge virale ne doit pas être un obstacle à la transition. <ul style="list-style-type: none"> Les données récentes sont rassurantes quant à l'efficacité du DTG avec une base d'INTI inactive ou partiellement active. Important dans les situations où la résistance aux INNTI avant traitement est > 10%.
Sous ARV 1 ^{ère} intention sous optimal	Passer au TLD	

TRAITEMENT DE DEUXIÈME LIGNE

Le traitement ARV de 2^{ème} ligne est indiqué chez un patient en échec thérapeutique documenté. Dans ce cas, il est recommandé de renforcer l'observance avant d'envisager tout changement de ligne thérapeutique.

5.1.2.4. Gestion de l'échec de 1^{ère} ligne chez l'adulte et l'adolescent :

Première situation :

Si la CV plasmatique est entre le seuil de détectabilité de la technique utilisée et 1000 copies :

- Vérifier et renforcer l'observance ;
- Contrôler la CV trois mois plus tard.

Si la charge virale revient inférieure au seuil de détectabilité de la technique utilisée maintenir le traitement de 1^{ère} ligne

Si la charge virale reste toujours entre le seuil de détectabilité de la technique utilisée et inférieure ou égal à 1000 copies/ml :

- Vérifier et renforcer l'observance ;
- Contrôler la CV trois mois plus tard.

Deuxième situation :

Si la CV plasmatique est supérieure ou égale à 1000 copies/ml :

- Vérifier et renforcer l'observance ;
- Contrôler la CV trois mois plus tard.

Si la charge virale revient inférieure à 1000 copies/ml, (CF première situation).

Si la charge virale reste supérieure ou égale à 1000 copies/ml, modifier le traitement dès que possible et passer en 2^{ème} ligne du TAR.

5.1.2.5. Les schémas proposés en deuxième ligne thérapeutique

Le schéma de 2^{ème} ligne doit inclure au moins 2 nouvelles molécules dont l'une issue d'une famille différente des familles utilisées en première ligne.

La Lamivudine (3TC) doit être toujours maintenue en 2^{ème} ligne.

En cas d'échec thérapeutique confirmé VIH-1 ou VIH-2 de la 1^{ère} ligne, le schéma préférentiel de deuxième ligne suivant est recommandé :

- 2 inhibiteurs nucléosidiques/nucléotidiques de la transcriptase inverse + 1 inhibiteur de protéase (IP) boosté
- Les IP préférentiels sont : Lopinavir/ritonavir (LPV/r), Darunavir/ritonavir (DRV/r) ou Atazanavir/ritonavir (ATV/r).

Tableau XV : Schémas thérapeutiques de deuxième ligne préférés et alternatifs pour les adultes, les adolescents et les enfants

Population	Échec du traitement de 1 ^{ère} ligne	Traitement de 2 ^{ème} ligne préféré	Traitements de 2 ^{ème} ligne alternatif
Adultes et Adolescents (a)	TDF(b)+3TC(FTC)+DTG (c)	AZT+3TC+ATV/r(LPV/r)	AZT+3TC+DRV/r (d)
	TDF+3TC(FTC)+EFV(NVP)	AZT +3TC + DTG (c)	AZT+3TC+ATV/r(LPV/r ou DRV/r) (d)
Enfants	ABC + 3TC + DTG (e)	AZT+3TC+LPV/r(ATV/r (f)	AZT+3TC+DRV/r (g)
	ABC(AZT)+3TC+LPV/r	AZT(ABC)+3TC+DTG (e)	AZT(ABC)+3TC+RAL
	ABC(AZT)+3TC+EFV	AZT(ABC)+3TC+DTG (e)	AZT(ABC)+3TC+LPV/r (ATV/r) (f)
	AZT + 3TC + NVP	ABC + 3TC + DTG (e)	ABC+3TC+LPV/r(ATV/r) (f)

(a) la transition en cas d'utilisation d'un IP : TDF + 3TC (ou FTC) + ATV/r (ou LPV/r, ou DRV/r) en traitement de première ligne doit être changer en AZT + 3TC + DTG en traitement de deuxième ligne

(c) Le TAF peut être utilisé comme INTI alternatif pour les enfants et dans des situations particulières pour les adultes

(d) Le RAL + LPV/r peut être utilisé comme traitement alternatif de 2eme ligne pour les adultes et les adolescents.

(e) Depuis juillet 2021, la FDA des États-Unis et l'Agence européenne des médicaments ont approuvé le DTG pour les nourrissons et les enfants âgés de plus de quatre semaines et pesant au moins 3 kg.

(f) L'ATV/r peut être utilisé comme alternative au LPV/r pour les enfants de plus de trois mois, mais la disponibilité limitée de formulations appropriées pour les enfants de moins de six ans, l'absence de formulation à dose fixe et la nécessité d'une administration séparée de RTV doivent être prises en compte lors du choix de ce régime.

(g) Le DRV/r ne doit pas être utilisé chez les enfants de moins de trois ans et doit être associé à un dosage approprié de RTV

5.1.2.6. Les schémas thérapeutiques de 3^{ème} ligne

Faire un test de génotype avant la mise en route d'une troisième ligne afin de chercher des résistances aux médicaments ARV.

L'observance doit être renforcée chez le patient pour éviter l'échec d'une 2^{ème} ligne de traitement.

Le protocole de 3^{ème} ligne aura pour pièce angulaire le Darunavir (DRV). Les résultats du test de génotypage seront déterminants dans le choix des schémas thérapeutiques à prescrire aux Patients.

Les schémas suivants peuvent être des options de 3^{ème} ligne :

DRV/r + DTG ± 1 ou 2INTI

ABC + 3TC + **DRV/r + DTG (ou RAL)**

TDF + FTC + **DRV/r + DTG (ou RAL)**

AZT + 3TC + **DRV/r + DTG (ou RAL)**

5.1.3. TABLEAU XVI : protocoles thérapeutiques de deuxième et troisième lignes chez l'adulte et l'adolescent

	Deuxième ligne préférentielle	Deuxième ligne optionnelle	Troisième ligne
Adultes et Adolescents	AZT+3TC+LPV/r ou ABC+3TC+LPV/r AZT+3TC+DTG ou ABC+3TC+DTG	AZT(ouABC)+3TC+DRV/r (ouRALouLPV/r) AZT(ouABC)+3TC+ATV/r (ou LPV/r ou DRV/r)	DRV/r+DTG (ou RAL) +/-1ou2 INRT

Les patients en échec virologique de 2^{ème} ligne doivent être gérés en fonction du résultat du test de génotypage de résistance aux ARV.

5.1.3.1. Protocoles ARV de prise en charge de l'enfant

Malgré de nombreux efforts et un engagement plus fort des politiques, le dépistage et la prise en charge médicale du VIH pédiatrique restent les parents pauvres de la lutte contre le VIH.

Le suivi des enfants infectés dépend de la précocité du dépistage et du délai d'initiation de la prise en charge et de sa qualité, d'où l'importance de rendre plus accessibles et fonctionnels pour les enfants les services de dépistage et de prise en charge.

La dotation en ARV doit être de 3 à 6 mois pour diminuer la pression au niveau des structures d'offres de services de traitement, ensuite pour augmenter l'observance du traitement et enfin pour pallier à certaines contraintes de déplacement chez les bénéficiaires. Cette remarque est valable aussi pour le traitement de l'adulte.

Régimes antirétroviraux recommandés pour le traitement initial de l'infection par le VIH chez les enfants.

TABLEAU XVII : Schémas thérapeutiques de première ligne chez l'enfant

Poids	Schéma 1ère ligne chez l'Enfant
< 20 kg	(ABC + 3TC) + DTG ₁₀ ou LPV/r
20 – 29.9 kg	(ABC + 3TC) + DTG ₅₀
≥ 30 kg	(TDF + 3TC + DTG ₅₀) TLD

TABLEAU XVIII : Schémas thérapeutiques de deuxième et troisième lignes chez l'enfant

Option de traitement pour l'enfant		
1ère ligne	2ème ligne	3ème ligne
AZT+3TC + LPV/r	ABC+3TC+DTG (ou RAL)	DRV/r + DTG +/- 2 INRT
AZT+3TC + NVP (ou EFV)	ABC+3TC+DTG (ou RAL)	
AZT+3TC + DTG (ou RAL)	ABC+3TC+LPV/r	
ABC+3TC+DTG (ou RAL)	AZT+3TC+LPV/r	
(TDF + 3TC + DTG ₅₀) TLD	AZT (ou ABC)+3TC + LPV/r	

4.1.3. Echec thérapeutique : Définitions échec thérapeutique (OMS, 2021)

L'échec thérapeutique se définit sur la base de critères cliniques, immunologique et virologique. Les critères virologiques de l'échec sont plus précoces de 6 mois avant les signes immunologiques qui précèdent aussi les manifestations cliniques de 6 mois. Ainsi l'outil virologique permet aux prestataires d'anticiper sur la prise de décision au moins d'une année sur le passage en 2^{ème} ligne de TAR. 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.

Tableau XIX : Critères d'échec Thérapeutique

Type d'Echec	Critères
Echec Clinique	Adultes et adolescents Apparition d'évènements cliniques indiquant une sévère immunodéficience (stade clinique OMS 4) 6 mois après le début de ARV
	Enfants Apparition d'évènements cliniques indiquant une sévère immunodéficience (stade clinique OMS 3 ou 4, à l'exception de la tuberculose) 6 mois après le début de ARV
Echec Immunologique	Adultes et adolescents Numération CD4 a 250 cellules/mm3 suite à un échec clinique ou Persistance du nombre de CD4 en dessous de 100 cellules/mm3
	Enfants : <i>Moins de 5 ans</i> : Persistance du nombre de CD4 en dessous 200 cellules/mm3 <i>Plus de 5</i> : Persistance du nombre de CD4 en dessous de 100 cellules/mm3
Echec Virologique	Charge virale supérieure à 1 000 copies/ml sur la base de deux mesures consécutives de la charge virale à 3 mois d'intervalle, avec soutien à l'observance après le premier test de charge virale. Changement de traitement après une première charge virale > 1 000 copies/ml pour les personnes recevant un traitement à base d'INNTI

NB : Toujours renforcer l'observance durant chaque consultation quel que soit l'état du patient pour éviter de telles situations.

Changement de protocole de traitement

Le changement de régime thérapeutique est indiqué

- en cas d'effets indésirables graves ou de toxicité majeure au ARV
- en cas d'échec thérapeutique

Gestion de l'échec du traitement ARV de 1ère intention

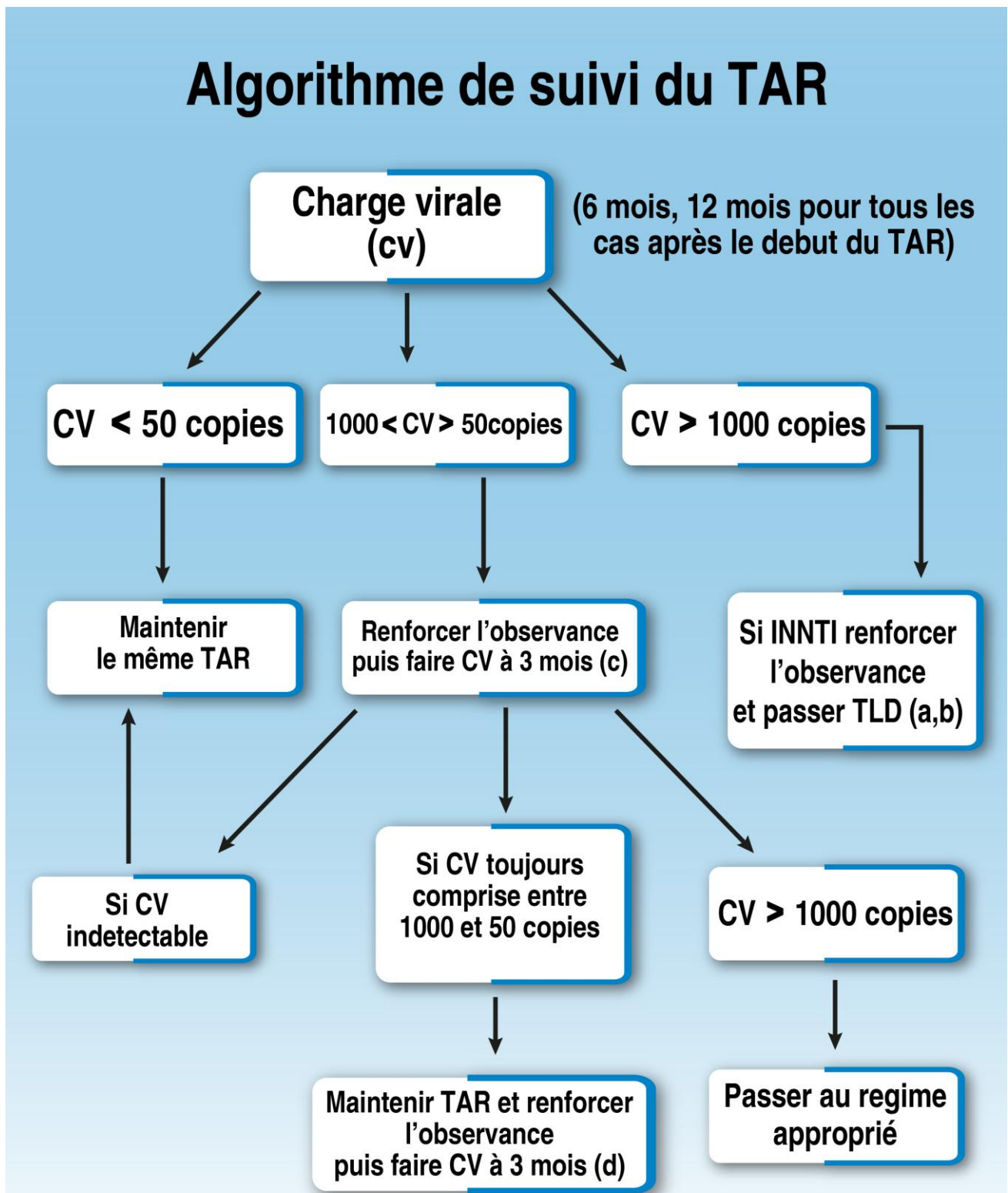
La décision de changer un protocole thérapeutique par suite d'un échec au traitement de 1ère ligne sera guidée par la disponibilité des options thérapeutiques suffisamment puissantes pour rendre la charge virale supprimée (indétectable) et auxquelles le patient peut aisément adhérer et bien tolérer.

Avant de commencer un traitement ARV de 2e ligne

Les mesures générales à prendre avant de switcher un patient de la 1ère à la 2ème ligne, sont les suivantes :

- ✓ Objectiver l'existence d'un échec clinique et/ou virologique
- ✓ Identifier les causes qui peuvent avoir conduit à l'échec du traitement de première ligne
- ✓ Évaluer l'observance, la tolérance, les interactions médicamenteuses, les interactions entre médicaments et alimentation, les problèmes psychosociaux et renforcer l'ETP
- ✓ Revoir l'historique antirétroviral du patient.
- ✓ Bien expliquer la signification du résultat de la charge virale
- ✓ Identifier les options thérapeutiques, les molécules/combinaisons pleinement ou potentiellement actives et disponibles
- ✓ Bien expliquer les modalités du nouveau traitement : horaires de prise, quantité par prise, comment mesurer ces quantités, le moment de la prise des médicaments par rapport aux repas, les possibles effets secondaires, et comment faire s'il survient des effets secondaires.

Figure 1- Algorithme de suivi du traitement ARV (OMS, 2021) :



5.1.4. Gestion du traitement concomitant de la tuberculose et du VIH :

La tuberculose (TB) reste l'une des principales causes de morbidité et de mortalité chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH). La co-infection par ces deux maladies pose des défis importants en termes de dépistage, de diagnostic et de traitement, en raison de leurs interactions complexes et des risques de résistances.

5.1.4.1. Dépistage et diagnostic de la tuberculose chez les PVVIH

Le dépistage actif de la tuberculose doit être systématique chez les PVVIH, lors de chaque contact avec une structure de santé. Il consiste à rechercher des symptômes évocateurs tels que :

- Toux persistante,
- Sueurs nocturnes,
- Perte de poids inexplicée,
- Fièvre prolongée.

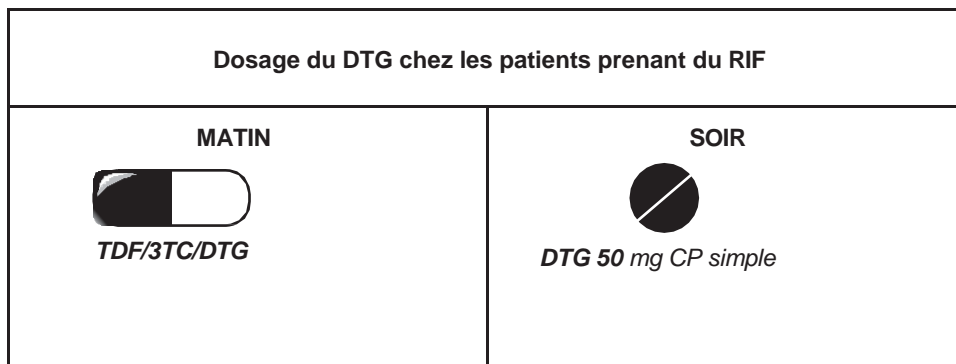
Le diagnostic de la tuberculose chez les PVVIH peut être particulièrement difficile en raison de manifestations atypiques ou d'une présentation paucibacillaire (faible charge bactérienne). En outre, le risque de tuberculose multi-résistante est élevé dans cette population. Par conséquent, l'utilisation systématique du test GeneXpert MTB/RIF est recommandée en cas de suspicion de tuberculose. Ce test permet non seulement de confirmer la présence de *Mycobacterium tuberculosis*, mais aussi de détecter une éventuelle résistance à la rifampicine.

5.1.4.2. Principe de traitement concomitant

La prise en charge de la co-infection VIH/TB nécessite une coordination rigoureuse des traitements antituberculeux et antirétroviraux (ARV), en raison des interactions médicamenteuses et des risques d'effets secondaires accrus.

- Démarrage du traitement antituberculeux qui doit toujours être initié en priorité. Cela permet de contrôler l'infection tuberculeuse, de réduire la charge bactérienne et de prévenir les complications graves liées à la TB.
- Initiation du traitement antirétroviral doit être débuté le plus tôt possible, dans un délai maximum de quinze jours après le début du traitement antituberculeux. Ce délai peut être réduit à une semaine pour les patients ayant une immunodépression sévère ($CD4 < 50$ cellules/mm³), afin de minimiser le risque d'évolution vers des infections opportunistes ou un décès.
- Gestion des interactions médicamenteuses entre la rifampicine (RIF), composant clé du traitement antituberculeux, et certains ARV, nécessite des ajustements thérapeutiques. La rifampicine induit les enzymes hépatiques, ce qui réduit l'efficacité de nombreux antirétroviraux.

- Pour les patients sous le schéma TDF + 3TC + DTG (TLD), une dose supplémentaire de dolutégravir (DTG) à raison de 50 mg, doit être administrée 12 heures après la prise quotidienne de TLD.
- Cette adaptation permet de maintenir une concentration plasmatique adéquate du dolutégravir, garantissant son efficacité tout en limitant les risques de résistance.



5.1.4.3. Suivi et prise en charge des PVVIH co-infectées par la TB

Une prise en charge rapprochée des patients co-infectés est essentielle pour :

- Surveiller l'observance thérapeutique et les éventuels effets secondaires,
- Évaluer l'efficacité des traitements,
- Réajuster les protocoles en cas de résistance ou d'interactions inattendues.

L'approche guichet unique est recommandée par les programmes PNLIS et PNLTL. Ceci préconise le « One stop services », qui veut dire qu'en un point de prestation de services le patient co-infecté bénéficie de ses deux traitements (TB et VIH).

C'est à cet effet que les chargés de traitement de la tuberculose (CDT) et les responsables des UPEC ont été formés sur la PEC de la coinfection TBVIH en 2022 et 2023.

Les PVVIH co-infectées par la tuberculose doivent également bénéficier d'un suivi psychosocial et nutritionnel, afin de renforcer leur adhésion aux soins et d'améliorer leur qualité de vie.

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

Le protocole de la prise en charge de la co-infection VIH/Hépatite B doit impérativement contenir du Tenofovir (TDF). Le protocole proposé dans ce cas est :

TDF + 3TC + DTG à raison de 1 comp/jour

5.1.6. Traitement de la co-infection avec le paludisme

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

Mise à disposition du traitement du paludisme simple dans les centres de traitement VIH

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

5.2.1. Objectif

La prophylaxie antirétrovirale vise à réduire le risque de transmission du VIH de la mère infectée à son enfant au cours de la grossesse, de l'accouchement et de la période post-partum.

La PTME doit être intégrée au paquet minimum d'activités dans les structures de santé et constitue une priorité nationale. Elle comprend 4 composantes :

La prévention :

- la prévention primaire de l'infection par le VIH pour les femmes enceintes séronégatives, avec dépistage systématique de toutes les femmes enceintes.
- la prévention des grossesses non désirées chez la femme infectée par le VIH en âge de procréer ;
- la prévention de la transmission du VIH de la femme enceinte infectée par le VIH à son enfant
- l'offre de traitement, soins et soutien (nutritionnel, psychologique et social) pour la femme infectée par le VIH, son enfant et sa famille.

5.2.2. Stratégie nationale

La Mauritanie a adopté l'option B+ recommandée par l'OMS pour la Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME) du VIH. Selon cette approche, toutes les femmes enceintes diagnostiquées séropositives sont mises sous traitement antirétroviral (ARV) dès le diagnostic et le poursuivent à vie.

Dans le cadre de cette stratégie, un Plan National d'Élimination de la Transmission Mère-Enfant a été élaboré et validé en février 2013, offrant un cadre détaillé pour sa mise en œuvre. Cependant les protocoles ont été réactualisés en 2023.

Pour le nouveau-né de mère séropositive, le diagnostic précoce doit idéalement être réalisé entre la naissance et la huitième semaine de vie à l'aide d'un test PCR. La promotion du diagnostic via des prélèvements sur papier buvard est également encouragée pour élargir l'accès au dépistage.

5.2.3. Prophylaxie au cotrimoxazole chez l'enfant de mère VIH+

Prophylaxie au Cotrimoxazole chez l'enfant :

- Début à 6 semaines pour tous les enfants exposés et maintien jusqu'à la fin de l'exposition.
- Enfants moins d'un an, la prophylaxie est indiquée quel que soit le stade clinique ceci jusqu'au diagnostic final (le diagnostic précoce se fait entre 4 et 6 semaines qui suivent la naissance) ;
- Si l'enfant est séropositif : la prophylaxie est maintenue jusqu'à l'âge de 5 ans quel que soit le stade clinique
- Enfants plus de 5 ans et plus : la prophylaxie est indiquée si CV est détectable et/ou CD4<350 cells/ml ou encore stade clinique OMS III ou IV.

5.2.4. Prise en charge thérapeutique du nouveau-né de mère séropositive

La prophylaxie ARV du nouveau-né de mère séropositive utilisera des Inhibiteurs Nucléosidiques de la Reverse Transcriptase (INRT). De ce fait elle ne tient pas compte du type de VIH de la mère. Elle sera fonction du risque encouru par le nouveau et par son mode d'alimentation.

Tableau XX :

PTME au niveau national	Femmes enceintes et allaitantes VIH+	Nourrisson exposé au VIH
Mise sous ARV	- Dès que le diagnostic est posé - Maintien du traitement à vie	Depuis la naissance jusqu'à 6 semaines
Protocoles	(TDF + 3TC + DTG) 1comp./jour	(AZT+3TC) 1 comp. Dispersible/jour

• Cas du nouveau-né à risque faible ou modéré

On considère qu'un nouveau-né est à risque faible si :

- CV de la mère $\leq 1\ 000$ copies/ml à 4 semaines avant l'accouchement
- Mère sous ARV pendant plus de 4 semaines avant l'accouchement.

Le schéma prophylactique (bithérapie) à la naissance est le suivant : AZT+3TC pendant 6 semaines.

Le diagnostic précoce doit se faire dans les 4 à 6 semaines de vie.

• Cas du nouveau-né à risque élevé de contamination

- Une CV de la mère supérieure à 1 000 copies/ml à moins de 4 semaines avant l'accouchement
- Mère non traitée aux ARV ou sous ARV depuis moins de 4 semaines avant l'accouchement
- Mère diagnostiquée VIH+ à l'accouchement ou en postpartum.

NB : Tout nouveau-né de mère séropositive au VIH sous traitement ARV reçu après les **72** heures requises pour la prophylaxie ARV pour le nouveau-né, doit être considéré comme étant à risque élevé de transmission du VIH. Il recevra une **bithérapie (AZT + 3TC)** pendant **12** semaines.

Le nouveau-né de mère séropositive au VIH à risque élevé doit être soumis à un diagnostic précoce (PCR ADN) dans les 48 heures (2 jours) suivant la naissance ou le plus tôt possible.

– Si le résultat est positif, référer l'enfant pour une trithérapie ARV ;
– Si le résultat est négatif, continuer la prophylaxie et refaire la PCR après 4 à 6 semaines. En cas de discordance de résultats, des PCR1 et PCR2, faire une 3^{ème} PCR.

Le diagnostic définitif est posé sur la base de 2 PCR concordantes.

- **Si la charge virale de la mère est non contrôlée**, le schéma prophylactique (bithérapie) à la naissance est le suivant : **AZT+3TC** pendant **6 semaines**.
- **Si la mère est non diagnostiquée avant l'accouchement ou non traitée, la conduite sera la même que pour le nouveau-né à risque élevé.**

Le schéma prophylactique à la naissance (**bithérapie**) est le suivant : **AZT+3TC** pendant **12 semaines**.

• **Cas où la mère est infectée par le VIH₂ ; VIH₁₊₂ ; VIH₁ du Groupe O**

Puisque les molécules ARV utilisées ne contiennent pas les INNRT, le type de VIH porté par la mère importe peu. Les régimes utilisés ne diffèrent pas de ceux utilisés pour le VIH1.

- **Risque faible** : donner une bithérapie **AZT+3TC** pendant 6 semaines ;
- **Risque élevé** : donner une trithérapie **AZT + 3TC** pendant 12 semaines.

TABLEAU XXX : Schémas de prophylaxie antirétrovirale chez le nouveau-né exposé au VIH en fonction du niveau de risque, et du mode d'alimentation.

Le schéma thérapeutique adopté à base d'INRT fonctionne sur les 2 types de VIH. Il ne tient pas compte de ce fait du type de VIH porté par la mère.

Risque de transmission pour le nouveau-né		Prophylaxie	Suivi	Allaitement
Faible (CV de la mère indétectable)		AZT+3TC 6 semaines	PCR ADN à 4 à 6 semaines ; Confirmer PCR ADN à 6 mois	Allaitement maternel exclusif (AME)
Modéré (CV de la mère contrôlée)		AZT+3TC 6 semaines	PCR ADN à 4 à 6 semaines ; si négatif, confirmer PCR ADN à 6 mois	Allaitement maternel exclusif (AME)
Elevé	CV mère non contrôlée	AZT+3TC 6 semaines	PCR ADN à 4 à 6 semaines ; si négatif, confirmer PCR ADN à 6 mois	AMP = AME + ARV. Si choix de la mère + conditions AFADS réunies, Alimentation artificiel.
	Mère non diagnostiquée avant l'accouchement ou non traitée ou sous ARV pour une période < 4 semaines avant l'accouchement	AZT+3TC 6 à 12 semaines	PCR immédiate ; à 4 à 6 semaines ; si négatif, confirmer PCR ADN à 6 mois puis 6 mois	Allaitement artificiel si les conditions AFADS sont réunies. A défaut, AMP

Remarque : la prophylaxie du nouveau-né dont la mère n'a pas reçu les ARV pendant la grossesse, continuera jusqu'à 12 semaines. A partir de la 7ème semaine, réajuster la dose à administrer en fonction du poids.

Figure 2- Diagnostic Précoce d'un nouveau-né à risque faible de transmission VIH de mère séropositive :
 ajouter PCR2 à 6 mois ??

Algorithme pour le diagnostic précoce du nouveau né à risque faible de Transmission VIH

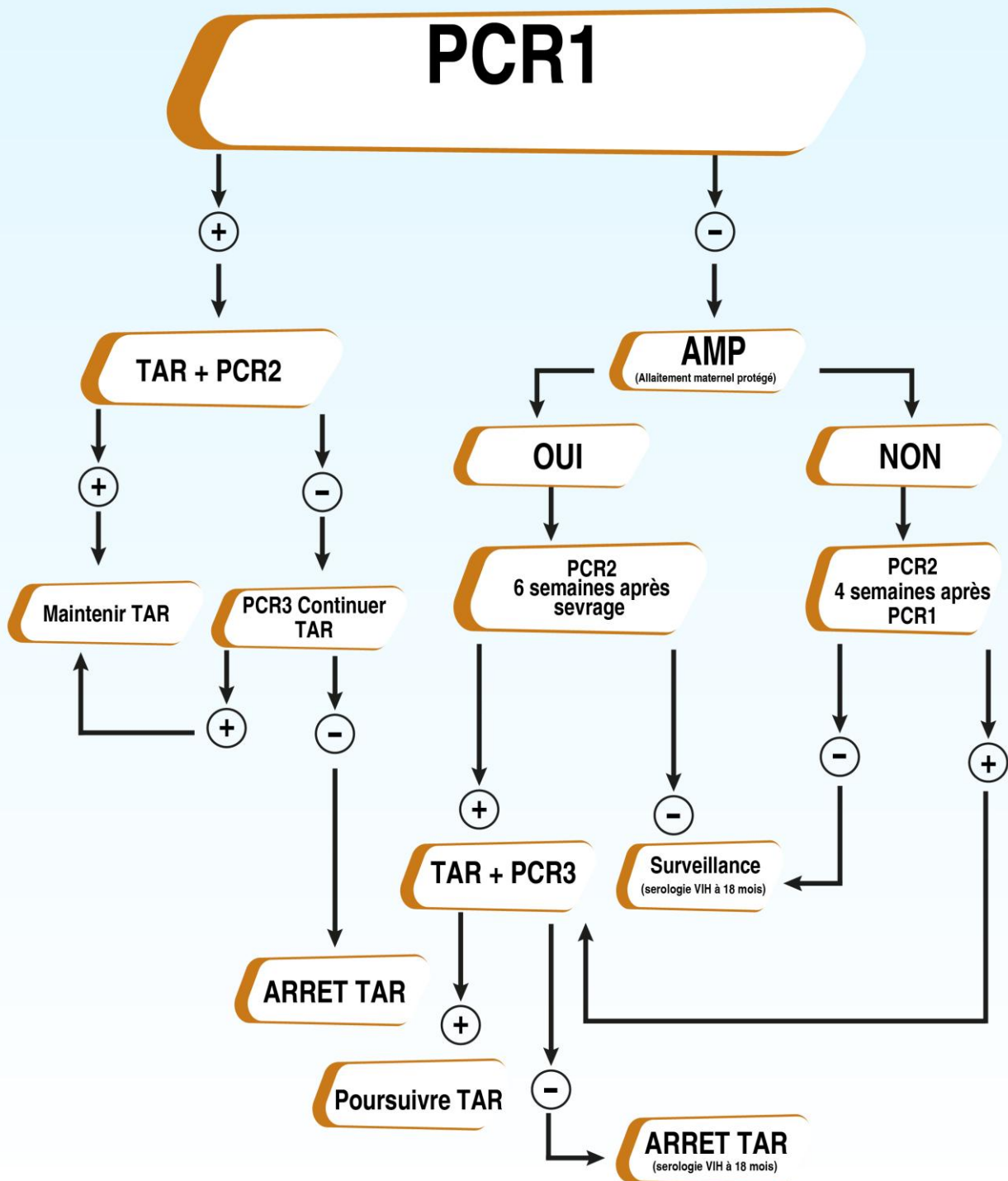
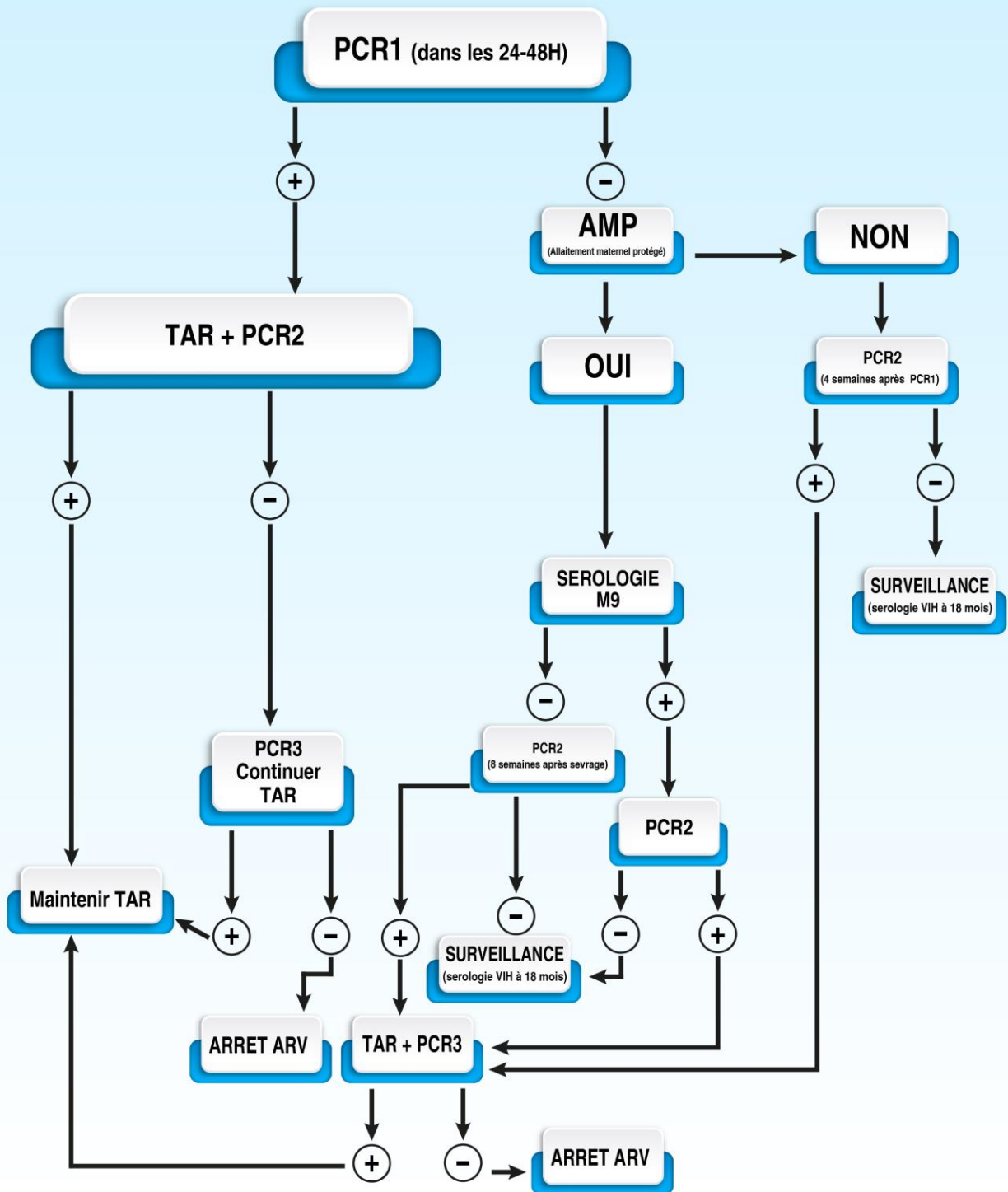


Figure 3- Diagnostic Précoce d'un nouveau-né à risque élevé de transmission VIH de mère séropositive :

Algorithme pour le diagnostic précoce du nouveau né à risque élevé de transmission VIH



5.2.5. 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 accompagné par le TAR de la mère et la prophylaxie du nouveau-né. Cette stratégie porte le nom d'allaitement maternel protégé (AMP). Cependant une alimentation artificielle avec des substituts de lait maternel peut être envisagée si les conditions **AFADS** (**A**bordable, **F**aisable, **A**ccceptable, **D**urable et **S**ûr) sont réunies.

Pratique et durée de l'allaitement

- **Nouveau-né non infecté par le VIH ou avec un statut VIH inconnu :**
 - Jusqu'à 6 mois : allaitement maternel exclusif protégé
 - A partir de 6 mois : alimentation diversifiée de compléments appropriés
 - Si la mère souhaite continuer l'allaitement : arrêter l'allaitement à un an avec accompagnement de la mère pour une alimentation nutritionnelle adaptée et sûre. Le traitement ARV de la mère est poursuivi en continu.

- **Nouveau-né infecté par le VIH**
 - o Jusqu'à 6 mois : allaitement exclusif protégé
 - o A partir de 6 mois : alimentation de complément appropriée
 - o Poursuivre l'allaitement jusqu'au sevrage à 12 mois.

NB : Les modalités d'arrêt de l'allaitement doivent strictement respecter les protocoles nationaux en vigueur.

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

5.2.6.1. Liste des IO en Mauritanie

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

Tableau XXII :

Digestives	Dermatologiques	Neurologiques	Oculaires
Candidose oropharyngée	Zona	Toxoplasmose cérébrale	Rétinite à cmv
Isosporose	Herpès cutanéomuqueux	Cryptococcose neuro-méningée	
Microsporidiose	Candidose	Encéphalite herpétique	
Cryptosporidiose	Sarcome de kaposi		
	Dermite séborrhéique		

5.2.6.2. Affections Intercurrentes

Affections intercurrentes et Ordinogrammes (voir annexes)

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

Il s'agit du bilan de suivi du patient après mise sous traitement ARV. Le bilan biologique initial et les bilans de suivi se résument dans le tableau ci-dessous :
Aucun bilan biologique ne doit retarder la mise sous ARV

Tableau XXIII : Bilan initial et bilan de suivi biologique

Examens	M0	M1	M3	M6
Sérologie VIH	X			
Sérologie HVB (Ag HBs)	X			X
Dépistage Syphilis	X			
NFS	X	x	x	X
Transaminases	X	x	x	X
Créatininémie	X	x	x	X
Urée	X*	x	x	X
GenXpert TB	X			
Glycémie	X	X*	X*	X
Triglycérides	X	X*	X*	X
Cholestérol Total	X	X*	X*	X
Test de grossesse	X	X*	X*	X
Groupage sanguin	X*			
Charge virale				X

*Certains bilans sont aussi demandés en fonction de l'orientation diagnostique
NB : le bilan peut être demandé tous les 6 mois en tenant compte de l'état clinique du patient et de sa faisabilité.

Charge virale

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

5.3. Prise en charge nutritionnelle

Le VIH affecte l'état nutritionnel des PVVIH. En affaiblissant davantage le système immunitaire, il les rend vulnérable 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 repas communautaires et/ou 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) ; C'est l'allaitement exclusif au sein qui est recommandé dans notre contexte.
- 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.

5.3.1. Besoins nutritionnels des PVVIH

5.3.1.1. 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.

5.3.1.2. Besoins Protéïques

Il n'y a pas de données suffisantes pour établir que les besoins protéïques 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.

5.3.1.3. Besoins Lipidiques

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

5.3.1.4. 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 et d'un déparasitage systématique
- Les femmes enceintes ou allaitantes doivent recevoir une supplémentation en fer et en folates. L'OMS recommande 30 à 60 mg de fer par jour pour les femmes enceintes, en prévention. Si une anémie est diagnostiquée, un traitement peut être prescrit (généralement 80 mg/jour de fer sous forme de sulfate ferreux).
- Prendre le fer à distance du thé, du café et des produits laitiers, qui réduisent son absorption
- L'OMS recommande d'administrer une seule dose de vitamine A (200 000 UI) aux femmes le plus tôt possible après l'accouchement (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.

5.3.2. 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 XXIV : Critère de classification de l'état nutritionnel

Groupe	Critères d'admission	Malnutrition modérée	Malnutrition sévère
Enfants	Œdèmes bilatéraux 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 posé, trois situations 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

5.3.3. 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.

5.3.3.1. 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 a 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.

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

Tableau XXV

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 les visites à domicile de suivi assuré.

Si le patient présente une malnutrition modérée, il est indispensable qu'une supplémentation nutritionnelle soit appliquée en respectant l'équilibre de la ration selon les normes en plus de conseils nutritionnels aux patients non malnutris.

Tableau XXVI : 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 %

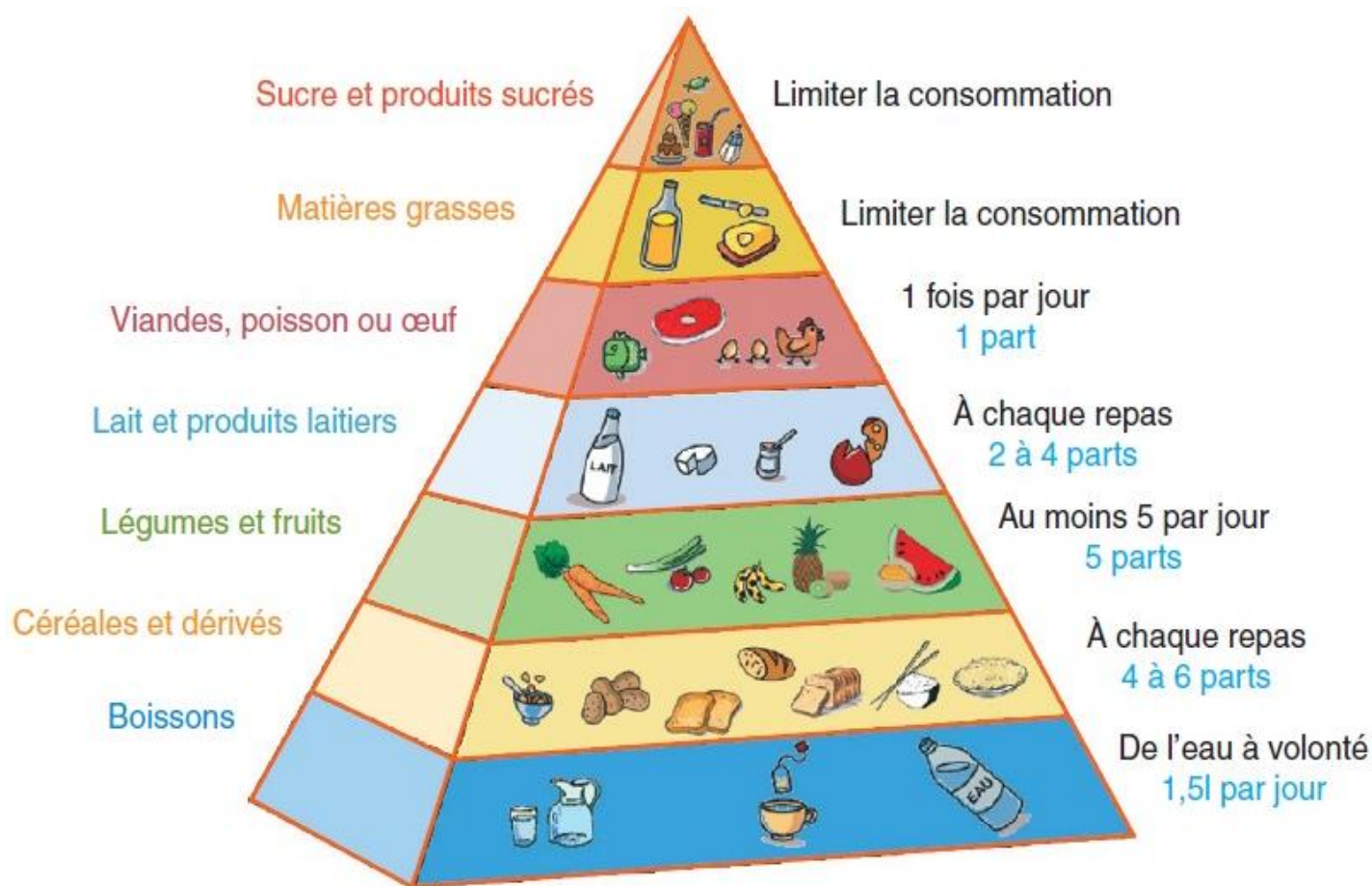


Figure 2 : Quantités quotidiennes recommandées selon les groupes d'aliments. Les conseils peuvent aussi être basés sur les parts que certains aliments doivent prendre dans la ration alimentaire quotidienne de PVVIH :

5.3.4. 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 Plumpynut comme RUTF en traitement ambulatoire ou en hospitalisation jusqu'à l'amélioration de l'état nutritionnel selon les critères de guérison (en moyenne 6 semaines¹). 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 déséquilibre pour apporter une alimentation équilibrée en complément au traitement avec Plumpynut 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) :

¹ Annexe n°6 : Note explicative sur le soutien et la prise en charge nutritionnels des patients sous traitement ARV/TFM

Tableau XXVII : 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.

Échec : 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 XXVIII: 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 ci-dessous :

Tableau XXIX : Critère de guérison

Paramètres	Tranches d'âge
P/T \geq - 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 \geq 85 % NCHS et Absence d'œdèmes nutritionnels pendant 14 jours	De 8 à 18 ans
PB \geq 185 mm ou IMC \geq 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 Plumpynut puis on continuera la prise en charge avec le Plumpynut 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 XXX : 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, tout le traitement se fera avec les laits F75 et F100.

5.4. 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.

5.5. 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 tradipraticiens 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 aux 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 paire-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...)
- Le suivi et monitoring dirigé par la communauté (Mettre en place des outils et des méthodes de suivi-évaluation permettant aux communautés d'évaluer l'impact des actions menées, tout en assurant une remontée régulière des informations pour ajuster les stratégies)

6. 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 :

Tableau XXXI :

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	-

7. 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 développés en annexe.

Mesures prophylactiques immédiates

- En cas de piqûre ou blessure cutanée :
 - Arrêter l'activité qui a été à l'origine de l'accident,
 - 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.
- En cas de projection sur les muqueuses (en particulier les conjonctives) : rincer abondamment, de préférence avec du sérum physiologique.

NB : Le temps de contact avec l'antiseptique ou le lavage à l'eau doit être d'au moins 5 minutes.

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 d'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 a été à proximité de l'AES
- Par les directions régionales de la Santé, 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 du VIH, le lieu de travail (FOSA) et informer la DRS.

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.

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 suivant l'évaluation de 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 poids \geq 30Kg :

TDF + FTC + DTG

Moins de 30 Kg **ABC + 3TC + DTG**

CAS D'ABUS SEXUELS ET VIOLS.

Les mêmes règles abordées au niveau des AESLB sont applicables pour les cas d'abus sexuels et de viols. En plus de cela, il faut :

- Assurer la prévention des grossesses non désirées
- Prévention des IST,
- Assurer la PEC des lésions éventuelles,
- Assurer la PEC psychosociale aux victimes
- Apporter le soutien juridique aux victimes
- Assurer le suivi du dépistage dans le temps selon les algorithmes en vigueur
- Si le responsable du viol est connu, il faut le soumettre au dépistage et suivre la démarche appropriée.

8. PRISE EN CHARGE PAR NIVEAU DE LA PYRAMIDE SANITAIRE ET AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE

8.1. Paquet Minimum Stratégie / Activités par niveau de la prise en charge

Soit (i) le niveau communautaire, (ii) le niveau de poste de santé, (iii) le niveau de centre de santé, (iv) le niveau hospitalier, (v) le niveau centre spécialisé.

8.1.1. Niveau Communautaire

Avec l'appui des structures Communautaires (USB), les Agents de santé communautaires et les relais vont travailler de concert avec les OCB, les ONGs et particulièrement le réseau associatif des PVVIH pour le déroulement et la mise en œuvre des stratégies ci-dessous :

- Mobilisation sociale / Sensibilisation et identifications et orientation des personnes suspectes vers les structures de dépistage ;
- Soutien psychosocial par les pairs ;
- Appui alimentaire et nutritionnel aux PVVIH ;
- Visites à domicile, recherches des perdus de vue par les membres du réseau ou des ONG ;
- Accompagnement pour l'observance du traitement par les pairs ;
- Promotion et distribution des préservatifs par le réseau ou les pairs.
- L'accompagnement et le développement des activités génératrices des revenus au profit des personnes infectées et affectées par le VIH.

8.1.2. Niveau poste de santé

Le personnel médical et paramédical du poste de santé sera formé pour une mise à niveau de leur connaissance sur la prise en charge des personnes infectées et affectées par le VIH avec l'accent sur le dépistage précoce et leur référencement vers les structures médicales si nécessaire.

Un paquet minimum de soins appropriés aux PVVIH sera disponible au niveau des postes de santé. La participation et l'implication communautaire sera aussi de mise dans le poste de santé. C'est dans ce cadre que les PVVIH/Réseau et les OCB accompagneront les patients durant toutes les étapes de la prise en charge (accueil, le counseling, l'observance du traitement, participation et le suivi à domicile des patients. A cet effet, pour rendre effectif une stratégie efficace de suivi et de la prise en charge des PVVIH au niveau des postes de santé, les stratégies suivantes doivent être mise en œuvre :

- Dépistage du VIH initié par le soignant et aussi dans le cadre de la PTME
- Prescription du cotrimoxazole
- Référencement au Centre de santé pour la mise en route du traitement anti rétrovirale
- Faire les premiers gestes (précautions universelles) de PEC de l'Accident d'Exposition au Sang et autres liquides biologiques ;
- Élaboration et transmission des rapports mensuels d'activités ;
- Éducation nutritionnelle ;
- Appui alimentaire ;
- Le renforcement des activités préventives en mettant l'accent sur la mobilisation sociale, la sensibilisation, et l'accompagnement de proximités des patients aussi bien en milieu sanitaire et communautaire. ;
- Organisation de séances de Counseling pré et post test, pendant les consultations prénatales avec l'appui des PVVIH ;
- Le dépistage, et la référence du patient testé positif pour confirmation. Le suivi après la mise sous traitement ARV et la prophylaxie contre les infections opportunistes auprès des patients VIH (patients et partenaires) si nécessaire ;
- Fourniture du Cotrimoxazole sur indication ;
- Offre du Paquet intégré de service essentiel de nutrition aux PVVIH ;
- Offrir des services d'écoute et de prise en charge aux adolescents (es) sur les IST/VIH ;
- Fourniture des ARV et autres services dans le cadre de la PTME ;
- Suivi des PVVIH : continuum de soins y compris la dispensation des ARV pour les PVVIH, observance, recherche de perdus de vue avec l'appui des OCB et les réseaux ;
- Participer à la lutte contre la stigmatisation et la discrimination avec l'appui du réseau des PVVIH ;
- Faire les premiers gestes (précautions universelles) de PEC de l'Accident d'Exposition au Sang et autres liquides biologiques ;
- Élaboration et transmission des rapports mensuels d'activités ;
- Éducation nutritionnelle ;
- Appui alimentaire.

8.1.3. Niveau centre de santé

Conseils pré et post test :

- Dépistage et confirmation des IST / VIH initié par le soignant et aussi pendant la
- Consultation (prénatale, patients et partenaires) ;
- Diagnostic et traitement des infections opportunistes
- Prescription du traitement anti rétrovirale de première ligne seulement
- Prescription des ARV dans le cadre de la PTME
- Prescription de la prophylaxie à la naissance dans le cadre de la PTME
- Conseils à la mère par rapport à l'allaitement
- Suivi biologique des PVVIH (NFS, GLYCEMIE, CD4, TRANSAMINASES, CREAT, CHOLESTEROL, TRIGLYCERIDES, AgHBS ...)

- Prise en charge des accidents d'exposition au sang (premiers gestes)
- Offre de prise en charge nutritionnelle des PVVIH par les ATPE ;
- Référence vers le niveau hospitalier pour prise en charge des échecs thérapeutiques
- Référence vers le niveau hospitalier pour prise en charge des infections opportunistes nécessitant des investigations plus poussées
- Élaboration et transmission des rapports mensuels d'activités
- En plus le PMA du PS
- Dépistage et confirmation des IST / VIH pendant la consultation (prénatale, patients et partenaires) ;
- Suivi biologique (NFS, ALT, CREAT, GLYCEMIE, CD4, CV...) ;
- Traitement des infections opportunités ;
- Suivi clinique des patients sous traitement ARV ;
- Prise en charge des accidents d'exposition au sang ;
- Dépistage systématique du VIH chez les malades tuberculeux ;
- Dépistage systématique du VIH chez les enfants malades de malnutrition aigüe sévère avec complication au niveau des CRENI
- Fourniture des ARV et autres services dans le cadre de la PTME ;
- Offre de prise en charge nutritionnelle des PVVIH par les ATPE ;
- Référence au besoin vers le niveau hospitalier ;
- Élaboration et transmission des rapports mensuels d'activités.

8.1.4. Niveau hospitalier régional (voir en plus le PMA du centre de santé)

Le paquet de soins du Centre de santé peut aussi être l'apanage du niveau Hospitalier mais l'accent sera mis sur les points suivants :

- Initiation du traitement ARV de première ligne ;
- Séances d'éducation thérapeutique avant la mise en route du traitement ARV
- Prise en charge de l'échec thérapeutique avec prescription éventuelle de traitement ARV de deuxième et de troisième ligne
- Suivi biologique des PVVIH (NFS, ALAT, ASAT CREAT, UREE GLYCEMIE, CHOLESTEROL, TRIGLYCERIDES, CD4, AgHBS-...) ;
- Charge virale du VIH
- Test de génotypage
- Gene Xpert tuberculose
- Prescription de l'INH dans le cadre de la prévention de la Tuberculose chez les patients ayant eu un Gene Xpert Tuberculose négatif
- Prescription du traitement anti tuberculeux (première phase puis référer au CS de la Moughataa pour continuum de traitement)
- Diagnostic précoce du nouveau-né (PCR dans les 8 premières semaines de vie)
- Prescription de la prophylaxie ARV à la naissance ceci dans le cadre de la PTME
- Examens complémentaires (Hémocultures, Rx poumons, Echographie, Scanner IRM...) ;

- Diagnostic et traitement des infections opportunistes
- Prise en charge Pédiatrique du VIH/Sida
- Prise en charge de la malnutrition sévère
- Prise en charge psychosociale ;
- La recherche active des perdues de vue
- Visite à domicile en collaboration avec le réseau des PVVIH
- Soutien social (distribution des kits alimentaires, repas communautaire, ...) ;
- Suivi biologique (CV, 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.

8.1.5. Niveau Hospitalier tertiaire

- 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.

9. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1) Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents. Recommendations for a public health approach. 2021 version. World Health Organization, 2021;
- 2) Facteurs essentiels pour la programmation et pour la définition des priorités – Dernière ligne droite vers l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant: feuille de route pour l'éradication de l'épidémie de VIH chez les enfants, UNICEF, ONUSIDA et OMS, New York, 2020;
- 3) Antiretroviral therapy for HIV infection in infants and children: Towards universal access. Recommendations for a public health approach. 2010 version. World Health Organization.
- 4) Cadre de résultats de l'ONUSIDA, 2009-2011
- 5) Cadre Stratégique de lutte contre la Pauvreté 2011-2015.
- 6) Cadre stratégique national 2003-2007 et cadre stratégique national de lutte contre le Sida 2011-2015 (en cours de finalisation).
- 7) 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.
- 8) Enquêtes socio-comportementales et biologiques chez les ...
- 9) Giang Thu Vu. Global Research on Quality of Life of Patients with HIV/AIDS: Is It Socio-Culturally Addressed? Int. J. Environ. Res. Public Health 2020, 17, 2127.
- 10) Ministry of health. Consolidated guidelines for the prevention and treatment of HIV and AIDS in Uganda, February 2020.
MSF OCB. Décentralisation du traitement du VIH : Évaluation de l'initiative de décentralisation du traitement du VIH, Kinshasa, RDC.
- 11) OMS. Le COVID-19 et le monde du travail : le cas des personnes vivant avec le VIH, juin 2020.
- 12) OMS. Stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH 2016–2021 SIDA, juin 2016.
- 13) <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/277395/WHO-CDS-HIV-18.51-eng.pdf?ua=1>
- 14) ONUSIDA. Stratégie de l'ONUSIDA au-delà de 2021, juin 2021.
- 15) Politique et Stratégies de Prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida, Mars 2005.
- 16) RC. Ten years of commitment to persons living with HIV-AIDS: evaluation of the management in three ambulatory treatment centers of the French Red Cross in Africa
- 17) ONUSIDA. Stratégie 2011-2015 du Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida.

10. ANNEXES

10.1. Classification de l'infection et la maladie VIH chez l'enfant

10.1.1. 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) Épisodes 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

- 1) Infections opportunistes définissant le SIDA
- 2) Grave incapacité à se développer « émaciation » en l'absence d'une étiologie connue (*)
- 3) Encéphalopathie progressive
- 4) Malignité
- 5) 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 constatées 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

- 6) Syndrome cachectique lié au VIH (définition CDC)
- 7) Pneumocystose
- 8) Toxoplasmose cérébrale
- 9) Cryptosporidiose avec diarrhées > 1 mois
- 10) Cryptococcose extra pulmonaire
- 11) Infection à cytomégalovirus (atteinte autre qu'hépatite, splénique ou ganglionnaire)
- 12) Infection à Herpès simplex virus cutané muqueuse > 1 mois, ou atteinte viscérale
- 13) LEMP
- 14) Mycoses disséminées (histoplasmose, occidioïdomycose...)
- 15) Candidose œsophagienne, bronchique ou pulmonaire
- 16) Mycobactérie atypique, disséminée
- 17) Salmonellose (septicémie)
- 18) Tuberculose extra pulmonaire
- 19) Lymphome
- 20) Sarcome de Kaposi
- 21) Encéphalopathie VIH (définition CDC)

10.1.2. Classification CDC 1993

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

Tableau XXXII :

Nombre de lymphocytes CD4/mm³ (% de CD4 par rapport aux lymphocytes totaux)	Stade A Asymptomatique, primo-infection ou poly adénopathie	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

10.1.3. 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

Tableau XXXIII :

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%)

10.2. 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 :

10.2.1. 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.

10.2.2. Co-infection Hépatite-VIH

Le traitement de l'hépatite B nécessite de l'Interféron alpha 2a et 2b ; Le traitement recommandé le Tenofovir (**TDF**). Et dans le cadre de la co-infection VIH/HEPATITE B le protocole propose est :

DTG + 3TC + TDF à raison de 1 comp / jour

10.3. Accidents d'exposition aux liquides biologiques (AELB)

10.3.1. 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.

10.3.2. 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 a été 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.

10.3.3. 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 quel que 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 + DTG ou LPV/r**
Moins 3 ans **ABC + 3TC + DTG ou LPV/r**

10.4.2. Diagnostic précoce chez l'enfant

Tableau XXXIV :

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

10.4.3. Liste ARV disponible en Mauritanie 2020

Tableau XXXV :

Médicaments	Posologies
Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI)	
Abacavir + Lamivudine	1 comp / jour
Tenofovir + Emtricitabine	300 mg, une 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) Ritonavir	80mg/20mg/ml 100mg/25/mg 200mg/50mg 100 mg 1 comp 2 fois
Darunavir 600	1 comp 2 fois
Inhibiteurs intégrases	
Dolutegravir 50mg	1comp / jour
TDF + 3TC + DTG	1 comp / jour

En combinaison trithérapie : (**TDF + 3TC + DTG**)

10.5. Liste des indicateurs de suivi/évaluation

Les indicateurs nationaux suivants seront renseignés :

10.5.1. 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.

10.5.2. 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.

10.5.3. 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.

10.5.4. 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).

10.5.5. 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 dispense 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.

10.6. 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 DRS.

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

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 feedbacks 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.

NB : tous les rapports périodiques doivent être saisis dans la plateforme DHIS2

10.7. Recherche opérationnelle

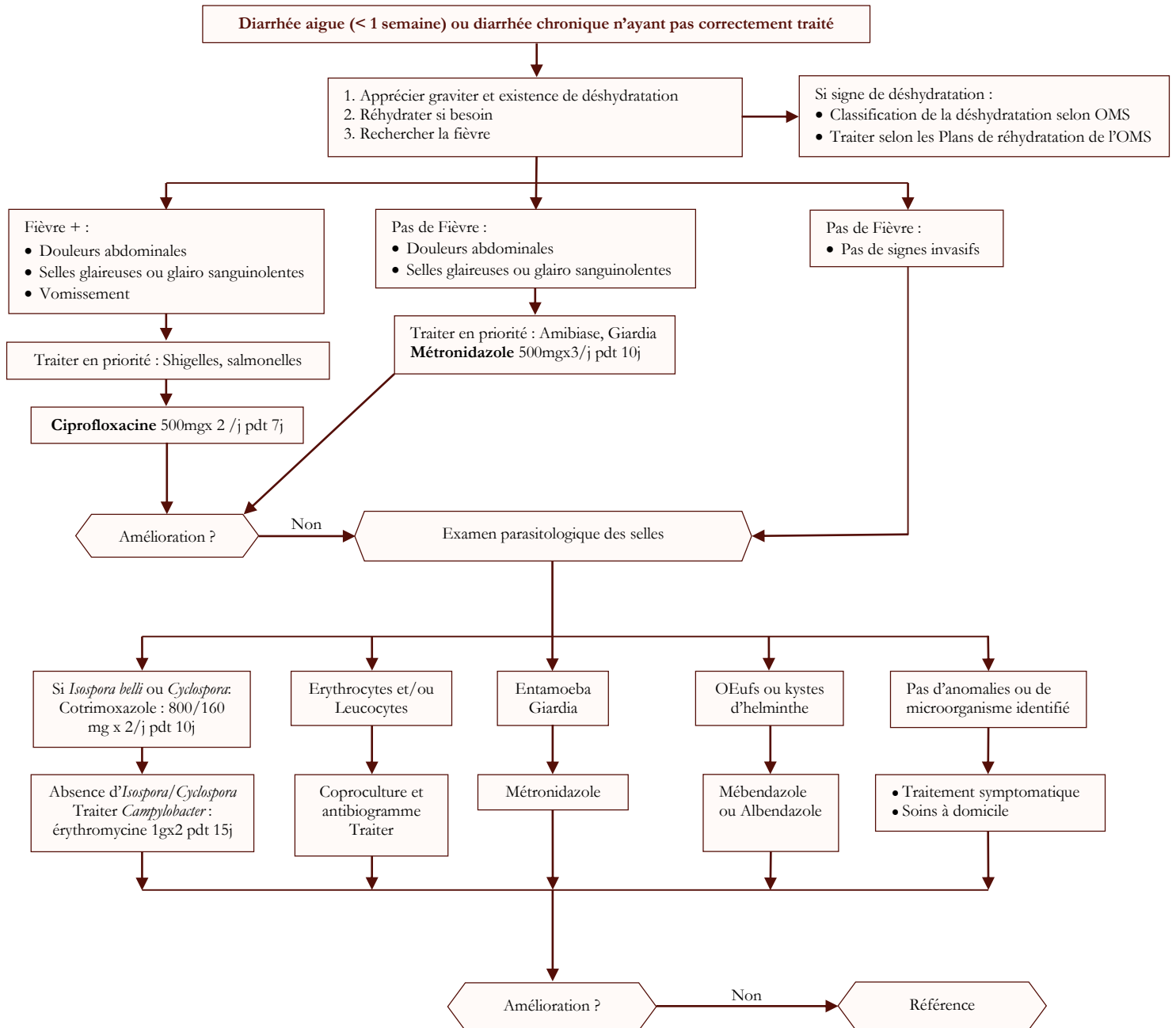
L'existence d'institutions nationales de recherche (l'Institut National de Recherche en Santé Publique, facultés de médecine et de sciences, ONS, etc.) constitue une opportunité pour le développement des activités de recherche et de renforcement des capacités nationales dans ce domaine.

Les principaux axes de recherche sont :

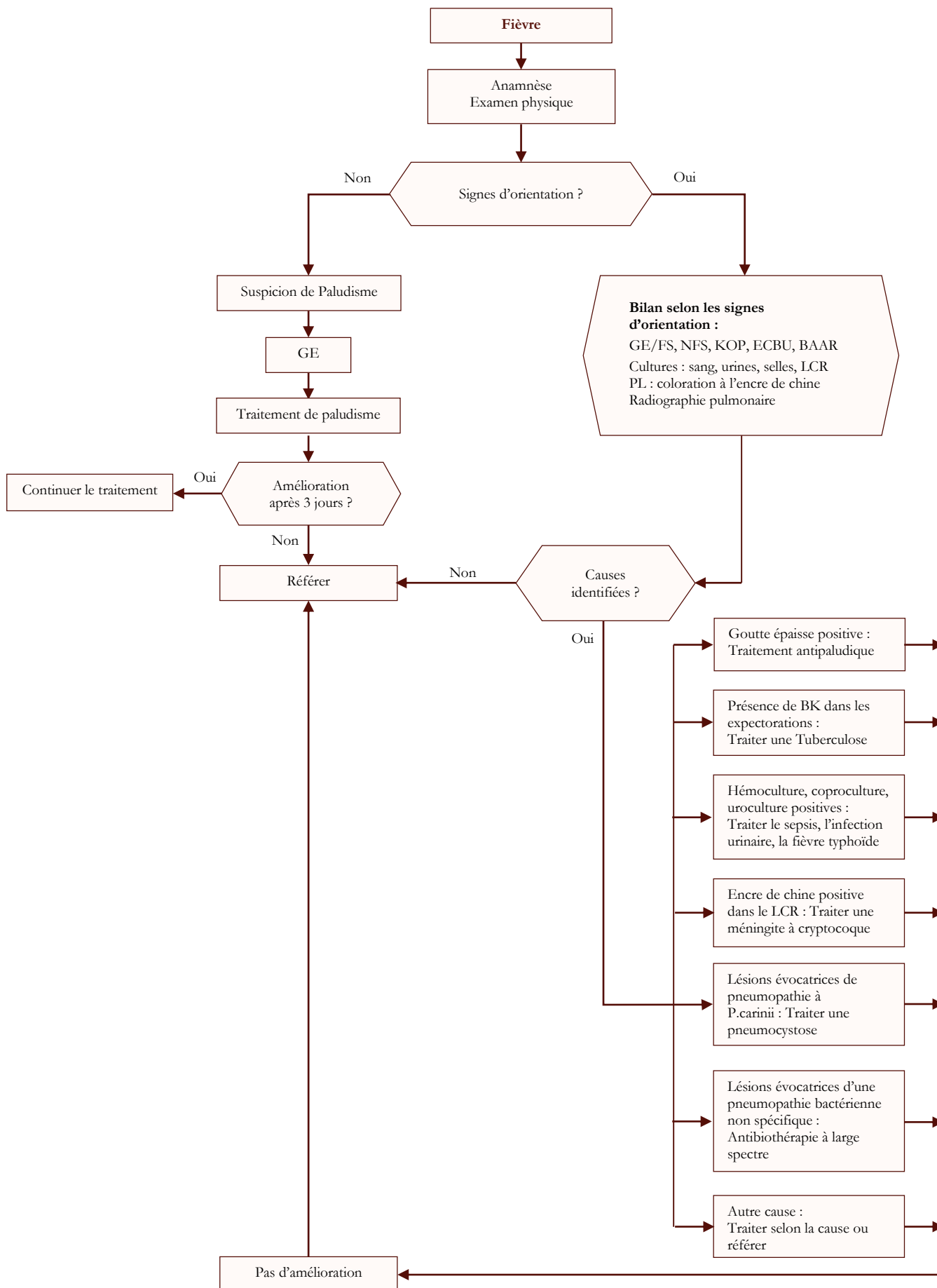
- La surveillance et suivi de la résistance aux ARV
- La gestion de la résistance aux ARV
- La tolérance et l'observance des traitements
- L'évaluation de l'efficacité du traitement ARV
- La surveillance des Co- infections VIH/TB et VIH/VHB
- L'évaluation de l'observance
- Les études CAP
- Les impacts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

10.8. Conduite à tenir devant les infections opportunistes

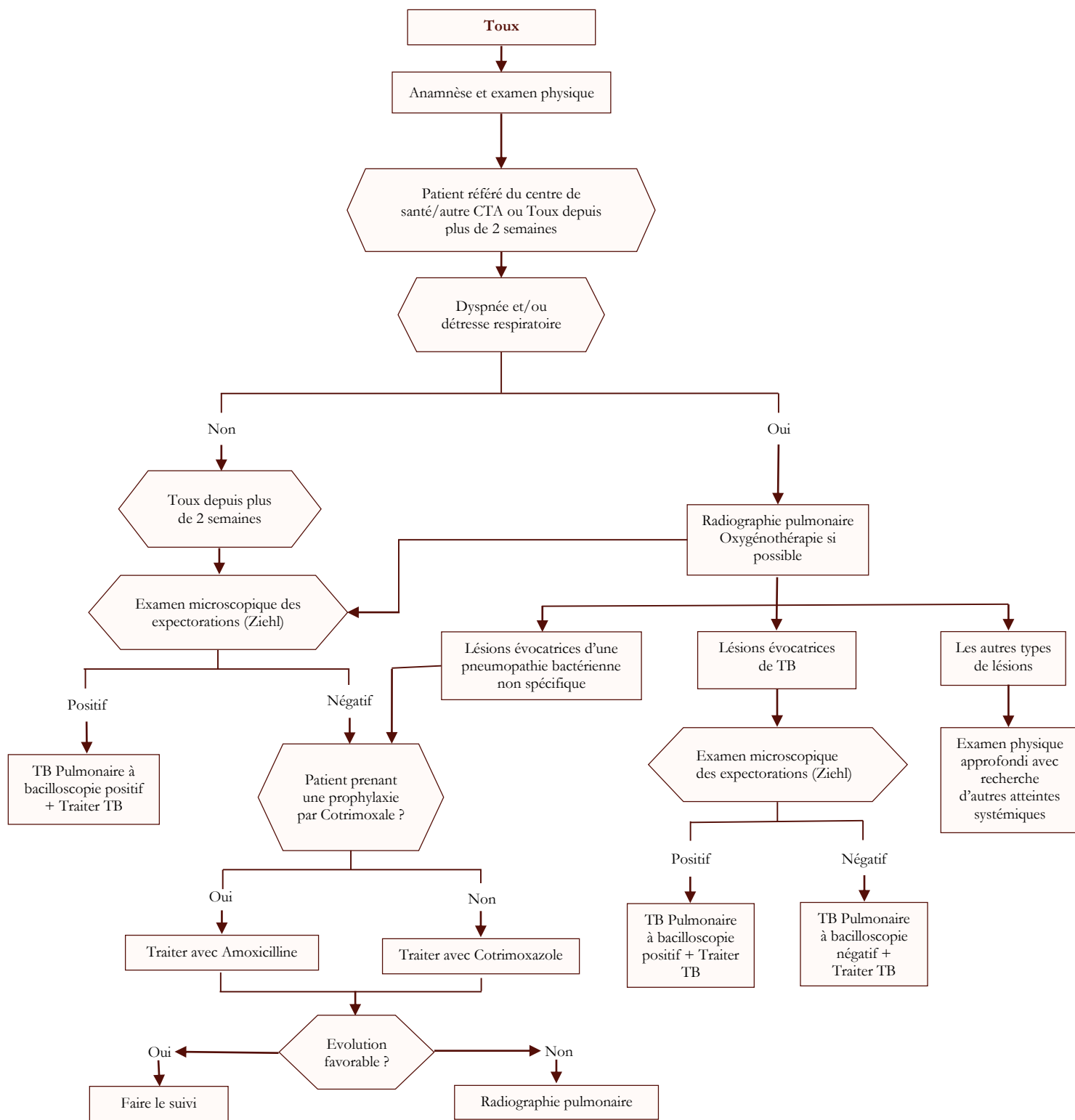
10.8.1. Diarrhées



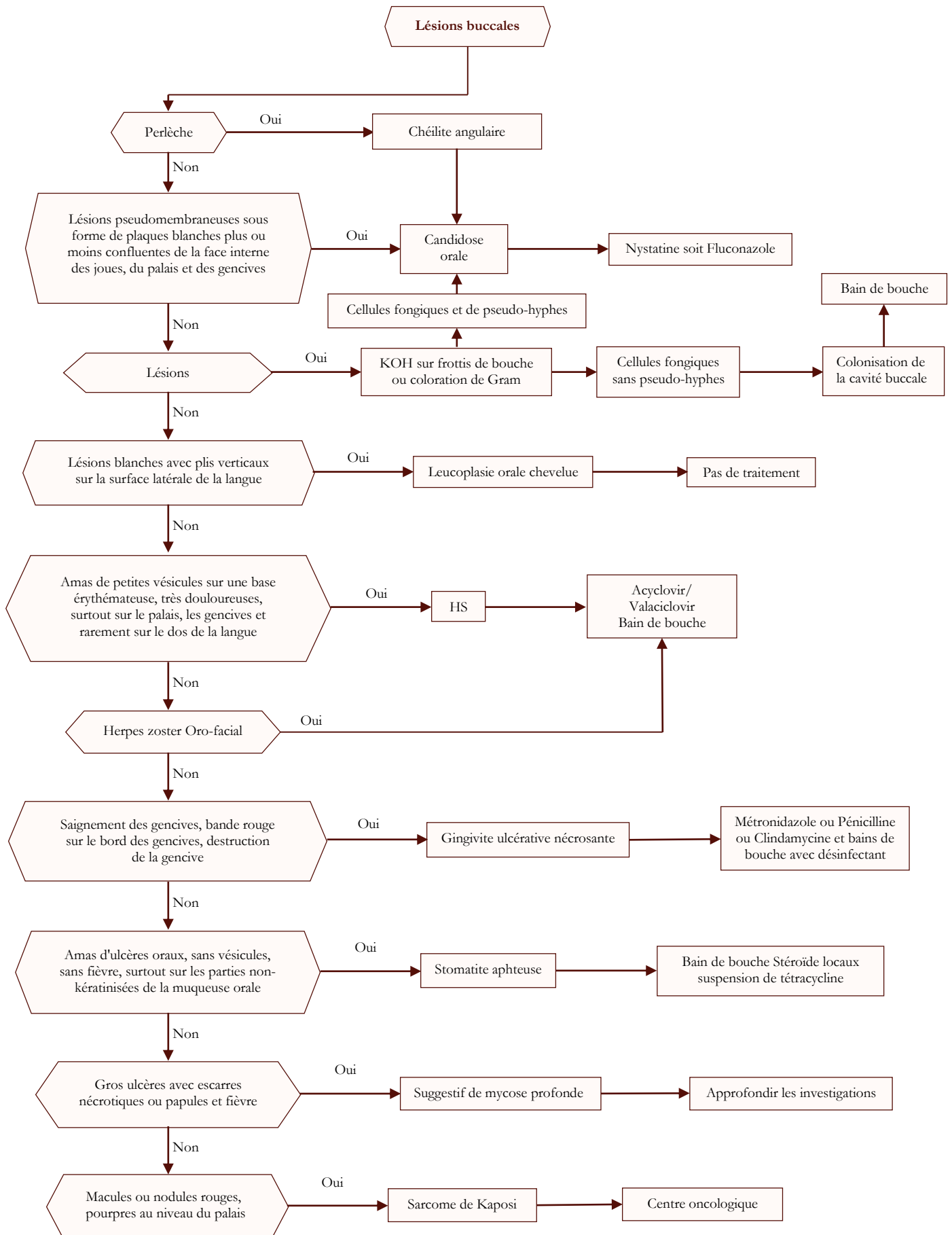
10.8.2. Fièvre



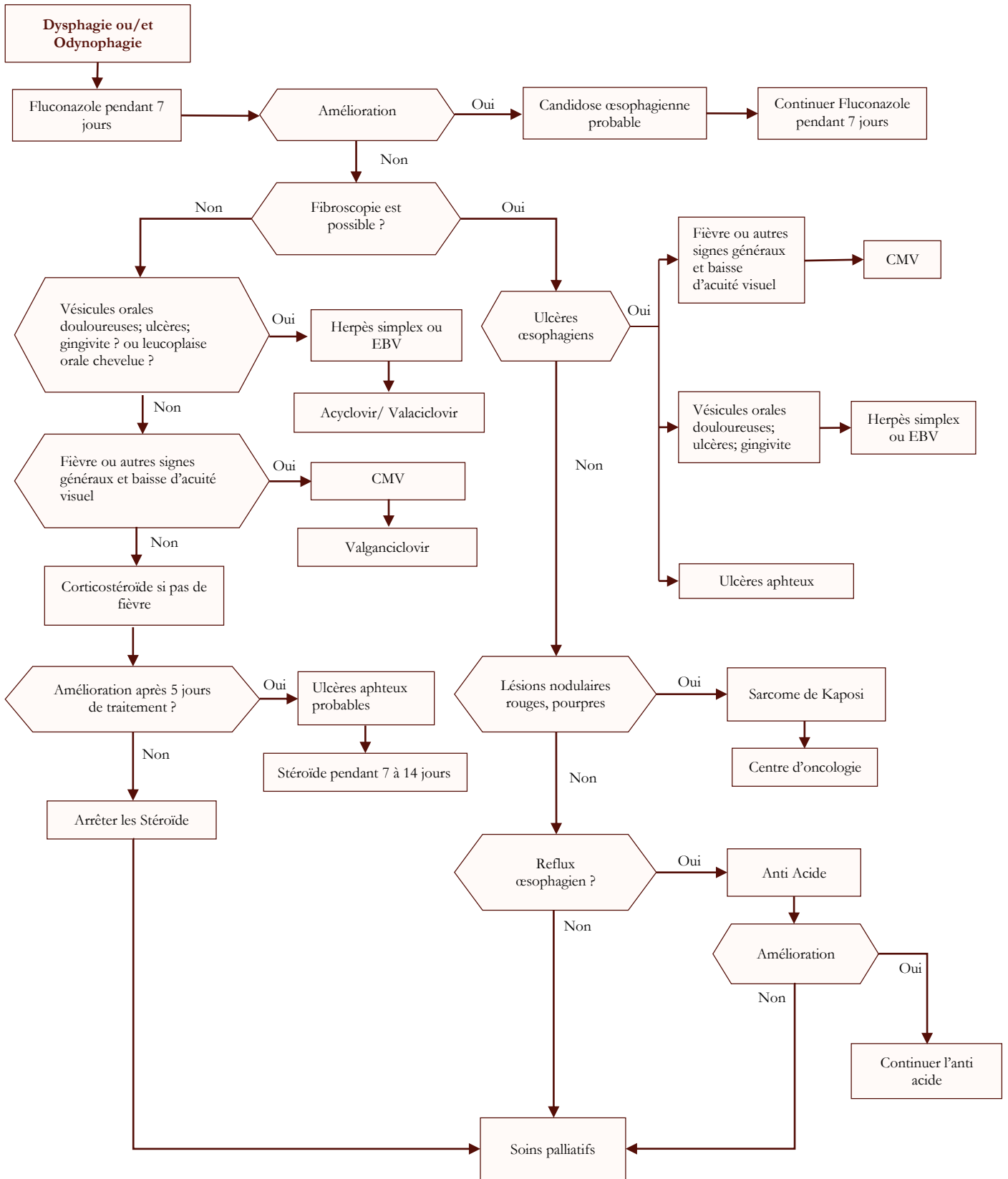
10.8.3. Toux



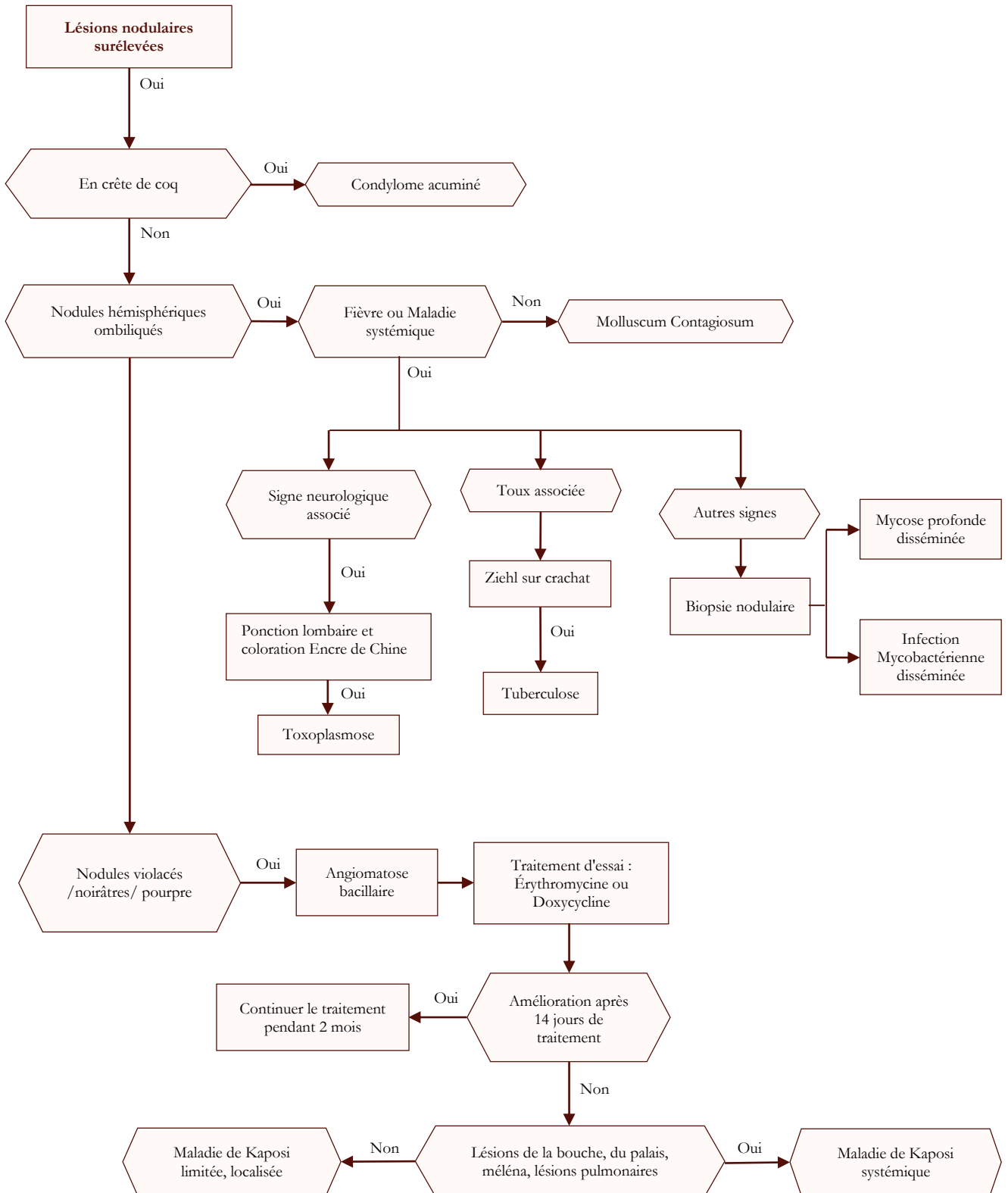
10.8.4. Lésions buccales



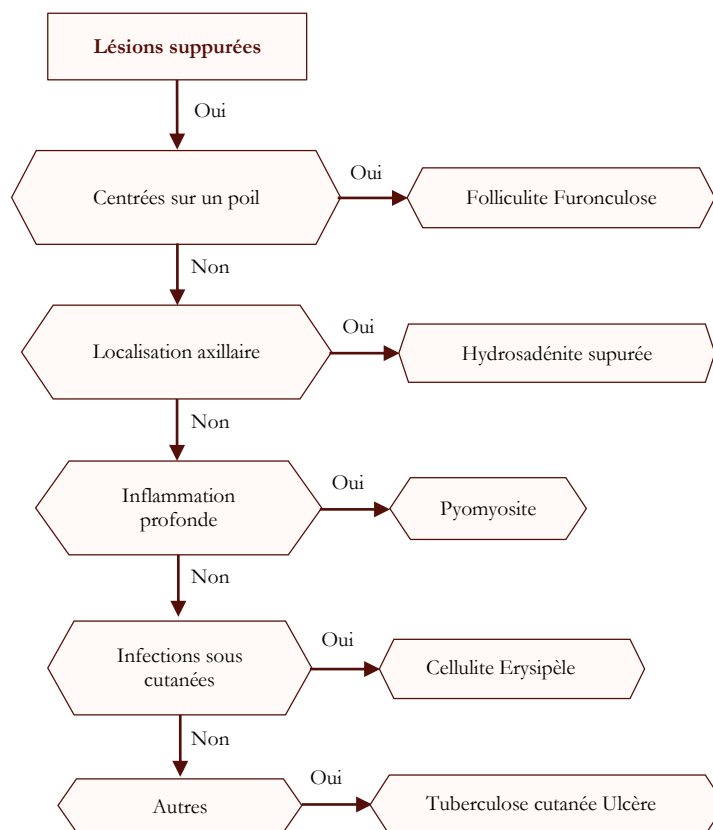
10.8.5. Dysphagie et/ou odynophagie



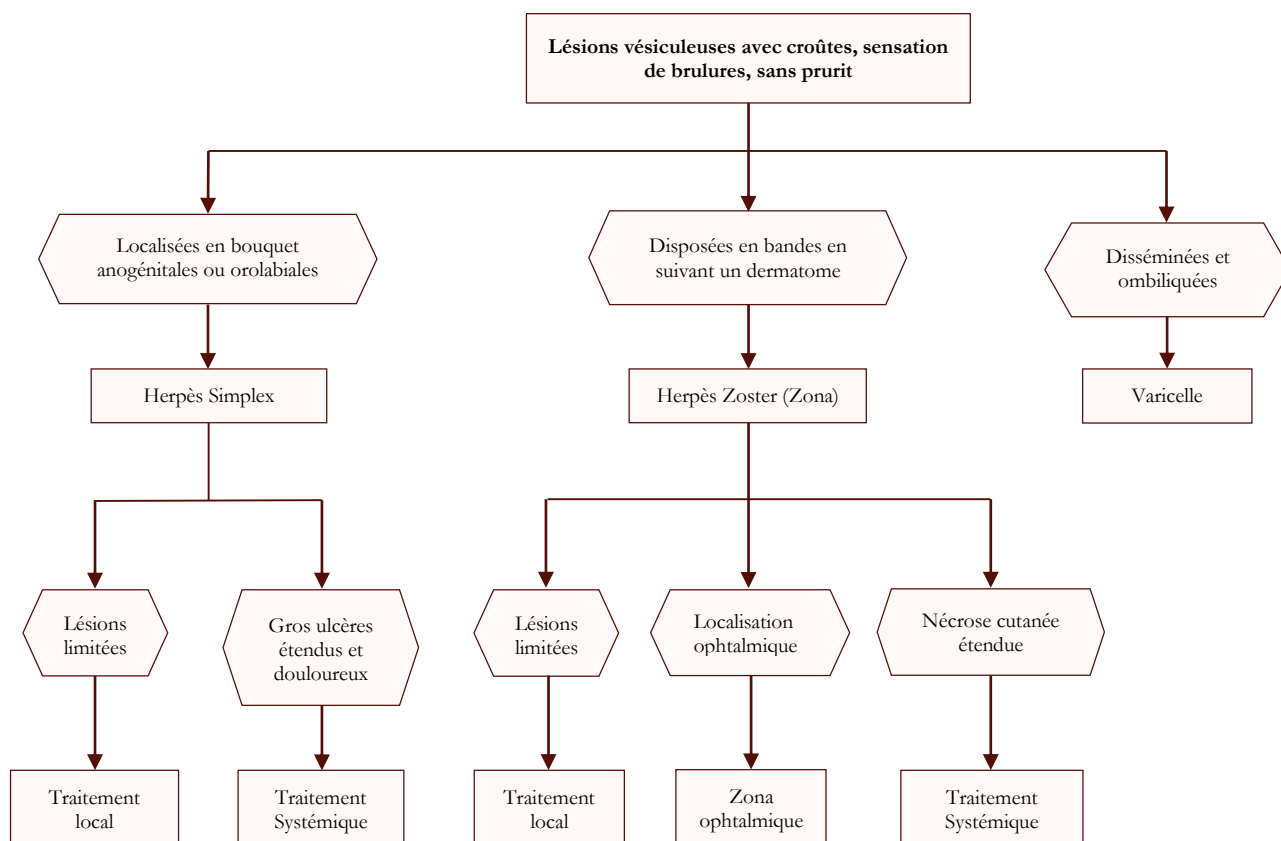
10.8.6. Lésions nodulaires surélevées



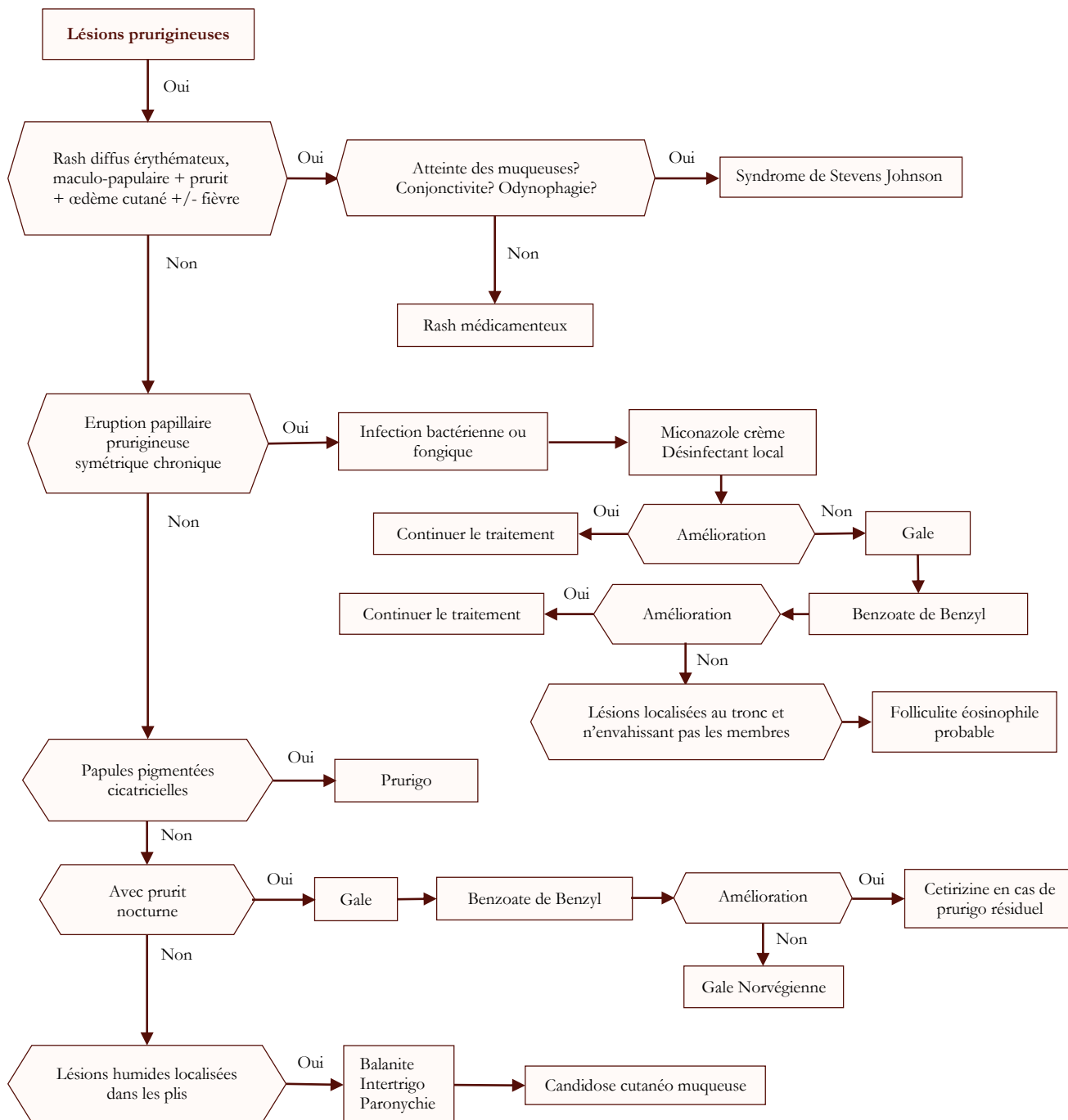
10.8.7. Lésions suppurées



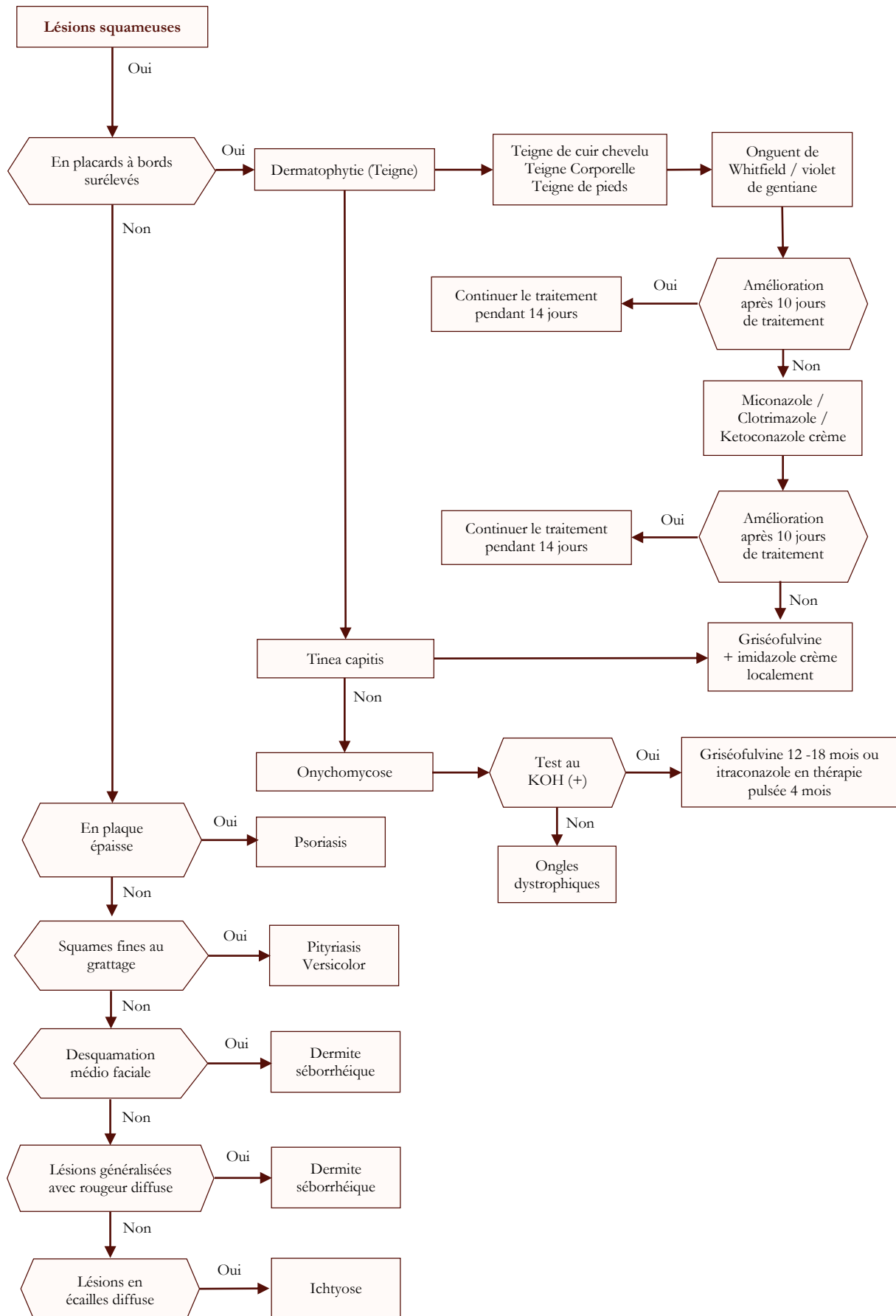
10.8.8. Lésions vésiculeuses avec croûtes, sensation de brulures, sans prurit



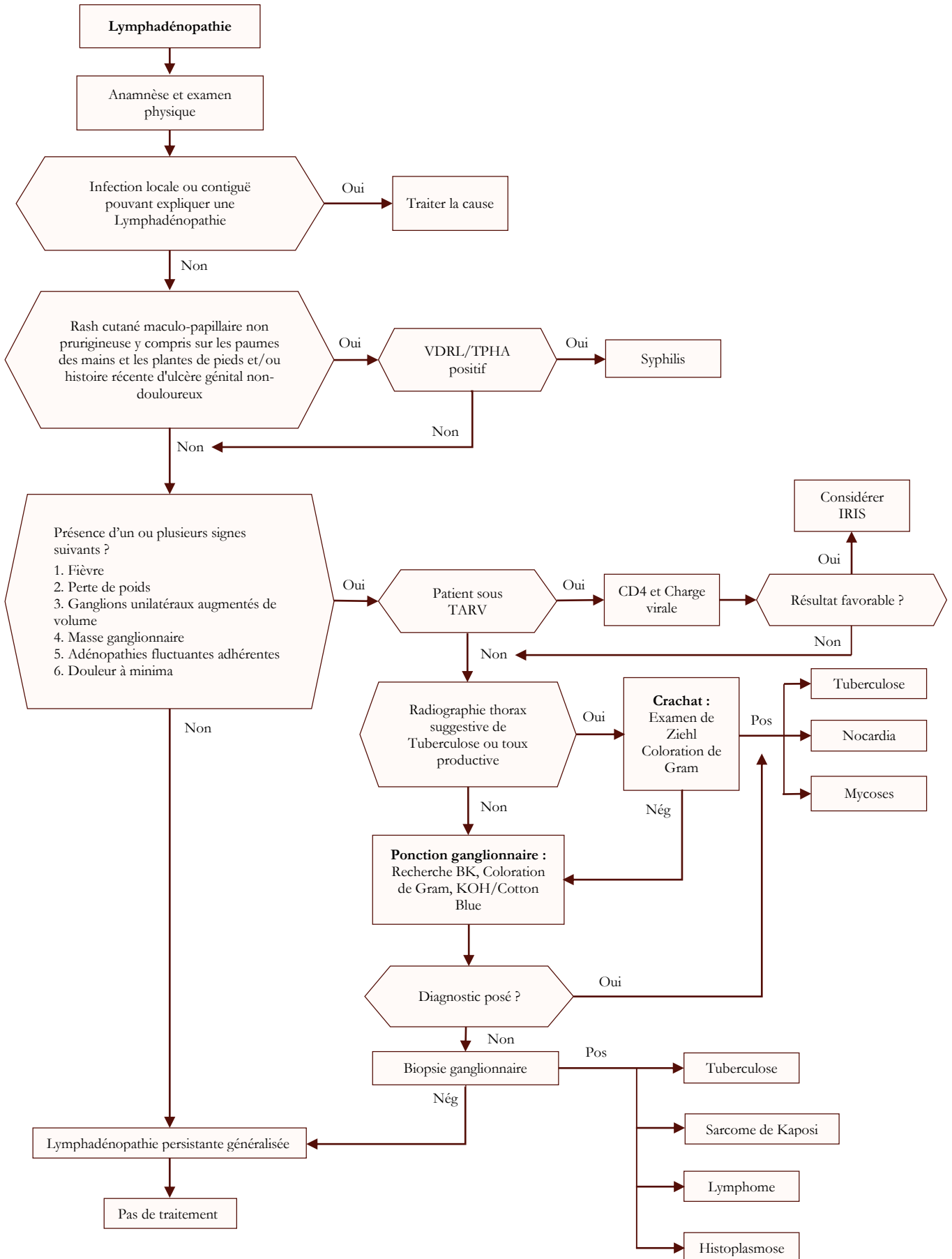
10.8.9. Lésions prurigineuses



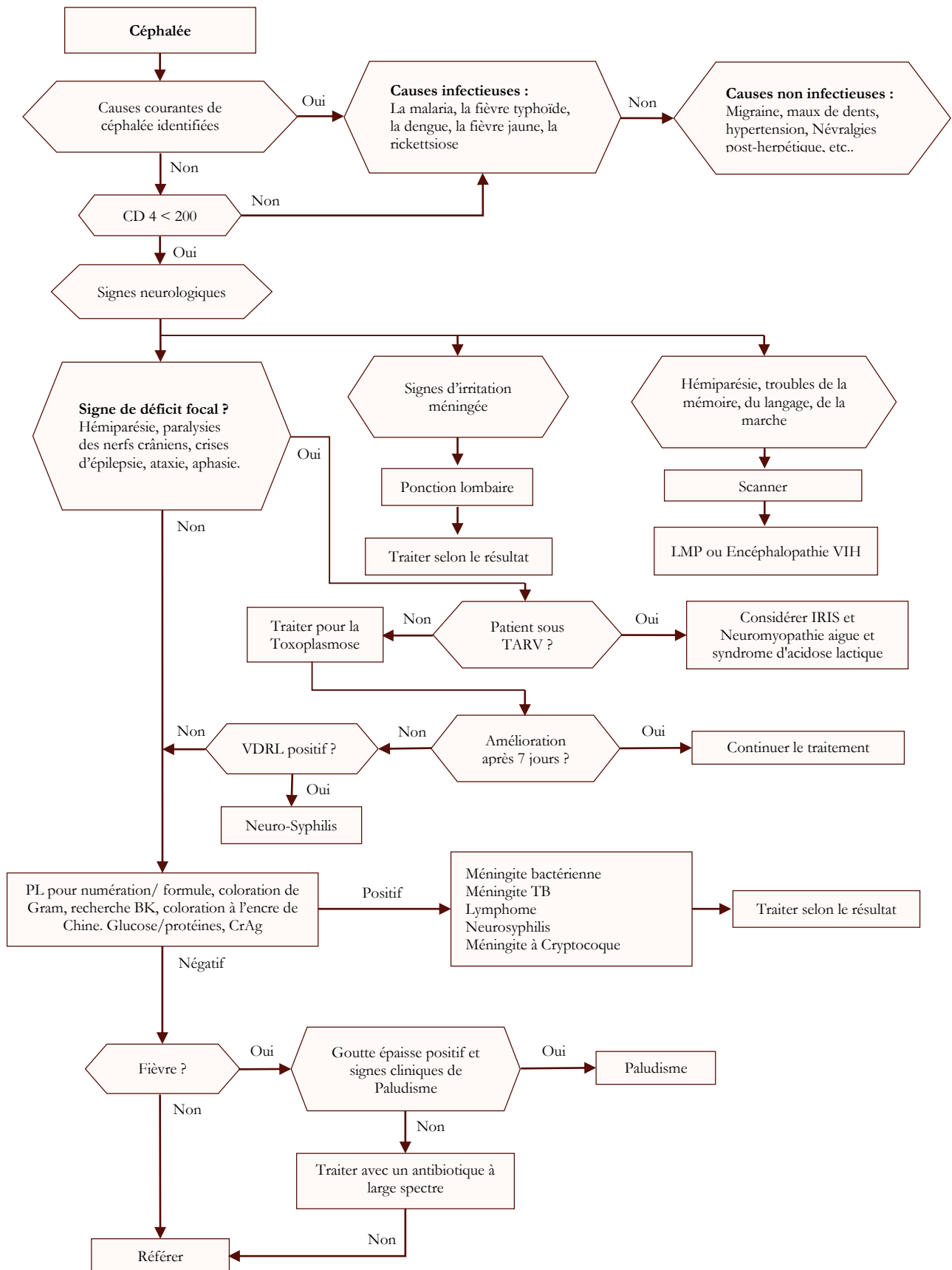
10.8.10. Lésions squameuses



10.8.11. Lymphadénopathie



10.8.12. Céphalée



10.9. Traitement des Infections Opportunistes

Tableau XXXVI :

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 œsophagienne	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 Acyclovir 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
		Cetirizine cp 10 mg	Cetirizine 1cp x 1/j pdt 10 jours	Enfant 6 à 12 ans: Cetirizine 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 aqueuse	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
		Cetirizine cp 10 mg	Cetirizine 1cp x 1/j	Enfant 6 à 12 ans: Cetirizine 1/2 cp x 1/j
		Eosine aqueuse	2%	1%
	Sarcome de Kaposi	Bléomycine 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 neuroméningée	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
			Phase de consolidation : 400 mg/j pendant 8 semaines	A vérifier

		Fluconazole gélule 200mg	Prophylaxie secondaire Fluconazole : 200mg / j Jusqu'à CD4 a plus de 200	? A 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'effet 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 Céfixime sirop 100, 200 mg	Ciprofloxacine 500 mg * 2 /j pendant 10 jours	Céfixime 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, Giardiasis	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 Métronidazole	Métronidazole 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	Cetirizine cp 10 mg	Cetirizine 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: Cetirizine 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)
		Cetirizine cp 10 mg	Cetirizine 1cp x 1/j pdt 10 jours	Enfant 6 à 12 ans: Cetirizine 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
Génito-urinaires	IST (Ulcérations génitales, Ecoulements urétraux, Ecoulements vaginaux, Douleurs abdominales pelviennes)	Selon les algorithmes nationaux (voir ANNEXE)		
	Syphilis	Benzathine Pénicilline	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 Pénicilline	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 Céfixime sirop 100, 200 mg	Ciprofloxacine 500 mg * 2 /j pendant 10 jours	Céfixime 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
		Diclofénac 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	Diazépam 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
		Dompéridone 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 PNLP		
	Troubles électrolytiqu es	Kcl, nacl, K, Ca		
	Hypoglycémie	G5, G10		