

REPUBLIQUE DU RWANDA



MINISTERE DE LA SANTE

**NORMES ET DIRECTIVES NATIONALES DE LA
PREVENTION CLINIQUE DU VIH**



TRAC Plus

Center for Treatment and Research on AIDS, Malaria, Tuberculosis and Other Epidemics



PREFACE

La pandémie du SIDA est l'un des défis les plus atroces de l'humanité. Toutes les nations se mobilisent pour lutter contre ce fléau. Chaque pays développe des voies et moyens pour prévenir, limiter ou écarter le danger d'infection au VIH, et prendre en charge les malades du SIDA, les personnes infectées et affectées par le VIH&SIDA.

Au Rwanda, une enquête démographique et de Santé réalisée en 2005 a montré que la Séroprévalence nationale était de 3%. Les femmes sont plus touchées que les hommes (avec une prévalence de 3,6% chez les femmes et 2,3% chez les hommes) et la séroprévalence est de 7,3 en milieu urbain contre 2,2 en milieu rural. Ce qui nécessite que la politique de lutte contre le VIH/SIDA au Rwanda doit donc intégrer la lutte contre la pauvreté car la précarité conduit à la prostitution. Elle doit aussi intégrer la notion genre. En effet, la femme rwandaise (53% de la population) est encore « laissée pour compte » dans le processus global de décisions pour le développement. L'éducation de la jeune fille a été négligée et la femme ne peut pas gérer librement sa sexualité.

Le gouvernement du Rwanda a fait beaucoup de réalisations dans la lutte contre cette pandémie. Le leadership s'est impliqué à tous les niveaux en commençant par les plus Hautes Autorités du pays. Il y a eu une grande mobilisation des fonds via les partenaires nationaux et internationaux. Une Commission Nationale de lutte contre le SIDA au sein de la Présidence de la République a été créée en 2001 et cette commission a mis en place et exécuté des Plans Stratégique Nationaux (2002-2005 et 2009-2012).

Des sites de CDV et de PTME ont été ouverts dans le pays mais l'objectif du ministère de la santé que tous les établissements de santé puissent offrir ces services n'est pas encore atteint. La qualité des services est à améliorer avec l'organisation du suivi médical et psycho social après l'annonce du résultat positif, la prise en charge familiale du VIH, le suivi des enfants et la révision des protocoles de traitement ARV dans le cadre de la PTME.

Des nouvelles stratégies de prévention de VIH sont aussi mise en place comme la Circoncision Masculine, la prévention chez les personnes vivant avec le VIH et le Conseil et Dépistage initiées par le prestataire.

Nous saisissons cette opportunité pour louer les efforts que ne cesse de déployer tout Rwandais engagé à œuvrer pour sa bonne santé et pour remercier diverses agences et institutions qui nous apportent leur appui. Plus particulièrement nous adressons nos vifs remerciements aux membres du groupe technique de travail sur le CDV/PTME, qui ont participé activement dans la révision de cet ouvrage.

Ambassadeur Richard SEZIBERA

Ministre de la Santé

REMERCIEMENTS

La révision et l'élaboration de Normes et Directives des activités de prévention du VIH au Rwanda n'auraient pas été achevée, si elle n'avait pas bénéficié d'une large participation de différents intervenants et partenaires à qui TRACPlus adresse ses remerciements pour leur contribution.

TRAC Plus voudrait aussi exprimer sa gratitude aux membres du Groupe Technique de CDV et PTME pour leur appui technique. Leur revue et apport constants ont contribué à la production du présent document.

Nos remerciements s'adressent également au personnel de TRAC Plus qui ont contribué d'une façon ou d'une autre à rendre possible la production de ce document.

Prof. Dr Michel KRAMER

Directeur Général de TRACPlus

LISTE DES PERSONNES QUI ONT CONTRIBUE A LA REVISION DE CE DOCUMENT.

Pf. KRAMER Michael	TRAC/Plus
Pf. BALIBWIRA Cyprien	UMSOM-IHV
Dr KARITA Etienne	PSF
Dr KAYIRANGWA Eugénie	CDC
Dr MUGWANEZA Placidie	HAS/TRAC PLUS
Dr SOBELA François	OMS
Dr. MUGABO Jules	HAS/TRAC PLUS
Dr MULIISA Grace	UNICEF
Dr .MUSONI Canisius	ICAP
Dr NDAGIJE Felix	CDC
Dr. NYIRAMASARABWE Laurence	OMS
Dr. RWEGO GASASIRA Antoine	HAS/TRAC PLUS
Dr. TENE Gilbert	ICAP
Dr. TSAGUE Landry	UNICEF
Dr UMUTONI WA SHEMA Nadine	HAS/TRAC PLUS
Mlle MUTUNGE Elise	HAS/TRAC PLUS
Mme DE GOES Stéphanie	UMSOM-IHV
Mme BALISANGA Hélène	HAS/TRAC PLUS
Mme DUSHIMEYESU Evangeline	ICAP
Mme KAMANZI Claire	UPDC
Mme MUKANDANGA Odette	EGPAF
Mme MUSANABAGANWA Eugenie	ICAP
Mme MUKANGWIJE Pulcherie	FHI
Mme MUKANKUKU Mectilde	PSF
Mme MUTARABAYIRE Vestine	FNUAP
Mme NSABIMANA Grace	HAS/TRAC PLUS
Mme NYANKESHA Elévanie	HAS/ TRAC PLUS
Mme SHENGERO Solange	GLOBAL FUND
Mme UMUTESI Verdienne	ICAP
Mr BARANGENDANYE Livinus	FHI
Mr.GAHONGAYIRE J. Bosco	HAS/TRAC PLUS
Mr. GATANA Jean	INTRA HEALTH
Mr KAYOBOTSI Claver	LNR
Mr. MUNYEMANA Martin	HAS/TRAC PLUS
Mr. NDAYISHIMIYE Egide	HAS/TRAC PLUS

TABLES DE MATIERES

PREFACE	1
REMERCIEMENTS	3
LISTE DES PERSONNES QUI ONT CONTRIBUE A LA REVISION DE CE DOCUMENT	4
TABLES DE MATIERES	5
INTRODUCTION GENERALE	7
CHAPITRE I. DEFINITIONS ET GENERALITES DES COMPOSANTES DE PREVENTION CLINIQUE DU VIH AU RWANDA	9
1.1 CONSEIL ET DEPISTAGE DU VIH (CDV).	9
<i>1.1.1. Bref historique</i>	<i>9</i>
<i>1.1.2. Intérêts des services de CDV</i>	<i>9</i>
<i>1.1.4. Paquets d'activités de CDV du VIH</i>	<i>10</i>
1.2. PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MERE A L'ENFANT. 11	
<i>1.2.1. Bref historique</i>	<i>11</i>
<i>1.2.2. Objectifs</i>	<i>11</i>
<i>1.2.3. Paquets d'activités de PTME</i>	<i>11</i>
1.3 PREVENTION DU VIH CHEZ LES PERSONNES SEROPOSITIVES	15
<i>1.3.1. Définition</i>	<i>15</i>
<i>1.3.2. Objectifs</i>	<i>15</i>
<i>1.3.3. Pourquoi la prévention chez les personnes séropositives</i>	<i>15</i>
<i>1.3.4. Concepts importants dans la prévention du VIH chez les PVVIH</i>	<i>16</i>
<i>1.3.5. Population cible</i>	<i>17</i>
<i>1.3.6. Liens entre la prise en charge et les autres services de santé</i>	<i>17</i>
1.4. PREVENTION DU VIH CHEZ LES GROUPES A HAUTS RISQUES	19
<i>1.4.1. Définition de groupes à hauts risques</i>	<i>19</i>
<i>1.4.2. Objectifs et stratégies de la prévention du VIH chez les groupes à haut risques</i>	<i>19</i>
CHAPITRE 2: NORMES REGISSANT LES SERVICES DE PREVENTION DU VIH AU RWANDA	20
2.1. Lieu d'exécution des activités	20
2.2. Conditions d'ouverture.	20

2.2.1. Personnel formé.....	20
2.2.2. Infrastructure requis.....	21
2.2.3. Matériel et Equipement requis.....	21
2.2.4. Aspects éthique.....	21
CHAPITRE 3 : PROCEDURES DE LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITES DE PREVENTION DU VIH.....	23
3.1 Procédures de la mise en œuvre des activités de Conseil et dépistage volontaire du VIH.....	23
3.1.1. Conseil pré- test.....	23
3.1.2. Test.....	24
3.1.3 Conseil post test.....	25
3.1.3.1. Conseil post test et l'annonce du résultat négatif.....	25
3.1.4. Suivi des clients testés.....	26
3.1.5. Remarque:.....	26
3.1.6. Conseil et dépistage du VIH des cas spécifiques.....	26
3.2. PROCEDURES DE MISE EN ŒUVRE DE LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION VIH DE LA MERE A L'ENFANT (PTME)	32
3.2.1 Consultation pré-nuptiale	32
3.2.3 Suivi de la femme enceinte VIH positive.....	36
3.2.4 Consultation post natale couple mère-enfant	37
3.2.5.. La planification familiale.....	42
3.2.6 La prise en charge familiale du VIH/SIDA.....	43
3.3. DIRECTIVES DES ACTIVITES DE PREVENTION CHEZ LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH.....	44
3.3.1 Cinq étapes de la prévention du VIH chez les personnes séropositive.....	44
3.3.2. La planification familiale chez les personnes séropositives.....	46
3.4. PROCEDURES DE MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITES DE PREVENTION DU VIH CHEZ LES GROUPES A HAUTS RISQUES	50
CHAPITRE 4 : SUIVI ET EVALUATION DES ACTIVITES DE PREVENTION.....	52
4.1. Suivi.....	52
4.2 Supervision	52
4.3. Evaluation	52
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	54

INTRODUCTION GENERALE

Le VIH/SIDA est une cause majeure de décès et d'incapacité dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire. Selon les estimations de l'ONUSIDA, en 2007, 33 millions de personnes vivaient avec le VIH à travers le monde dont 50% de femmes et 2 millions d'enfants de moins de 15 ans. Le nombre annuel des nouvelles infections était estimé à 2,7 millions dont 1,9 millions en Afrique sub-saharienne.

Le Rwanda, en particulier, est classé par l'OMS parmi les pays à épidémie généralisée avec une prévalence de 3%. Les activités de dépistage du VIH ont été introduites au Rwanda en 1985. Depuis 2000 le Rwanda a défini, comme priorité l'intégration des activités de prévention du VIH dans les services de santé existants y compris le conseil et dépistage volontaire du VIH (CDV) et la prévention de la transmission mère enfant du VIH (PTME) et le CDV.. Cependant, une enquête démographique et de santé réalisée en 2005 a montré que seulement 12% des femmes et 11% des hommes connaissaient leur statut sérologique. De plus, le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant reste encore élevé au RWANDA (6,8% en 2008), malgré les progrès réalisés dans le cadre de la PTME ces dernières années.

Dans le cadre de la prévention du VIH, les études ont montré que, les activités de conseil et dépistage du VIH est une composante essentielle des programmes de prévention pour une réponse efficace à l'épidémie du VIH. Il sert également de porte d'entrée pour les autres services tels que : la prévention et le traitement de la tuberculose et des autres infections opportunistes chez les personnes vivant avec le VIH, la prise en charge des autres IST, etc.

La Circoncision Masculine et la prévention chez les personnes séropositives ont été récemment adoptées et intégrées comme moyens de prévention du VIH dans la politique nationale de lutte contre le VIH/SIDA¹. Les efforts de prévention secondaire chez les PVVIH visent à prévenir la propagation du VIH aux partenaires sexuels et les enfants qui naissent des mères infectées au VIH ainsi que de protéger la santé des personnes infectées.

La prévention de la transmission des nouvelles infections est mal comprise. C'est dans ce cadre que pour atteindre l'objectif de plan stratégique de 2009-2012 qui consiste à réduire l'incidence du VIH à 50%, la population des groupes ayant des comportements à haut risques n'a pas été ignorée, toutes les activités de prévention du VIH en (Collaboration avec les formations sanitaires et la communauté) se sont focalisées à ces groupes (par exemple travailleurs de sexes et leurs clients, les hommes en uniformes etc.)

Les objectifs fixés dans l'EDPRS (2007)) visent à maximiser les mesures sanitaires préventives et à renforcer les capacités en vue de disposer de services de prévention du VIH de qualité et accessible pour toutes les populations pour de réduction des nouvelles infections au VIH. C'est pour cette raison que le Rwanda doit encore concevoir des interventions qui maximisent les

¹ Un document de normes et procédures régissant les activités de circoncision masculine est disponible

résultats et qui s'adaptent aux recherches récentes sur le VIH, d'où le besoin de réviser les normes et les directives régissant les activités de prévention clinique.

Le présent document servira donc de guide à toutes les prestations en matière de prévention clinique du VIH. L'application de ces normes et directives se fera en collaboration avec les structures de santé du niveau central, intermédiaire (District) et périphérique (Centres de Santé et Dispensaires) et les différents organismes et institutions œuvrant dans le domaine du renforcement des mesures de prévention de la transmission du VIH/SIDA.

Il explique les normes et directives de mise en œuvre des programmes de CDV, de PTME et de la prévention chez les personnes séropositives et ainsi que la notion de la prévention du VIH chez les personnes de groupes à risques. Il décrit aussi les activités de Suivi et évaluations des activités de services citées ci- haut.

CHAPITRE I. DEFINITIONS ET GENERALITES DES COMPOSANTES DE PREVENTION CLINIQUE DU VIH AU RWANDA

La prévention clinique du VIH au Rwanda comporte 6 composantes :

1. le CDV
2. Le dépistage du VIH initié par le prestataire²,
3. La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME),
4. La prévention du VIH chez les personnes séropositives
5. La prévention du VIH chez les groupes à haut risques.
6. La circoncision masculine³

Le présent chapitre donne un bref historique, une définition, les intérêts, ainsi que le paquet d'activités de chaque composante de prévention, à l'exception de dépistage à l'initiation du prestataire et la circoncision masculine.

1.1 CONSEIL ET DEPISTAGE DU VIH (CDV).

1.1.1. Bref historique

Au Rwanda, les activités de dépistage du VIH ont été introduites en 1985 avec la création de Laboratoire de Référence dans le cadre de la surveillance épidémiologique et recherches. En 2000-2002, un programme de conseil et dépistage volontaire du VIH a été initié et son passage à l'échelle a été effectuée entre 2004-2006 désireux connaître leur statut sérologique. A fin de 2008, le pays compte 452 formations sanitaires (FOSA) au Rwanda, parmi eux 374 offrent des services de CDV (337 FOSA publiques, 7 prisons et 30 FOSA privées.)

1.1.2. Intérêts des services de CDV

Les services de CDV du VIH ont pour intérêts de :

- Permettre aux clients de connaître leur statut sérologique
- Aider les clients testés VIH négatif à adopter et à garder un comportement de prévention à travers l'adoption de comportement à moindre risque
- Servir de point d'entrée pour d'autres services de prévention, de soins et de soutien pour les clients testés VIH
- Aider à combattre la stigmatisation et la discrimination dans la communauté.

² Un document de normes et procédures régissant les activités de dépistage à l'initiation du prestataire est disponible.

³ Un document de normes et procédures régissant les activités de circoncision masculine est disponible.

1.1.4. Paquets d'activités de CDV du VIH

Pour offrir les services de qualité de CDV, toute FOSA doit être en mesure de réaliser les activités suivantes :

- **IEC** : par activités IEC, il faut entendre par exemple l'intégration d'un service d'Information, Education et Communication au sein du site, afin de donner les informations sur le VIH aux personnes qui fréquentent les FOSA pour les diverses raisons
- **Conseil pré-test** : tout client qui arrive dans un service de Conseil et dépistage du VIH, doit faire l'objet d'un conseil Pré-test afin de l'aider à prendre une décision éclairée.
- **Test** : le service de Conseil et dépistage doit mettre les tests à la disposition de tout client désirant se soumettre au test de sérologie VIH
- **Conseil Post-test** : tout client ayant subi un test de sérologie VIH a le droit de connaître son statut sérologique après avoir reçu la signification de son résultat
- **Suivi au cours du post-test** : Enrôlement des cas positifs, références au service de Prise en charge et distribution des préservatifs s'avèrent nécessaire aux bénéficiaires de Conseil et dépistage de VIH

1.2. PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MERE A L'ENFANT

1.2.1. Bref historique

Le Programme de PTME a été mis en place au Rwanda en Avril 1999 sous l'initiative du TRAC avec l'appui de l'UNICEF dans le site Pilote de Kicukiro (Ville de Kigali) était de prouver la faisabilité du programme PMTCT au Rwanda.

Au lancement du programme, la Zidovudine avait été choisie comme prophylaxie administrée à la femme enceinte à partir de la 28^{ème} semaine de grossesse et la femme devrait rester hospitalisée tout le long de sa prophylaxie jusqu'à l'accouchement

Comme le régime de la Zidovudine était très cher (800\$ par femme) et que le suivi des femmes était difficile, la Zidovudine a fait place au régime HIVNET 012 utilisant une dose unique de Névirapine (NVP) de 200 mg chez la mère en début de travail et une dose unique de Névirapine de 2 mg/kg pour le bébé dans les 72h qui suivent l'accouchement.

En Décembre 2005, suite aux problèmes de résistances à la NVP seul et dans le but d'augmenter l'efficacité de la prophylaxie par la combinaison de plusieurs molécules des antirétroviraux, le régime fut changé et le protocole de la trithérapie en PTME fut adopté.

Le nombre de sites est passé de 1 site en 1999 à 347 sites en Mars 2009.

1.2.2. Objectifs

Les objectifs de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant sont :

- Réduire le risque de transmission du VIH chez l'enfant de 50% d'ici 2011
- Assurer la survie du couple mère - enfant par un accès à la prise en charge globale y compris par les ARV.

1.2.3. Paquets d'activités de PTME

Les activités de PTME se focalisent sur 4 axes stratégiques à savoir :

- La prévention primaire de l'infection a VIH chez les futurs parents
- La prévention des grossesses non désirées chez les femmes VIH positives
- La prévention de la transmission du VIH de la mère infectée a son enfant
- Prise en charge globale de la femme infectée, son enfant et sa famille

Dans le tableau ci-dessous sont décrites ces activités.

Axes stratégiques	Services	Activités
Prévention primaire	Consultation pré-nuptiale et autres services	<ul style="list-style-type: none"> ▪ IEC/CCC sur le VIH/PTME et sur la santé de la reproduction y compris la PF ▪ Conseil pré test ▪ Test ▪ Conseil post test ▪ Offre de service de PF ▪ Distribution des préservatifs ▪ Référence des cas testés positifs pour le VIH et autres services des cas qui en ont besoin ▪ Screening TB

La prévention de la transmission du VIH de la mère infectée à son enfant	Consultation prénatale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ IEC/CCC (Information sur le VIH/ PTME et autres IST) et PF
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conseil pré test ▪ Test du VIH ▪ Conseil post test ▪ Dépistages et prise en charge des IST
		<p>Prise en charge de la femme testée VIH positive</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ouverture du dossier de suivi des personnes vivant avec le VIH (Vert) ▪ Collecte des échantillons de CD4 et NFS, bilan hépatique ▪ Screening TB ▪ Conseil sur l'alimentation de l'enfant et de la mère ▪ Appuie nutritionnel aux femmes en malnutrition modérée ou sévère. ▪ Prophylaxie/ traitement aux ARV ▪ Prophylaxie au cotrimoxazole
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conseils à la femme séronégative ayant un partenaire séropositif pour rester négative et prophylaxie à la mère à l'accouchement et l'enfant ▪ Dépistage tous les 3 mois.
	Maternité	<p>Travail et accouchement:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dépistage du VIH si statut sérologique inconnu ▪ Prophylaxie aux ARVs selon le protocole ▪ Accouchement à moindre risque de TME ▪ Référence de la femme au service de PEC des PVVIH et ouverture du dossier pour le suivi pour celles qui sont testées en salle d'accouchement
		<p>Prise en charge en période postnatale immédiate:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Désinfection du nouveau- né ▪ ARV chez le nouveau-né ▪ Vaccination ▪ Conseil sur l'alimentation de l'enfant et de la mère

		<p>Conseil sur la PF et l'offre de méthodes de Pf appropriées</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ouverture du dossier de suivi des enfants exposés (rose) ▪ ARV prophylaxie de la mère
	<p>Consultation post natale/ suivi du couple mère- enfant</p>	<p>Suivi de l'enfant né de mère VIH+ ou du couple discordant dont la mère est VIH- :</p> <p>Enfant :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vaccination ▪ Dépistage du VIH de l'enfant selon le protocole nationale ▪ Screening TB ▪ Mesure anthropométrique ▪ Recherche des signes de l'infection a VIH ▪ Prophylaxie au cotrimoxazole ▪ Prise en charge nutritionnelle de l'enfant ▪ Evaluation psychomotrice ▪ Référence des enfants testés VIH positif au service de prise en charge
		<p>Mère :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ CT du VIH de la mère dont le statut du VIH est inconnu et les mères dont les partenaires sont VIH+(tous les trois mois pendant la période d'allaitement) ▪ Vérifier le Contrôle de CD₄ ▪ Vérifier la prophylaxie au CTX ▪ Conseil nutritionnel et appui nutritionnel ▪ Planification familiale (IEC et offre des méthodes contraceptives) ▪ Prise en charge globale de la famille

1.3 PREVENTION DU VIH CHEZ LES PERSONNES SEROPOSITIVES

1.3.1. Définition

La prévention chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) peut être définie comme étant des activités visant à maintenir le bien être des PVVIH (y compris une plus large santé sexuelle), retarder la progression de la maladie et réduire le taux de la transmission du VIH.

Une prévention efficace chez les PVVIH est basée sur les interventions qui ont fait leurs preuves et des approches multiples suivant les besoins et les droits des personnes infectées et affectées par le VIH (PVVIH, couples discordants, membres de la famille).

Le présent sous chapitre insiste sur le “quoi” de la prévention chez les PVVIH, en montrant avec les évidences en appuis, les interventions spécifiques recommandées pour venir en aide au PVVIH afin de leur permettre de mener une vie saine et de s’engager dans une activité sexuelle sans avoir peur de transmettre le VIH à leur partenaires sexuels.

1.3.2. Objectifs

Les activités de prévention du VIH chez les personnes séropositives sont basées sur les objectifs suivants (Buts) :

- Eviter la transmission du VIH
- Promouvoir la santé
- Eviter la résistance aux médicaments ARV (Mutation)

Pour qu’il y ait le succès des activités de prévention chez les personnes séropositives les stratégies de la mise en œuvre doivent :

1. Combiner les stratégies afin de créer un environnement donnant confiance aux PVVIH.
2. Protéger et promouvoir les droits humains et les principes d’éthique, y compris le droit à la vie privée, confidentialité, le consentement éclairé et le devoir de ne pas faire du mal.
3. Inclure des mesures de prévenir la stigmatisation et la discrimination des PVVIH, alors que l’on se focalise toujours sur les besoins particuliers et les droits des PVVIH.
4. Equilibrer les besoins publics de la prévention du VIH/IST avec les besoins particulier des PVVIH pour le bien être sexuel et leurs droits humains.

1.3.3. Pourquoi la prévention chez les personnes séropositives

Les changements de comportements à risque chez les personnes infectées au VIH ont probablement un grand effet sur la propagation du VIH en comparaison avec le changement de comportement à risque chez les personnes qui sont VIH négative.

Ces efforts de prévention chez les PVVIH visent à prévenir la propagation du VIH aux partenaires sexuels et les enfants qui naissent des mères infectées au VIH en plus de protéger la santé des personnes infectées. Aider les PVVIH à adopter des comportements surs et raisonnables, est une importante partie d'une approche de prévention qui est complète.

Comme les services de la prise en charge du VIH/SIDA sont mis à l'échelle à travers le Rwanda, ces milieux de prise en charge devraient servir comme des points d'entrée stratégiques pour atteindre un nombre plus élevé des PVVIH.

Les interventions de la prévention chez les PVVIH consistent à : Aider les PVVIH à limiter la propagation du VIH à leurs partenaires sexuels et les enfants, ainsi que les aider à protéger leurs propre santé. Les prestataires de soins sont les mieux indiqués pour aborder la prévention du VIH chez les PVVIH parce que ce sont eux qui ont un contact régulier avec les patients et sont considérés comme de fiables sources d'information.

Pour être efficaces, les programmes de prévention doivent comprendre une combinaison des interventions suivantes :

- Changement de comportements
- Traitement et surveillance des Infections Sexuellement Transmissible (IST)
- Conseil et Dépistage Volontaire
- Evaluation du risque d'abus d'alcool et d'autres drogues
- Prévention de la Transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME)
- Sécurité des produits sanguins
- Contrôle de l'infection dans les milieux sanitaires
- Interventions structurelles pour changer l'environnement dans le sens de promouvoir la réduction du risque.

La faiblesse des stratégies de la prévention dans plusieurs pays a été l'échec de diriger les efforts de prévention intensive vers les personnes qui avaient été testés VIH positifs.

Une stratégie de prévention qui est complète doit par conséquent comprendre des programmes pour aider les PVVIH à prendre des mesures afin d'éviter la possibilité d'exposer les autres à l'infection (Global HIV Prevention Working Group 2003).

L'implication significative des PVVIH est contributive pour faciliter la compréhension et la réponse effective.

1.3.4. Concepts importants dans la prévention du VIH chez les PVVIH

Les concepts importants dans la prévention du VIH chez les PVVIH sont :

1. **Le partage des résultats** est le fait de partager les résultats du statut sérologique d'une personne infectée au VIH à une personne ou une organisation. Néanmoins, les objectifs et les conséquences du partage des résultats peuvent être bénéfiques ou nuisibles.
2. **Le consentement éclairé** est basée sur le principe que des personnes compétentes sont autorisées à prendre des décisions éclairées concernant leur participation ou à donner leur

accord au test du VIH, d'autres interventions liées au VIH/SIDA et aux prestataires de soins de partager leur statut sérologique avec d'autres personnes.

3. **la notification du partenaire**, aussi connu comme le suivi du contact ou le counselling du partenaire, est un processus de contacter le(s) partenaire(s) sexuel(s) ou de partage d'injection (drogues injectables) d'une PVVIH pour leur parler du risque potentiel d'exposition au VIH et de les encourager à venir pour un counselling, le dépistage et si nécessaire avoir un traitement du VIH.
4. **Personne vivant avec le VIH**. C'est une personne qui est infectée au VIH et/ou qui portent des maladies ou des infections liées au VIH. Elle est également définie comme VIH positive ou séropositive.
5. **Prévention primaire**. Ce sont des activités qui visent à réduire l'infection primaire du VIH (Initiale ou nouvelle) chez les personnes connues non infectées
6. **Prévention secondaire** (Prévention chez les PVVIH). Ce sont des initiatives de prévention qui visent à maintenir le bien être des PVVIH (y compris une plus large santé sexuelle), retarder la progression de la maladie et réduire le taux de transmission du VIH aux personnes non infectées au VIH
7. **Sérodiscordant**. Quand un des partenaires est VIH positif et que l'autre est VIH négatif.
8. **Stigma**. Ce sont des attitudes ou des perceptions de honte, de disgrâce, de responsabilité ou de déshonneurs associés au VIH/SIDA. La stigmatisation n'est pas seulement une attitude individuelle mais plutôt un processus social.
9. **Charge virale**. C'est la quantité de virus qui se trouvent dans le corps d'une personne infectée au VIH. Le niveau de la charge virale est considéré comme étant un indicateur qui renseigne sur l'état de l'interaction entre le VIH et le système immunitaire de la personne infectée.
10. **Vulnérabilité**. Se réfère a la susceptibilité augmentée d'être infectée par le VIH ou à ses conséquences. Ce concept de vulnérabilité reconnaît des comportementaux limités qui existent pour beaucoup de personnes et les différents niveaux de risque pour l'infection à VIH que les mêmes comportements peuvent entraîner dans différents contextes épidémiologiques, socio-économiques, culturels et politiques.

1.3.5. Population cible

La population cible qui est recommandée comprend:

- Patients VIH positifs
- Partenaires des patients VIH positifs
- Les membres des familles des patients VIH positifs.

1.3.6. Liens entre la prise en charge et les autres services de santé

La prévention chez les PVVIH demande une prise en charge à long terme et des liens directs avec les autres services de santé, notamment:

- Conseil et Dépistage du VIH
- PTME

- PF
- Service ARV
- Prise en charge des IST
- Appui a l'adhérence par les ASC
- Services de la santé des adolescents

- Equipe d'appui psychosocial
- Santé mentale

1.4. PREVENTION DU VIH CHEZ LES GROUPES A HAUTS RISQUES

1.4.1. Définition de groupes à hauts risques

Groupes de personnes vulnérables ayant des comportements à risque de contracter et/ou de transmettre les IST/VIH notamment du fait du multi partenariat et du non utilisation du préservatif.

Il y a deux catégories de populations à hauts risques :

- La population à haut risque traditionnelle (Travailleuses de sexe et leurs clients, MSM et utilisateurs des drogues)
- La population à haut risques non traditionnelle (prisonniers, la population mobile comme les émigrants, camionneurs et travailleurs saisonniers, enfants de la rue, militaires et les autres hommes en uniformes)

Au Rwanda, on y rencontre les groupes à hauts risques suivants :

- Travailleurs de sexes
- Camionneurs
- Prisonniers
- Hommes en tenues
- MSM

1.4.2. Objectifs et stratégies de la prévention du VIH chez les groupes à haut risques

Les activités de prévention du VIH chez les groupes à hauts risques ont les principaux objectifs suivants :

- Réduire le risque de la transmission du VIH chez les groupes à hauts risques
- Faciliter le changement de comportement chez les groupes à hauts risques
- Aider la prise en charge des personnes infectées/ affectées au VIH

CHAPITRE 2: NORMES REGISSANT LES SERVICES DE PREVENTION DU VIH AU RWANDA

Comme la prévention du VIH devrait faire partie du paquet minimum d'une formation sanitaire, le présent chapitre décrit les normes qui régissent les services de prévention du VIH au Rwanda. Ces normes sont tout ce qui en rapport avec les conditions que doit remplir une formation sanitaire pour démarrer les activités de prévention du VIH. Entre autres : Lieu d'exécutions des activités et conditions d'ouverture

2.1. Lieu d'exécution des activités

Les activités de prévention du VIH doivent être intégrées dans un paquet de service offert par toute structure sanitaire.

Néanmoins, par accord de l'Hôpital de District, certaines structures non sanitaires peuvent exécuter les activités de prévention.

2.2. Conditions d'ouverture.

L'autorisation d'ouverture sera donnée par l'hôpital de district à tout établissement sanitaire et organisation reconnue par le Ministère de la santé tout en informant la Coordination Nationale (TRAC Plus), le Task force de la décentralisation et intégration/UPDC et la CAMERWA.

Au cours d'évaluation d'état de la Formation Sanitaire, les techniciens de l'hôpital de district doivent s'assurer de la disponibilité d'un certain nombre d'éléments, dont le personnel formé, l'infrastructure requis et le matériel requis :

2.2.1. Personnel formé

Pour offrir les services de prévention du VIH, la formation sanitaire doit disposer d'un personnel formé en la matière.

Dans le cadre de décentralisation, les formations des prestataires sont organisées par les Hôpitaux des Districts et les formations des formateurs (Training of Trainers : TOT) sont organisées par la Coordination Nationale et les modules formations sont standards et validés par le MINISANTE. Ces formations doivent être intégrées c'est-à-dire qu'elles doivent combiner toutes les stratégies de prévention du VIH (Conseil et Dépistage, PTME, Prévention chez les positives et la Circoncision masculine) et les stratégies de la prise en charge (ARV, appui psychosociale et nutrition)

Des recyclages des conseillers et personnels de laboratoire, doivent être organisés régulièrement une fois les deux ans afin d'assurer une formation continue du personnel.

Qui doit offrir les services de prévention du VIH ?

- Médecins
- Infirmiers
- Travailleurs sociaux
- Nutritionnistes
- Psychologues cliniciens
- Agents de santé communautaires
- Pharmaciens

2.2.2. Infrastructure requis

Les infrastructures doivent permettre l'offre des services de bonne qualité et conçus d'une manière à respecter au mieux la confidentialité et permettre un dialogue aisé. La FOSA doit disposer au Minimum : une salle d'accueil, un bureau de conseil et un laboratoire. Les Formations sanitaires qui offrent les services de PTME doivent disposer aussi la maternité construite et équipée selon les normes de la MINISANTE.

2.2.3. Matériel et Equipement requis

Pour offrir les services de prévention clinique du VIH, la FOSA doit disposer d'équipement et matériel adapté dont la liste est en annexe de ce document.

A part le matériel de bureau, la FOSA doit disposer le matériel favorisant à donner les services de bonne qualité. Ici on peut citer par exemple :

- Le manuel du prestataire et le manuel du formateur
- Le matériel d'IEC et les outils de démonstration
- Le matériel de Planning Familial (colliers, préservatifs, les pilules, les injectables et les implants)

Pour les détails d'infrastructure, matériel et équipement requis voir t en Annexe N°1 : Fiche d'évaluation de la FOSA.

2.2.4. Aspects éthique

2.2.4.1. Consentement pour le test du VIH

La décision du test doit être prise par la personne concernée. En raison de la précocité des premiers rapports sexuels et de la vulnérabilité des enfants face au VIH et autres IST, la demande personnelle du test de VIH est acceptée pour une personne âgée de 15 ans et plus. Pour un enfant de moins 15 ans, le consentement des parents ou du tuteur sont obligatoires.

Si la personne n'a pas toutes ses facultés mentales pour prendre la décision du test de façon éclairée, on ne doit pas l'obliger à le faire, sauf s'il est prouvé que cela est dans son intérêt. Dans ces conditions, la décision de test doit être prise par un membre de sa famille ou par un tuteur.

2.2.4.2. Confidentialité

La confidentialité est conçue comme un droit du client et une obligation du prestataire. La confidentialité doit toujours être garantie, à toutes les étapes du processus de conseil. Les dossiers et registres des clients doivent être tenus confidentiels. Le système d'archivage et de stockage des dossiers de clients, doit être conçu de sorte qu'il puisse garantir cette confidentialité. Tout personnel ayant accès aux dossiers médicaux ou aux résultats des tests de dépistage consignés est tenu à la confidentialité.

En cas de référence, le respect des règles de la confidentialité partagée reste obligatoire.

2.2.4.3. Annonce du résultat

Les résultats du test rapide sont rendus le même jour que le test. La communication des résultats est orale. De ce fait, un service de CD ne doit pas être utilisé pour un dépistage pour des raisons particulières (pré embauche, assurance, raisons scolaires ou de voyage, etc), les clients qui sollicitent un test dans ces conditions doivent être conduits à un service médical habilité.

Les résultats du test de dépistage doivent être délivrés à titre individuel ou en couple, pour les volontaires adultes. Les adultes ne jouissant pas de toutes leurs facultés, et chez qui la décision de dépistage n'était pas personnelle, le personnel soignant communiquera les résultats à son tuteur.

Pour les enfants et les mineurs, le résultat sera communiqué aux parents ou au tuteur.

Le mineur devra lui-même assister à la séance de communication du résultat avec un conseil approprié pour les enfants suivant leur âge.

2.2.4.4 .Tarification

Les services de CD du VIH sont gratuits au niveau des formations sanitaires publiques et agréées par le Ministère de la santé du Rwanda.

CHAPITRE 3 : PROCEDURES DE LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITES DE PREVENTION DU VIH

Dans le cadre de la mise en œuvre des activités de prévention du VIH, l'intervention des agents communautaires et les prestataires de soins s'avère nécessaire pour la mobilisation et la sensibilisation de la population.

Le présent chapitre a pour objet de décrire les procédures de la mise en œuvre les différents programmes de prévention du VIH.

3.1 Procédures de la mise en œuvre des activités de Conseil et dépistage volontaire du VIH

La procédure de conseil et dépistage du VIH volontaire, comporte plusieurs étapes: l'accueil et IEC de groupe, le conseil pré -test, le dépistage, le conseil post test et le suivi. A chaque étape, il est indispensable de respecter les procédures standard telles qu'édictées par le présent document.

3.1.1. Conseil pré- test

Le conseil pré test doit être dispensé à toutes les personnes sollicitant ou nécessitant le dépistage du VIH. Il doit être conduit individuellement/ couple ou accompagnée en cas de besoin (mineurs, les personnes n'ayant pas toutes les facultés mentales et les personnes vivant en situation d'handicap).

- **Conseil de groupes**

Il s'agit d'activités d'Information, d'Education et de Communication/ Communication pour le Changement de Comportement. C'est l'occasion de fournir des renseignements et de mener des activités d'IEC.

Il se fait en grand et en petit groupe. Quel que soit le type de groupe, les clients doivent recevoir les informations générales suivantes :

- Différence entre le VIH et le SIDA
- Importance de se faire tester
- Modes de transmission
- Moyens de prévention
- Période fenêtre –
- Résultats possibles
- Interactions en posant des questions
- Démonstration du préservatif masculin et féminin
- Révision brève

Après cette activité, les conseillers doivent vérifier l'éligibilité des clients (selon l'âge), enregistrer les clients et les orienter vers le bureau de conseil.

- **Conseil individuel**

Le conseil individuel se fait dans un bureau de conseiller où chaque client est reçu un à un. Il doit respecter la démarche du conseil pré-test qui comprend les étapes suivantes :

- l'accueil et présentation;
- l'évaluation des connaissances du client en matière du VIH;
- les discussions sur les informations relatives au risque d'infection au VIH
- si le client a un partenaire sexuel l'encourager à se faire tester ensemble en tant que couple
- l'exploration des options de réduction de risque (ABCDE) et l'élaboration d'un projet de réduction de risque et de changement de comportement ;
- la préparation au test en expliquant au client la signification du test de dépistage et le résultat éventuel de ce test
- les services disponibles de la prise en charge en cas de résultat positif
- l'obtention du consentement libre et éclairé;

Après le consentement du client, le conseiller passe à la procédure de test

3.1.2. Test

Le prélèvement du sang peut être veineux ou capillaire.

Le *Prélèvement du sang veineux* est effectué par ponction veineuse et sous vide dans un tube contenant K3EDTA comme anticoagulant. Ce prélèvement peut aussi se faire dans un tube sans anticoagulant. . Tandis que le *Prélèvement du sang capillaire (Finger prick)* est effectué par une piqûre au niveau du doigt. C'est une technique facile à réaliser, une technique moins invasive et une technique mieux supportée par les clients

Quant au prélèvement de DBS, c'est le sang capillaire mis sur le papier filtrant

En cas de finger prick le contrôle de qualité exige le prélèvement sous forme de DBS, des tests en parallèle.

Les tests des échantillons doivent se faire dans un laboratoire qui répond aux normes et standards du laboratoire d'un centre de santé tel que définis par le Laboratoire National de Référence (LNR). La politique nationale de Conseil et Dépistage de VIH exige une stratégie de tests en série. L'algorithme des tests de VIH se trouve en ANNEXE N°2

Les tests rapides utilisés sont :

- 1^{er} test : Determine / First Response
- 2^{eme} test : Uni-Gold
- 3^{eme} test : Capillus

En fin de garantir au maximum l'exactitude des résultats, tout laboratoire pratiquant les tests de sérologie VIH doivent participer au programme d'assurance de la qualité. Le contrôle de qualité de test analyse un 1/10 de chaque échantillon Il est conseillé aux centres de dépistage de

l'infection du VIH de suivre les recommandations du fabricant et du LNR en matière de tests de dépistage du VIH (Contrôle de qualité interne et contrôle de qualité externe).

3.1.3 Conseil post test

Le conseil post test doit être assuré par la personne ayant donné le conseil pré test. En cas de blocage dû à la langue, le conseiller peut choisir un interprète afin que toutes les étapes du conseil soient respectées; ceci doit se faire dans le cadre d'une confidentialité partagée. Au cas où le client n'a pas toutes ses facultés (mentales ou physiques), le conseiller donnera les conseils post test à l'accompagnateur qui a donné le consentement.

3.1.3.1. Conseil post test et l'annonce du résultat négatif

- L'accueil
- L'annonce et explication du résultat ;
- Le soutien émotionnel
- L'appui au client dans le plan de réduction du risque et prévention secondaire. Comme moyen de prévention du VIH chez les jeunes, le prestataire doit insister sur l'abstinence ou bien de l'utilisation du préservatif
- Le conseiller doit expliquer ce qu'est la période de séroconversion et s'assurer que les clients à risque mais séronégatifs pour l'heure comprennent l'importance du test de contrôle.
- L'on doit encourager les clients pouvant être dans la période de séroconversion à adopter des comportements de réduction du risque jusqu'au test de contrôle au bout de trois mois.
- Il n'est pas nécessaire de demander aux clients séronégatifs n'ayant pas eu de risque d'exposition récente au VIH de revenir pour un test de contrôle.
- Le client testé séronégatif doit se faire tester trois mois après une éventuelle exposition

3.1.3.2. Conseil post test et l'annonce du résultat positif

- l'accueil
- l'annonce et explication du résultat ;
- le soutien émotionnel
- l'appui au client dans le plan de réduction du risque et prévention secondaire ;(surtout sur la bonne utilisation du préservatif
- l'accompagnement et le suivi psychosocial; (inclus la visite à domicile)
- vivre positivement avec le VIH et avoir en permanence une attitude positive, éviter de s'exposer davantage au virus et à d'autres IST, prendre soin de sa santé, etc.,
- L'existence des services auxquels ils peuvent être référés en fonction de leurs besoins, notamment les associations des PVVIH,
- la référence du client testé VIH positif pour la prise en charge globale.

3.1.3.3. Conseil post test et l'annonce du résultat indéterminé

En cas de résultat indéterminé, le prestataire doit

- L'accueil
- L'annonce et explication du résultat ;
- Le soutien émotionnel
- L'appui au client dans le plan de réduction du risque et prévention secondaire ;
- Le conseiller doit expliquer ce qu'est la période de séroconversion

Les clients dont le résultat du test VIH est indéterminé, en plus des informations évoquées ci haut, doivent être informés de la nécessité de refaire le test.

3.1.4. Suivi des clients testés

Tous les clients testés VIH positif doivent être enrôlés au service de conseil et dépistage de la FOSA publique que privé (bilan clinique/biologique, prophylaxie au Cotrimoxazole, prise en charge des IOs) Les autres sites de conseil et dépistage (CD mobile, Centres des jeunes) autres que les FOSA réfèrent les clients testés VIH+ vers une FOSA habilitée.

3.1.5. Remarque:

1. Pour le cas de Conseil et dépistage du VIH des enfants, le prestataire doivent adapter son langage à celui de l'enfant pour lui faire comprendre pourquoi qu'on va lui tester au VIH et pour obtenir son accord, ce qui implique que le prestataire doit avoir des outils de communication adapté l'âge de l'enfant
2. Vu que les adolescents peuvent avoir leurs premières relations sexuelles à un âge médian inférieur à celui de la majorité légale, le Comité International des Droits de l'Enfant déclare dans son observation générale sur la santé et le développement de l'adolescent que les gouvernements doivent veiller à ce que les adolescents aient accès à une information suffisante sans devoir tenir compte du consentement des parents et aient accès aux services de prévention.
3. Pour le cas de la transfusion sanguine, les prestataires doivent suivre toutes les étapes du Conseil et Dépistage du VIH en avant d'annoncer les résultats aux clients séropositifs

3.1.6. Conseil et dépistage du VIH des cas spécifiques

Les paragraphes suivants décrivent les procédures de Conseil et Dépistage du VIH en cas de couple, des adolescents, des enfants, de la transfusion sanguine et de don d'organe, de CD mobile, de viol sexuel et d'accident post exposition.

3.1.6.1. Conseil et dépistage du VIH des couples

Le conseil et dépistage des couples est un dialogue confidentiel entre les 2 partenaires d'un couple et un conseiller en vue de permettre au couple de surmonter le stress, évaluer le risque de transmission du VIH au sein du couple et de prendre des décisions pour adopter un comportement préventif. En cas de CD de couple, les 2 partenaires doivent être ensemble tout au long du processus. Dans le cadre de CD en couple (marié, cohabitant permanent, partenaires sexuels, fiancés, etc.), il est important de s'assurer que la démarche est entièrement volontaire ; aucun membre du couple ne doit être contraint à subir un conseil et dépistage du VIH. Si le conseiller suspecte une quelconque pression ou contrainte sur un des membres du couple, il devra les inciter à revenir une fois qu'ils auront la décision de manière concertée et sans contrainte.

Démarche de conseil et dépistage d'un couple

L'activité de conseil et dépistage de couple doit suivre la démarche de CD telle qu'elle est décrite ci-haut. Ci-dessous sont les points particuliers relatifs au conseil du couple :

a. Accueil du couple pour le conseil et dépistage du VIH et obtention de leur consentement

Le conseiller doit :

- ✓ Discuter les avantages de se faire tester en couple,
 - ✓ Décrire les conditions de recevoir le service de conseil et dépistage du VIH en couple
 - ✓ Discuter sur les attentes et le rôle du couple dans le dépistage du VIH
 - ✓ Obtenir le consentement du couple pour recevoir le conseil et dépistage du VIH ensemble
- b. Examiner le lien/relation du couple** (Couple présexuel, couple engagé, couple marié ou cohabitant, couple polygame, couple réengagé).

Le conseiller doit identifier la nature et la durée de la relation du couple entrevoir le processus de prise de décision du couple pour demander le service de conseil et dépistage du VIH ensemble.

c. Application du modèle qui se focalise sur les solutions

- ✓ Les interventions brèves pour les couples données efficacement, peuvent faire une différence.
- ✓ Les couples qui se portent volontaires pour le CVCT s'investissent dans le processus.
- ✓ C'est le présent et le futur du couple qui est le plus important.
- ✓ C'est plus efficace de construire sur les forces que sur les faiblesses
- ✓ Se concentrer sur les solutions au lieu de traîner sur les problèmes.

- ✓ Le couple comprend comment utiliser ses forces pour gérer les sujets liés au VIH dans leur relation.
- ✓ Le conseiller valide les sentiments mais se concentre sur les actions positives.
- ✓ Les petits changements de comportements peuvent amener des plus importants.

d. Discussion sur le risque d'infection du VIH et questions y relatives

La discussion doit se focaliser sur le présent et le futur du couple.

Le conseiller doit aborder le risque que les partenaires annoncent, insister sur la communication et la coopération, fournir des informations générales sur les risques que les partenaires n'ont pas annoncé. *L'évaluation de risque individuel n'est pas recommandée.*

Le conseiller doit :

- ✓ Discuter les risques possibles dans l'abstrait et rappeler au couple de se focaliser sur le présent et le futur.
- ✓ Discuter sur les indicateurs qui augmentent la probabilité de tester VIH positif

e. Préparation du couple pour le dépistage du VIH et discussion sur les résultats

Le conseiller doit :

- ✓ Expliquer aux partenaires qu'ils peuvent avoir les mêmes résultats (concordants négatifs ou concordants positifs) ou des résultats discordants.
- ✓ Discuter avec le couple des façons à les amener à gérer chaque type de résultat et de ce qu'il pourrait faire pour aller de l'avant en tant que couple dans chacun des scénarios.

f. Remise des résultats

- ✓ Le couple échange ses coupons de résultats après que chaque membre du couple ait compris son propre résultat.
- ✓ Le conseiller doit donner la synthèse de résultat au couple (**concordant négatif, concordant positif et discordant**)
- ✓ Il adapte alors les conseils selon les résultats et les réactions du couple.

Pour les résultats concordants négatifs :

- ✓ Ce résultat ne signifie pas que le couple est immunisé ou protégé
- ✓ Discuter sur les comportements de réduction du risque.
- ✓ Discuter de la période de séroconversion
- ✓ Au cas où un des partenaires aurait eu un contact sexuel extra conjugal et non protégé, l'utilisation du préservatif est nécessaire pendant la période de 3 mois et refaire le test.
- ✓ Le couple séronégatif doit se faire tester après une éventuelle exposition au VIH (3mois après exposition), avant la grossesse, en cas de la présence d'un signe évocateur de l'infection du VIH

Pour les résultats concordants positifs :

- ✓ Le conseiller doit apporter un appui émotionnel au couple
- ✓ Le conseiller doit donner et renforcer l'information nécessaire pour vivre positivement avec la maladie. Entre autre :
 - Une personne infectée peut développer la maladie ou pas
 - Toute personne séropositive peut contaminer les autres, il faut alors la protection des partenaires sexuels, la prévention des IST ainsi que des nouvelles grossesses non désirées en utilisant le préservatif et les méthodes contraceptifs

Pour les résultats discordants :

- ✓ Le conseiller doit apporter un appui émotionnel au couple
- ✓ Le conseiller doit donner et renforcer les informations nécessaires entre autre :
 - Le partenaire négatif n'est pas immunisé ou protégé
 - Le partenaire infecté peut développer la maladie ou non,
 - L'utilisation systématique de préservatif.
 - La protection du partenaire sexuel négatif à l'aide du préservatif, le couple doit s'approvisionner trimestriellement à la formation sanitaire en préservatif
 - Les Informations sur les méthodes de planning familial modernes
 - Le partenaire négatif doit se faire dépister chaque trois mois
 - Si un d'un membre du couple a un tiers partenaire, ils doivent se faire tester en couple

3.1.6.2 Directives de CD mobile

Il s'agit d'un ensemble d'activités de CD mené en dehors de la structure sanitaire, notamment en cas d'inaccessibilité géographique aux sites de CD existants ou dans des situations particulières telles que les camps de regroupement, les établissements publics et privés, les prisons, les écoles, etc.

La stratégie de CD mobile doit respecter les normes et directives régissant les activités de CD classique. Néanmoins, certains points sont essentiels à prendre en considération pour garantir des services de qualité :

- La coordination technique doit être assurée par les autorités de l'hôpital de District en collaboration avec le TRAC*plus*.
- Les locaux réservés aux conseillers doivent garantir la confidentialité.
- Le conseiller doit recevoir au maximum 20 clients et le biologiste 80 échantillons par jour.
- Faire parvenir 10% des échantillons positifs et 5% des échantillons négatifs au LNR pour le contrôle de qualité.
- Assurer une bonne collecte des données.
- Assurer un bon suivi des clients, pour cela, cette activité doit être réalisée par les prestataires de la FOSA la plus proche et ayant déjà intégré les activités de CT/PMTCT.

3.1.6.3. Procédure en cas de viol sexuel et d'accident post-exposition

En cas de viol ou d'accident post exposition, le prestataire doit d'abord procéder aux étapes de Conseil et Directives de VIH tels que sont décrits dans les paragraphes ci-dessus (Conseil pré-test, Test et Conseil post test) avant de donner le traitement prophylactique.

Le prestataire doit procéder à l'évaluation de risque d'infection au VIH du violé et de la personne source d'infection afin d'orienter l'intervention.

Une sérologie VIH doit être pratiquée chez le soignant accidenté le plus rapidement possible (idéalement avant 4 heures). Si elle se révèle négative, un suivi sérologique sera réalisé, en particulier au 3e mois et avant la fin du 6e mois.

3.1.6.4. Directives de Conseil et Dépistage du VIH initié par le prestataire

Provider Initiated HIV Testing (PIT) est le conseil et dépistage du VIH initié par le prestataire. Dans ce cas l'approche est recommandée aux personnes qui viennent consulter les établissements de santé. L'approche vise à promouvoir la connaissance du statut sérologique et étendre l'accès à la prévention, au traitement et aux soins relatifs au VIH/SIDA.

La mise en œuvre du PIT au Rwanda se fera progressivement en commençant par des services et cas prioritaires ci-après :

- Consultation en ambulatoire (chez tous les malades présentant des signes évocateurs d'infection au VIH)
- services d'hospitalisation (tous les patients hospitalisés)
- Consultation prénatale
- Maternité
- Service de prise en charge des IST
- Service nutritionnel
- Service des tuberculeux.

Les activités de conseil et dépistage du VIH à l'initiative du prestataire sont guidées par les normes de mise en œuvre des activités de conseil et dépistage volontaire (à l'initiative du client), en vigueur au Rwanda cités ci-haut. Le prestataire suivra les étapes de CD classique (Conseil pré test, test et conseil post test et suivi).

Le patient doit suivre le circuit ci-dessous :

Avant tout test de dépistage du VIH le client doit recevoir le minimum d'informations pour obtenir son consentement.

- Pour le patient pris en charge en ambulatoire, le conseil et dépistage du VIH sont initiés par le prestataire qui reçoit le patient. Au cas où le patient donne son accord pour le test,

il reviendra au prestataire qui a proposé le test de lui faire le conseil, de prélever le sang et l'envoyer au laboratoire. Le patient reviendra pour récupérer son résultat et recevoir le conseil post test chez le même prestataire.

- Pour le patient hospitalisé, il est recommandé d'avoir une équipe de conseillers pour réaliser les tests dans tous les services d'hospitalisation. Ce sont ces conseillers qui sont chargés du conseil pré-test, du prélèvement du sang et de son envoi au laboratoire pour le test et de conseil post-test.

Pour la femme en travail d'accouchement, la salle d'admission doit avoir en permanence des infirmiers formés en conseil et dépistage à l'initiative du soignant, et en test de dépistage du VIH, des réactifs et consommables de dépistage. Cette salle d'admission doit remplir les normes d'un local où se fait un CD.

N.B : Les autres détails sur le Conseil et dépistage du VIH initié par le prestataire se trouvent dans le document «Directives nationales de Conseil et Dépistage du VIH initiés par le prestataire dans les formations sanitaires du Rwanda»

3.2. PROCEDURES DE MISE EN ŒUVRE DE LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION VIH DE LA MERE A L'ENFANT (PTME)

3.2.1 Consultation prénuptiale

Elle concerne la prévention de la transmission du VIH chez les futurs parents (prévention primaire).

Les activités doivent se réaliser de la façon suivante :

- L'IEC /CCC : L'éducation des futurs parents portera sur les informations relatives au VIH, SIDA et autres IST en particulier dans le contexte de la TME, un comportement sexuel responsable, des pratiques culturelles jugées à risque, santé de la reproduction
- Résumer les points essentiels sur lesquels il faut insister :
 - Conseil et dépistage du VIH et autres IST
 - Conseil pré et post test des couples (référence au VCT/ coupe)
 - Référence et/ou prise en charge des cas dépistés VIH positifs et autres IST : le prestataire qui a fait la référence veillera à ce que le cas référé arrive au service approprié
 - Planification familiale : les futurs parents bénéficient du conseil sur la planification familiale et des méthodes contraceptives efficaces à utiliser. Pour les cas testés positifs et les couples sérodiscordants, il est conseillé que le couple planifie leur conception avec l'appui du prestataire (voir détails sur le chapitre de prévention du VIH chez les personnes positives.

3.2.2. Consultation prénatale

Les activités de PTME sont intégrées dans les services de CPN. Les prestataires des soins et les agents de santé communautaire en collaboration avec les autorités locales doivent sensibiliser les femmes enceintes à venir avec leurs partenaires afin de bénéficier des services de CPN ensemble.

Les FOSA doivent chercher les stratégies pour maximiser la participation des partenaires tels que :

- Invitation systématique au partenaire,
- Organisation des dépistages des couples pendant le weekend.

N.B : Ne jamais refuser les soins prénatals aux femmes enceintes.

Les activités de la CPN, le conseil pré et post test, le dépistage du VIH et de la syphilis, ainsi que le dosage d'Hémoglobine sont offerts à la femme systématiquement comme paquet de

routine en CPN (il faudrait tout faire pour que le test se fasse à la 1ère CPN). Le partenaire reçoit aussi le conseil pré et post test ainsi que le dépistage du VIH et de la Syphilis dans ce service de CPN.

Il est vivement recommandé que tout le processus de conseil pré et post test soit fait en couple.

L'activité de conseil en pré test portera essentiellement sur :

- Les modes de transmission du VIH.
- L'intérêt du dépistage sérologique du VIH au cours de la grossesse et surtout le dépistage en couple.
- Les avantages de la notification du statut sérologique VIH au partenaire.
- Les résultats du test à venir et leur implication quand ils ont un résultat positif ou négatif.
- Les moyens de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant dont l'utilisation des anti-rétroviraux.
- Les options d'alimentation du nourrisson dans le cadre de la prévention de la transmission mère - enfant.
- Les grossesses ultérieures et la planification familiale.

Le conseil en post test portera sur l'annonce des résultats et conseils particuliers selon les résultats du test sérologique du VIH.

- S'il s'agit d'un couple, ceci devrait se faire en couple et en même temps par le prestataire des soins (conseiller).
- S'il s'agit d'une femme enceinte venue seule, celle-ci aussi recevra les conseils selon le résultat du test sérologique.
- Pour la femme séronégative (ou couple séronégatif), le conseil doit porter sur la prévention de l'infection à VIH de façon générale et en particulier au cours de la grossesse et de l'allaitement.
- La femme enceinte séronégative mais dont le partenaire est séropositif (couple discordant) recevra des conseils pour rester séronégative (utilisation systématique du préservatif et la prise des ARVs dans le cadre de la PTME) et la répétition du test tous les 3 mois même pendant la période d'allaitement.
- La femme enceinte séropositive devra bénéficier des ARVs pour la PTME selon le protocole national de PTME en vigueur.
- Les conseils sur l'alimentation doivent être évoqués au moment de l'annonce des résultats et approfondis tout au long de la grossesse et pendant la période post natale. Les deux options recommandées sont :
 - L'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois si les conditions AFADS d'une alimentation de remplacement ne sont pas respectées. A six mois, si l'alimentation de remplacement ne respecte pas les conditions AFADS (Acceptable, Faisable, Abordable, Durable et Sain), il est recommandé de continuer l'allaitement maternel et ajouter les aliments de complément tout en continuant le suivi clinique régulier de la mère et de l'enfant.

- L'alimentation artificielle : Si l'alimentation de remplacement respecte les conditions AFADS, il est recommandé aux mères infectées au VIH d'éviter l'allaitement maternel.
- Les conseils sur la planification familiale. Les mères et/ou les couples suivis dans le cadre de la PTME doivent être sensibilisées et encouragées à utiliser des méthodes de contraception efficaces.

La collecte des échantillons pour le dosage des CD4 est obligatoire pour toutes les femmes enceintes dépistées VIH + endéans la semaine du dépistage. Les FOSA sont encouragées à prélever le sang pour le dosage des CD4. Ces échantillons collectés sont envoyés au laboratoire le plus accessible qui a les moyens de les examiner. Après analyse, les résultats sont remis au service demandeur (service de CPN). Noter qu'avant le prélèvement des CD4 le dossier de la femme doit être ouvert pour enrôlement.

Il est recommandé que toute femme enceinte VIH + reçoive tous les soins y compris le régime ARVs selon l'indication au niveau de la FOSA qu'elle soit ARV ou pas. L'hôpital de district doit faire le maximum pour faciliter cette approche surtout pour les sites non ARV. (Cependant, l'hôpital de District donnera un appui technique aux FOSA n'ayant pas de personnel habilité à prescrire la trithérapie.)

3.2.2.1. Directives pour l'administration des antirétroviraux chez la femme enceinte séropositive et le nouveau-né

Une évaluation clinique (Stades OMS) et un bilan biologique comprenant le dosage des CD4, le taux d'hémoglobine et le bilan hépatique doivent être fait avant le démarrage de la prophylaxie aux ARV en PTME.

- Si Hb < 7gr/dl, il faut traiter l'anémie (administration du fer, transfusion si nécessaire selon le protocole national).
- Si l'anémie persiste après deux semaines de traitement, remplacer l'AZT par une combinaison comprenant le D4T.

Les femmes qui sont au stade 1, 2, 3 de l'OMS avec un taux de CD₄ >350/mm³ ne sont pas éligibles à la trithérapie. Sont éligibles à la trithérapie celles qui sont au stade 1, 2, 3, avec un taux de CD₄ <350/mm³ et celles qui sont au stade 4 sans tenir compte du taux des CD₄.

Toute femme enceinte répondant aux indications de mise sous traitement de la trithérapie doit le recevoir.

- Les molécules à prescrire sont AZT +3TC + NVP et D4T+3TC+NVP en cas d'anémie (Hb < 7gr/dl)

Les femmes enceintes ne répondant pas aux indications d'une mise sous traitement à la trithérapie ($CD4 > 350/mm^3$), le régime en vigueur au Rwanda est :

- Pour la femme vue tôt (entre 28 et 34 SA) : **AZT** 2 x 300 mg par jour à partir de la 28^{ème} semaine d'aménorrhée (SA) et une dose unique d'**AZT** 300mg + **3TC** 150mg + **NVP** 200 mg (Duovir-N) en début du travail et continuer avec **AZT +3TC** deux fois par jour pendant une semaine après accouchement. La première dose d'**AZT+3TC** doit être prise 12 heures après la dose unique d'**AZT** 300mg + **3 TC** 150mg + **NVP** 200 mg.
- Pour la femme vue au delà de 34 SA : débiter immédiatement **AZT+3TC+NVP** ou **D4T+3TC+NVP** (si Hb <7g/dl)

Le dosage des CD4 doit être fait après l'initiation de la prophylaxie et si le taux de $CD4 > 350/mm^3$, la trithérapie sera continuée jusqu'à l'accouchement et continuer avec l'**AZT +3TC** deux fois par jour pendant une semaine après l'accouchement. Si le taux de $CD4 < 350/mm^3$ la trithérapie sera continuée à vie.

- La femme dépistée séropositive au moment du travail d'accouchement et la femme séronégative ayant un partenaire séropositif recevront une dose unique de **AZT** 300mg + **3TC** 150mg + **NVP** 200mg (Duovir-N) en début du travail et continuer avec **AZT +3TC** deux fois par jour pendant une semaine après accouchement. La première dose d'**AZT+3TC** doit être prise 12 heures après la dose unique de **AZT + 3TC + NVP** (Duovir-N).

Chaque enfant né de mère séropositive ou séronégative dont le partenaire est positif recevra une dose unique de **NVP** (2mg/kg Soit 1 ml) endéans 48 heures après la naissance, avec un sirop d'**AZT** (2x4mg /kg/jour soit 2 fois 1 ml par jour) pendant 4 semaines.

NB : tout enfant né d'une mère séropositive doit être amené à la FOSA endéans 48 h pour recevoir la prophylaxie de l'enfant.

N.B :

- Une femme enceinte qui prend la dose de **AZT+3TC +NVP** en début de travail est qu'elle n'accouche pas endéans 12 heures, la femme va prendre une autre dose d'**AZT+ 3TC** et si elle passe 24 heures sans accoucher une dose d'**AZT+3TC+NVP** jusqu'à l'accouchement. Ceci concerne les femmes qui étaient sous **AZT** pendant la grossesse, les femmes testées **VIH+** au moment du travail et les femmes séronégatives avec partenaires séropositifs (couples discordants).
- Une femme enceinte sous prophylaxie **AZT** recevra une provision mensuelle et ce n'est qu'au dernier mois de la grossesse qu'elle recevra en plus de sa provision d'**AZT**, 1 ce d'**AZT+3TC+NVP** (Duovir-N) qu'elle prendra en début du travail où qu'elle soit. puis elle continuera **AZT + 3TC** (Duovir) 2 fois 1 cé par jour durant une semaine.

3.2.3 Suivi de la femme enceinte VIH positive

3.2.3.1. Suivi d'une femme sous prophylaxie

Après l'initiation de la prophylaxie aux ARV :

- le contrôle du taux d'Hémoglobine doit se faire au 15^{ème} jour (J15), à 1 mois (M1) et à 3 mois (M3). Si Hb < 7gr/dl, arrêter l'AZT :
 - Pour la femme qui était sous AZT seul, donner la trithérapie en remplaçant l'AZT par une combinaison comprenant le D4T ou la TDF jusqu' à l'accouchement.
 - Pour la femme sous trithérapie prophylaxie, remplacer l'AZT par D4T ou TDF il faut traiter l'anémie (administration du fer, transfusion si nécessaire selon le protocole national).
- Le contrôle du bilan hépatique (ALAT) doit être fait au 15^{ème} jour (J15), à 1 mois (M1) et à 3 mois (M3) pour les femmes qui sont sous la trithérapie.
 - En cas de suspicion de toxicité à la NVP, celui-ci doit être transféré au médecin.
 - En cas de toxicité à la NVP chez une femme avant la fin du premier trimestre (femme sous trithérapie), remplacer la NVP par le Kaletra
 - En cas de toxicité à la NVP chez une femme après le premier trimestre, remplacer la NVP par EFV après stabilisation de la patiente.
- Le contrôle du dosage des CD₄ doit se faire tous les 3 mois chez toute femme enceinte avec des CD₄ entre 350- 500 /mm³ et tous les six mois pour les femmes qui ont les CD₄ > 500 /mm³
- La trithérapie à donner chez une femme enceinte sous antituberculeux ne doit pas inclure la NVP, et sera remplacée par l'EFV, et si l'âge de la grossesse < 14 SA remplacer la NVP par l'Abacavir (ABC).

3.2.3.1 Précaution en salle d'accouchement

- S'assurer que toute parturiente est munie de sa carte de liaison et vérifier son statut sérologique ainsi que les ARVs prescrits pour les cas dépistés VIH positifs.
- Proposer systématiquement le test de dépistage du VIH à toute femme qui se présente en salle d'accouchement ne connaissant pas leur statut sérologique VIH
- Pour toute femme enceinte dépistée séropositive en CPN ou en salle d'accouchement/ couple discordants, il faudra s'assurer de la prise des ARV et l'enrôlement dans le programme de suivi des PVVIH.
Donner les conseils sur la planification familiale.

3.2.3.3. Manœuvres gynéco obstétricales à éviter :

- La rupture artificielle des membranes : cette pratique doit être exceptionnellement réservée à des cas accusant un certain échec de travail. Une rupture des

membranes de plus de 4 heures est associée à un risque accru de TME. Ainsi, la rupture des membranes ne sera indiquée qu'en cas de dystocie (détresse fœtale ou échec du travail). En dehors de cela, la rupture des membranes devra être faite à une dilatation cervicale de 7 cm ou plus.

- Les touchers vaginaux : Il faut minimiser le plus possible le nombre des touchers vaginaux qui sont sources de micro lésions au niveau du canal vaginal et risquent souvent de causer les traumatismes à l'enfant après rupture des membranes.
- Episiotomie : L'épisiotomie de routine doit être prohibée. La pratique de l'épisiotomie doit relever d'une indication obstétricale spécifique.
- Induction du travail : L'option d'une induction du travail et non une césarienne élective doit être le résultat d'une évaluation obstétricale rigoureuse de sa nécessité. Lorsque le choix a été fait en faveur d'une induction du travail, les membranes doivent rester intactes le plus longtemps possible.
- Ligature du cordon : La section du cordon doit être faite sans transfusion ou trayage du sang du côté maternel vers l'enfant. Il faut clamber immédiatement le cordon après la sortie de l'enfant, le couper sans autres manœuvres.
- Aspiration des narines du nouveau-né avec un tube d'aspiration : L'aspiration des narines du nouveau-né avec un tube d'aspiration peut entraîner des microlésions, porte d'entrée pour le VIH chez l'enfant. Ce genre d'aspiration sera indiqué si l'enfant a avalé du méconium ou s'il a une autre raison de détresse respiratoire. Si non pour les autres enfants, il faut essuyer la bouche et les narines de l'enfant par un tampon après l'extraction de la tête

3.2.3.4. Pratiques recommandées:

- La désinfection vaginale : la désinfection vaginale avec une solution de chlorhexidine 0,25% pourrait avoir un effet sur la réduction de la TME surtout lorsque la rupture des membranes dépasse 4 heures. En général, après chaque toucher vaginal, il faut bien essuyer le canal vaginal avec un tampon de gaz ou de coton imbibé de cette solution.
- La désinfection du nouveau-né : Immédiatement après la naissance, il est conseillé que l'enfant soit essuyé avec une solution de chlorhexidine 0,25% à température ambiante ou être nettoyé à sec avec une serviette pour éliminer toutes les sécrétions et sang maternels sur son corps.

3.2.4 Consultation post natale couple mère-enfant

Le suivi du couple Mère-Enfant se fera dans les services ci-après :

- Vaccination
- Service de suivi de la croissance (Suivi des enfants exposés):
- PF

Le premier rendez-vous est à 6 semaines (Vaccin, PCR, CTX) et le suivi continuera chaque mois suivant le calendrier vaccinal. Après les vaccins le suivi se fera chaque mois jusqu'à 18 mois.

Le suivi de la mère se fera selon le protocole national de la PEC des PVVIH/SIDA.

Il faudrait harmoniser les rendez-vous du suivi de l'enfant avec ceux de la mère afin d'éviter plusieurs visites.

3.2.4.1 Suivi des enfants exposés.

Cette étape doit être l'occasion pour le prestataire de renforcer les conseils sur l'alimentation de l'enfant, de surveiller le mode d'alimentation adopté, d'assurer le suivi du couple mère-enfant et la prise en charge médicale, psychosociale (de la mère, de l'enfant et de toute sa famille) et psychomoteur de l'enfant.

Tout enfant né de mère séropositive doit avoir un dossier rose pour son suivi systématique à partir de 6 semaines jusqu'à la confirmation de son statut VIH.

Suivi biologique :

- Un suivi clinique et biologique rapproché sera mis en place pour chaque enfant né de mère VIH+ afin de diagnostiquer et traiter précocement les enfants qui auraient besoin d'ARVs avant 18 mois.

PCR :

- Le premier test direct (PCR 1) sera réalisé à partir de 6 semaines ou à la première visite après 6 semaines pour tous les enfants nés de mère séropositives ou à n'importe quel moment si l'enfant exposé présente les signes suspects (mauvaise croissance staturo-pondérale, fièvre inexplicite au long court, diarrhée au long cours malgré le traitement, infections à répétition, signes de malnutrition, candidose buccale répétée).
 - Si la PCR 1 est négative, continuer le suivi et faire une sérologie à 9 mois.
 - Si la PCR 1 est positive, confirmer par une 2ème PCR et commencer la prise en charge pédiatrique en attendant la PCR de confirmation (car le résultat de la PCR de confirmation peut trainer).
 - Si la PCR de confirmation est négative (donc erreur de la PCR 1), stopper la PEC pédiatrique déjà initiée et faire la sérologie à 9 mois.
 - Si la PCR de confirmation est positive, continuer la PEC pédiatrique déjà initiée et référer dans le service de PEC ARV pédiatrique.

Sérologie :

Tout enfant avec une PCR 1 négative ou si la PCR n'a pas été disponible le test de sérologie sera fait comme suit et selon l'algorithme national :

Le test de sérologie à 9 mois.

- Si la sérologie est positive, confirmer par une PCR (car possibilité de la présence des anticorps maternels), si la PCR de confirmation est positive référer en PEC (pédiatrique).

- Si la sérologie à 9 mois est négative, continuer la prise en charge en cours et refaire une dernière sérologie à 18 mois.

Le test de sérologie à 18 mois

- Si la sérologie est positive, confirmer par une PCR si positive, l'enfant est déclaré positif et est transféré en PEC (pédiatrique)
- Si la sérologie à 18 mois est négative, l'enfant est directement déclaré négatif et sort du programme.

Suivi de la croissance

Les deux premières années de vie sont une période de croissance rapide chez l'enfant.

Le poids de l'enfant à la naissance est d'environ 3kg. L'enfant double son poids de naissance à six mois et le triple à un an. A deux ans, il pèse environ 12kg.

La taille de l'enfant est de 50 cm à la naissance. Elle est de 75cm à un an et de 85cm à deux ans.

Le périmètre crânien est de 33 à 36cm à la naissance. Il est de 45 cm à un an et 47 cm à 2 ans.

La croissance se ralentit au cours des années qui suivent et l'on observe ensuite un deuxième pic de croissance au début de l'adolescence entre 10ans et 13ans chez les filles et entre 12ans et 15 ans chez les garçons. Les filles vers 16ans et 17 ans et les garçons entre 18ans et 19 ans ont en général accompli leur potentiel de croissance et ont désormais la stature adulte de leur condition.

Les paramètres anthropométriques les plus couramment utilisés pour le suivi de la croissance chez les enfants sont :

- **Le poids :** Il est pris chez un enfant nu ou légèrement vêtu, au moyen d'une balance préalablement bien tarée et si possible chaque fois par le même opérateur.
- **La taille :** Elle est prise chez les enfants de moins de deux ans en position couchée, et en position debout pour les enfants plus âgés

La circonférence crânienne : Elle est prise à chaque contact avec la formation sanitaire chez tous les enfants de moins de cinq ans au moyen d'un mètre ruban inextensible qui doit passer par les bosses frontale et occipitale.

Une surveillance régulière de la croissance de l'enfant permet de détecter précocement les anomalies de la croissance pondérale, staturale et du périmètre crânien dont on recherchera la cause exacte pour entreprendre une thérapeutique appropriée et permettre à l'enfant de réaliser tout son potentiel de croissance et de développement.

- Tout enfant né de mère VIH + devra être examiné complètement (poids, taille, évolution neurologique, signes suspects de l'infection) chaque mois jusqu'à ce qu'a 18 mois.
- Si l'enfant présente un retard de croissance ou neurologique ou un signe suspect de l'infection (fièvre, Altération de Etat Général, dyspnée,...) il sera immédiatement référé au médecin.

Prise en charge médicale

- Le Cotrimoxazole doit être donné systématiquement à chaque enfant né de mère séropositive à partir de 6 semaines de vie. C'est à ce même moment que l'enfant doit aussi bénéficier de la 1^{ère} PCR (DBS) et de la 2^{ème} vaccination. La durée du traitement dépendra de la confirmation du résultat négatif de la PCR ou de la sérologique VIH chez l'enfant.
- Et si le résultat est confirmé positif, l'enfant sera référé dans le service de prise en charge pédiatrique.

DOSES DE BACTRIM RECOMMANDEES QUOTIDIENNEMENT SELON LE POIDS DE L'ENFANT

Poids en kg	Dose	3 kg	4 kg	5 kg	6 kg	7 kg	8 kg	9 kg	10 kg
Bactrim® sirop 200 mg/40 mg/5ml	25/5 mg/kg 1 fois par jour	2 ml	2,5 ml	3 ml	4 ml	4,5 ml	5 ml	5,5 ml	6 ml
Bactrim® comprimés	25/5 mg/kg 1 X/jour		1 co 100/2 0	1 co 100/20 mg	1,5 co 100/20 mg	1,5 co 100/20 mg	1/2 co 400/80 mg	1/2 co 400/80 mg	1/2 co 400/80 mg

3.2.4.2 Suivi de la mère VIH séropositive

Soins post-natals

Très souvent, les soins postnatals de base donnés à la femme infectée par le VIH et à son nourrisson ne seront pas différents des soins postnatals de celles non infectées au VIH. Les femmes infectées par le VIH sont plus sujettes à des complications médicales du type infections urinaires, infections respiratoires, infections septiques sur épisiotomie et infections septiques post césarienne. Les prestataires seront à l'affût des signes d'infection, par exemple la fièvre, un pouls accéléré, des douleurs au site de l'épisiotomie ou au niveau du bas-ventre, et des lochies (écoulements vaginaux) putrides. Il convient d'informer les femmes infectées par le VIH quant aux soins périnéaux et à la manipulation sans risque du sang et des lochies.

Comme la plus part des femmes sont libérées de l'hôpital très tôt, il est important avant qu'elles ne partent de l'hôpital de leur parler des symptômes de ces infections et leur expliquer qu'elles peuvent revenir pour les soins si cela s'avère nécessaire.

Les conseils postnatals :

Les conseils spécifiques que la mère infectée par le VIH doit recevoir et comprendre :

- soutien en ce qui concerne le choix du mode d'alimentation de son nourrisson
- information de la possibilité d'infection chez l'enfant et information détaillée sur les endroits et les possibilités de test et de traitement pour l'enfant.
- discussion sur la divulgation de son statut VIH au partenaire, à la famille, à des ami(e) s en qui elle a confiance.
- exploration de ses sentiments, notamment la culpabilité, le chagrin, la crainte et le déni
- il faut aussi envisager avec elle la possibilité qu'elle puisse avoir transmis l'infection du VIH à son nourrisson.
- encouragement à recourir au soutien de ses pairs.
- discussion de l'attitude à adopter face à la stigmatisation possible, surtout si elle n'allait pas.
- Insister sur le fait que même si le résultat de la PCR est négative et que la mère allaite toujours ce résultat n'est pas définitif, l'enfant doit continuer à prendre le Cotrimoxazole jusqu'à exclusion de l'infection au VIH.

Quel que soit le statut VIH de la femme le prestataire doit suivre des précautions universelles : Le lavage fréquent des mains et le port de gants (chaque fois que cela est possible) constituent des précautions critiques.

Cotrimoxazole :

Toute personne VIH + doit être sous prophylaxie de Cotrimoxazole sans tenir compte du taux des CD4. L'approvisionnement doit se faire chaque mois et en cas de perdu de vue et/ou de non respect des rendez-vous, des visites à domicile doivent être planifiées.

Suivi biologique :

Après l'accouchement les femmes séropositives seront transférer dans le service de PEC ou leur suivi sera conforme au protocole national de prise en charge du VIH en vigueur.

Conseils sur l'alimentation

Toutes les mères séropositives doivent recevoir les conseils sur toutes les options alimentaires existantes pour les enfants, être suffisamment informées sur les risques et les bénéfices associés à chaque option ainsi qu'une orientation spécifique pour le choix approprié. Les mères doivent faire un choix objectif basé sur les informations complètes sur les risques et les avantages de chaque alternative. Quelle que soit la décision d'une mère, celle-ci doit être informée et soutenue dans son choix afin d'éviter les conséquences nutritionnelles et psychologiques préjudiciables au couple mère - enfant.

Les options d'alimentation recommandées pour les enfants nés des mères séropositives sont :

- L'option la plus appropriée de l'alimentation de l'enfant exposé né de mère dépendra des circonstances individuelles de la mère ainsi que son état de santé et sa situation locale

mais doit tenir en considération des services de santé disponibles, des conseils et du soutien qu'elle doit recevoir.

- L'allaitement exclusif est recommandé chez les femmes infectées par le VIH jusqu'à 6 mois de vie à moins que l'alimentation de remplacement soit acceptable, faisable, abordable, durable et sain (AFADS) pour elles et pour leurs enfants avant 6 mois.
- Si l'alimentation de remplacement est acceptable, faisable, abordable, durable et sain, il est recommandé aux mères infectées au VIH d'éviter l'allaitement maternel.
- A six mois, si l'alimentation de remplacement n'est pas acceptable, faisable, abordable, durable et sain, il est recommandé de continuer l'allaitement maternel et ajouter les aliments de complément et continuer le suivi régulier de la mère et de l'enfant.
- Toutes mères allaitantes devraient arrêter d'allaiter si une alimentation adéquate et suffisante sauf le lait maternel peut être donnée.

3.2.5.. La planification familiale

Les mères suivies dans le cadre de la PTME doivent être sensibilisées et encouragées à utiliser des méthodes de contraception efficaces. De ce fait les structures de santé doivent mettre à la disposition du couple qui le désire les différentes méthodes de contraception existantes. L'utilisation des préservatifs doit être encouragée pour réduire les risques de réinfection et de transmission du VIH.

L'intégration des services de PF dans les services de VIH (CDV, PTME et ARV) et vice versa sera d'une importance capitale et permettra de bien gérer les problèmes des grossesses non désirées, de réinfection et de transmission du VIH.

Le prestataire doit transmettre les messages en ce qui concerne les avantages de la PF :

- Réduction de la mortalité maternelle par la prévention des grossesses non désirées
- Réduction de la mortalité infantile
- Réduction du risque de la transmission du VIH à son partenaire et à son enfant
- Diminution du nombre des orphelins
- Eviter les dépenses qui adviendraient au cas où l'enfant et/ou le partenaire serait infecté car la prise en charge et le traitement requièrent la mobilisation des ressources financières qui devraient être utilisées pour le développement de la famille et du Pays.
- Fournir les informations appropriées et aider chacune de ses clientes à être éclairée avant de décider d'être ou de ne pas être enceinte.
- Rappeler à la femme dans le post partum immédiat l'importance de la planification familiale.
- S'intéresser particulièrement à la femme séropositive et à son partenaire en leur permettant d'avoir accès aux méthodes sûres de contraception selon leur choix.
- Expliquer que le fait d'utiliser une autre méthode contraceptive n'exclut pas l'utilisation du préservatif et ne protège pas contre la transmission du VIH. D'ou la double protection.

- Si la contraception est demandée, s'assurer que la femme ou de préférence le couple à toutes les informations et les conseils nécessaires à une contraception saine.
- Après l'accouchement, le conseiller donne un rendez-vous de consultation pour le début de la contraception.

Il faudrait que dans chaque service que ce soit en PF, CDV, PMTCT et ARV il y ait un CHECK LIST, ceci aidera à transmettre tous les messages et à bien prendre en charge chaque cas.

- Accueillir,
- Informer (voire messages ci-haut cités),
- Faire l'interrogatoire
- Conseiller au sujet des méthodes de contraception existantes, disponibles et convenables.
- Faire le bilan,
- Prescrire la méthode,
- Donner toutes les explications utiles
- Faire le suivi

3.2.6 La prise en charge familiale du VIH/SIDA

Il est préférable de faire un counseling au couple dans le cadre de PTME. Les partenaires sont encouragés à accompagner les femmes venues en CPN. En cas de positivité, le conseiller encouragera sa cliente à en parler à son partenaire. Si celle -ci à des enfants l'encourager à les amener pour qu'ils soient testés et mis dans le programme de prise en charge.

3.3. DIRECTIVES DES ACTIVITES DE PREVENTION CHEZ LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

Les procédures des activités de prévention secondaire chez les personnes vivant avec le VIH doivent suivre 5 étapes :

3.3.1 Cinq étapes de la prévention du VIH chez les personnes séropositive

ETAPE 1: DONNER des recommandations de prévention au patient VIH positif à chaque visite.

Il faut donner la priorité aux recommandations sur lesquelles on doit parler suivant les besoins personnels de chaque patient. Il faut être sur de couvrir toutes les recommandations pendant la visite du patient à la FOSA.

EVALUER l'activité sexuelle du patient et son/sa partenaire ainsi que le statut VIH des enfants

- *Êtes-vous sexuellement actif?*

Si Oui:

Votre ou vos partenaire(s) sexuel(s) pourraient être infecté(s) au VIH—Il se peut qu'il(s) ou elle(s) soit/soient VIH positif(s) comme vous.

Votre ou vos partenaire(s) sexuel(s) pourraient ne pas être infecté(s) au VIH—Il se peut qu'il(s) ou elle(s) soit/soient VIH négatif(s) même si vous avez eu des rapports sexuels pendant longtemps.

- **Est ce que Votre ou vos partenaire(s) sexuel(s) et vos enfants ont été testés au VIH ?**

Si NON:

- **Votre ou vos partenaires(s) et vos enfants devraient être testés au VIH parce qu'il y a un grand risque qu'ils soient infectés**

Si OUI:

- **Si Votre ou vos partenaire(s) est/sont VIH négatif(s), ils(s) devraient se faire tester au moins chaque 3 mois.**
- **Si votre/vos partenaire(s) masculin(s) est/sont VIH négatif(s), ils devraient penser à faire la circoncision.**
- **Si votre/vos partenaire(s) ou les enfants sont VIH positifs, ils ont besoin de la prise en charge. Il faut les encourager à venir au centre de santé/ hôpital voir un prestataire.**

- *Avez-vous partagé vos résultats avec votre/vos partenaire(s) sexuel(s)?*

Si NON:

- Si vous n'y trouvez pas de danger, dit à votre/vos partenaire(s) que vous étés infecté au VIH. Ceci pourra l'aider à se décider d'aller se faire tester.
- Envisagez à venir ensemble pour le test.

Si OUI:

- Remerciez le patient.

INFORMEZ le patient sur l'importance d'adopter les comportements sexuels à moindre risqué, comme:

- Abstinence. Ne pas avoir des relations sexuelles est la façon la plus efficace de se protéger et de protéger les autres d'être infectées au VIH.

Si vous avez des relations sexuelles,

- Réduisez le nombre de partenaires sexuels, soyez fidèle à un seul partenaire, et
- Utilisez un préservatif à chaque fois que vous avez des relations sexuelles.

INFORMEZ le patient qu'il y a des conséquences négatives quand on fait des relations sexuelles sans préservatifs, comme:

- Si votre/vos partenaire(s) ne sont pas encore infectées, vous pouvez lui/leur passer le VIH.
- Vous ou vos/votre partenaire(s) sexuel(s) pourrez échanger d'autres infections sexuellement transmissible.
- Si votre/vos partenaire(s) est/sont infectées au VIH, vous ou vos/votre partenaire(s) pourrez échanger d'autres souches de virus qui pourraient être difficile à traiter.
- Tout ceci pourrait arriver même si vous prenez les médicaments contre le VIH.
- Si vous ou vos/votre partenaire(s) deviennent enceinte, vous pouvez transmettre le virus à l'enfant.

EVALUEZ le patient sur la consommation d'alcool qui pourrait avoir un effet sur l'adhérence ou des comportement à risque, donnez des conseils sur la santé et les comportement à risque quand une personne VIH positive consomme de l'alcool, referez le patient qui montre des signes et des symptômes d'alcoolisme pour un counseling et prise en charge appropriée.

ETAPE 2: EVALUEZ l'adhérence du patient au traitement ARV et/ou d'autres traitements à chaque visite.

- Pour ceux qui ne sont pas adhérents, donnez ou referez pour un soutien à l'adhérence.

ETAPE 3: EVALUEZ le patient sur les signes et les symptômes des IST à chaque visite.

- Identifier les syndromes et traiter selon le guide national des IST

ETAPE 4: EVALUEZ l'état de la grossesse et l'intention du patient ou son partenaire d'avoir un enfant

- Donner du conseil et les services du Planning Familial.

ETAPE 5: DONNER des préservatifs au patient à chaque visite.

FIN DE LA VISITE:

- Fixer un objectif de la prévention pour le patient basé sur ses propres besoins.
- Le prestataire devra référer les patients qui ont besoin d'une prise en charge spécialisée dans un service sanitaire approprié.

3.3.2. La planification familiale chez les personnes séropositives

Les mères seropositives doivent être sensibilisées et encouragées à utiliser des méthodes de contraception efficaces. De ce fait les structures de santé doivent mettre à la disposition du couple qui le désire les différentes méthodes de contraception existantes. L'utilisation des préservatifs doit être encouragée pour réduire les risques de réinfection et de transmission du VIH.

L'intégration des services de PF dans les services de VIH (CDV, PTME et ARV) et vice versa sera d'une importance capitale et permettra de bien gérer les problèmes des grossesses non désirées, de réinfection et de transmission du VIH.

Le prestataire doit transmettre les messages concernant les avantages de la PF :

- Réduction de la mortalité maternelle par la prévention des grossesses non désirées
- Réduction de la mortalité infantile
- Réduction du risque de la transmission du VIH à son partenaire et à son enfant
- Diminution du nombre des orphelins
- Eviter les dépenses qui adviendraient au cas où l'enfant et/ou le partenaire serait infecté car la prise en charge et le traitement requièrent la mobilisation des ressources financières qui seraient utilisées pour le développement de la famille et du Pays.
- Fournir les informations appropriées et aider chacune de ses clientes à être éclairée avant de décider d'être ou de ne pas être enceinte.
- Rappeler à la femme dans le post partum immédiat l'importance de la planification familiale.
- S'intéresser particulièrement à la femme séropositive et à son partenaire en leur permettant d'avoir accès aux méthodes sûres de contraception selon leur choix.

- Expliquer que le fait d'utiliser une autre méthode contraceptive n'exclut pas l'utilisation du préservatif et ne protège pas contre la transmission du VIH.
- Si la contraception est demandée, s'assurer que la femme ou de préférence le couple a toutes les informations et les conseils nécessaires à une contraception saine.
- Après l'accouchement, le conseiller donne rendez-vous de consultation pour le début de la contraception.

Il faudrait que dans chaque service que ce soit en PF, CDV, PMTCT et ARV il y ait un CHECK LIST comprenant tout ce qu'il faut faire et vérifier si tout a été fait avant que cliente parte, ceci aidera à transmettre tous les messages et à bien prendre en charge chaque cas.

a. Que faire ?

- Accueillir,
- Informer (voire messages ci-haut cités),
- Faire l'interrogatoire
- Conseiller au sujet des méthodes de contraception existantes, disponibles et convenables.
- Faire le bilan,
- Prescrire la méthode,
- Donner toutes les explications utiles
- Faire le suivi

b. Femmes séropositives : options contraceptives

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) propose des recommandations quant à la pertinence de chaque grande méthode contraceptive (stérilisation y compris) pour les clientes qui entrent dans l'une des trois catégories suivantes relatives au VIH/sida :

- celles qui courent un risque élevé de VIH,
- celles qui sont déjà infectées,
- celles qui sont atteintes du sida.

1. DIU (stérilet)

Les femmes qui appartiennent à l'une de ces trois catégories peuvent utiliser la plupart des méthodes principales de contraception. Fait intéressant, d'après les données cliniques et épidémiologiques les plus récentes, ces lignes directrices ont récemment fait l'objet de révisions et certaines barrières à l'emploi du DIU ont été éliminées. L'insertion d'un DIU n'est généralement pas recommandée chez la femme atteinte du sida qui n'est pas sous thérapie antirétrovirale ou qui n'a pas vu son état s'améliorer avec la prise d'antirétroviraux. (C'est parce que ses défenses immunitaires pourraient être supprimées et qu'elle serait alors davantage sujette aux infections au moment de l'insertion, par exemple en cas d'IST susceptible de déboucher sur

la maladie inflammatoire pelvienne.) A cette exception près, toutes les autres femmes infectées par le VIH, y compris celles qui ont le sida, peuvent se faire insérer un DIU ou continuer d'en utiliser un.

2. Contraceptifs hormonaux

De même, les contraceptifs hormonaux peuvent convenir à beaucoup de femmes séropositives. Pour celles qui veulent une contraception à long terme, il a été démontré que les implants Norplant sont sans danger, efficaces et bien tolérés dès le début du post-partum chez les porteuses asymptomatiques du VIH. En revanche, il faut tenir compte du fait que la névirapine et l'EFV peuvent modifier le métabolisme des contraceptifs oraux, ce qui nécessite l'ajustement de la posologie des pilules contraceptives ou l'adoption d'une autre méthode. Par crainte des interactions médicamenteuses, les lignes directrices de l'OMS stipulent que l'emploi de contraceptifs oraux et autres méthodes hormonales, tel le patch, l'anneau ou les implants, n'est généralement pas recommandé aux femmes sous rifampicine, antibiotique prescrit dans le traitement de la tuberculose. Par ailleurs, le recours aux méthodes hormonales pourrait être associé au risque accru de desquamation cervicale du VIH (et donc de transmission du virus) et de progression de la maladie. On disposera de données supplémentaires sur ces associations possibles dans le courant de l'année.

3. Stérilisation féminine (ligature des trompes)

Pour les femmes séropositives qui ont décidé de ne pas avoir d'enfant, la stérilisation féminine constitue une bonne option. Cette intervention doit cependant être différée si la femme est atteinte d'une maladie associée au sida.

4. Les méthodes barrières (préservatifs masculin et féminin)

L'utilisation du diaphragme (enduit d'un spermicide) ou de la cape cervicale n'est généralement pas recommandée aux femmes porteuses du VIH ou atteintes du sida, conformément aux recommandations de l'OMS datant de 2003.

Enfin, il faut dispenser à la femme séropositive un counseling sur la protection par l'emploi d'une double méthode, à savoir le préservatif à titre prophylactique (pour éviter la transmission du VIH à son partenaire ou la réinfection de la femme par d'autres souches du virus et des IST) de même qu'une deuxième méthode plus efficace aux fins de contraception (voir tableau ci-dessous).

Illustrations par Salim Khalaf/FHI



Par ailleurs, les prestataires des services de planification familiale doivent savoir que les femmes séropositives ne se comportent pas nécessairement comme les autres femmes en matière de contraception. De nombreuses études donnent à penser que le taux d'utilisation des contraceptifs est curieusement bas chez les premières. Beaucoup deviennent enceintes. Ceci s'explique en partie par le fait que les femmes tiennent beaucoup à avoir des enfants, en particulier dans les cultures pro natalistes. En outre, l'accès accru aux antirétroviraux rend la perspective de la grossesse plus séduisante puisque ce traitement laisse envisager une amélioration de la santé, une meilleure qualité de vie et la survie. De même, la crainte des effets secondaires de la contraception sur la santé peut jouer un rôle. C'est dire qu'il faut donner des informations détaillées sur les options possibles en matière de contraception et assurer un suivi rigoureux pour réduire le taux d'abandon des méthodes lié aux effets secondaires.

Durant la période du post-partum, les besoins des femmes séropositives sont les mêmes que ceux des femmes infectées et qui ne sont pas enceintes, à deux exceptions près. Le risque qu'une femme infectée transmette le VIH à son enfant pourrait augmenter à chaque grossesse successive puisque le risque de transmission progresse parallèlement à l'infection de la mère. Qui plus est, la femme séropositive est peut-être moins susceptible d'allaiter son enfant par crainte de lui transmettre le virus : du coup, elle ne profite pas de l'effet contraceptif de l'aménorrhée provoquée par l'allaitement.

Comme c'est le cas chez les femmes séropositives qui ne sont pas enceintes, la pratique de la contraception passe pour être faible, durant le post-partum, parmi les femmes infectées. On ne sait pas très bien pourquoi il en est ainsi. Beaucoup de femmes séropositives hésitent toutefois à révéler leur état sérologique à leur partenaire, ce qui les met dans l'impossibilité de plaider pour la planification familiale. La participation des hommes à la planification familiale pourrait bien jouer un rôle clé dans la prévention des grossesses

3.4. PROCEDURES DE MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITES DE PREVENTION DU VIH CHEZ LES GROUPES A HAUTS RISQUES

Les activités de prévention du VIH chez les groupes à hauts risque devront commencer par les stratégies avancées dans les communautés pour les identifier et les sensibiliser sur la prévention de l'infection au VIH.

Pour atteindre la majorité de groupes à hauts risques, les prestataires de soins en collaboration avec les pairs éducateurs et les animateurs de santé devront faire les stratégies avancées de dépistage de VIH (CDV mobile) dans les zones de rayonnement de ces groupes à hauts risques.

Le Conseil et Dépistage étant une porte d'entrée pour toute autre intervention sera faite en respectant toutes ses étapes en vigueur tels que sont décrits par le présent document.

Les prestataires de soins devront s'assurer :

- des besoins spécifiques de ces groupes
- du consentement éclairé des clients
- conseil pré et post test
- de la confidentialité
- de suivi des clients

Ils devront s'assurer aussi de la référence des clients et leurs partenaires aux services de prise en charge.

Les stratégies de prévention du VIH chez les groupes à hauts risques nécessitent la combinaison de différentes approches :

- ❖ Approche de prévention comportementale comprend :
 - Communication et changement de comportements
 - Stratégies avancées au niveau de la communauté
 - Programmes de paire éducation
 - Accessibilité, disponibilité et l'utilisation des préservatifs
 - Accessibilité, disponibilité et l'utilisation des méthodes de planification familiale.
 - Conseil et dépistage de VIH
 - Prévention du VIH chez les personnes vivant avec le VIH
- ❖ Approche de prévention biomédicale comprend :
 - Prévention et prise en charge des IST
 - Circoncision masculine
 - Conseil et dépistage de VIH

- Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
- Références vers d'autres services de prise en charge (ART, PF, TB etc.)

Les lieux de prestation des services sont au niveau de la communauté et au niveau de la formation sanitaire.

Les procédures suivront le schéma suivant :

1. A l'aide de l'autorité administrative de base et des agents de santé communautaire, identifier le groupe à haut risque dans la communauté.
2. Organiser une séance de rencontre qui aura lieu soit au niveau de la formation sanitaire, soit communautaire ou il sera discuté le fonctionnement du groupe.
3. Organiser une séance d'éducation du groupe sur la prévention de l'infection au VIH/SR/ISTs.
4. Après la séance d'éducation, programmer un jour pour le dépistage volontaire du groupe.
5. Après le dépistage, enrôler les personnes séropositives dans le service de prise en charge (PEC)
6. Identifier dans le groupe les pairs éducateurs.
7. Programmer une formation des pairs éducateurs sur la prévention du VIH et ISTs, sur la planification familiale (PF)
8. Approvisionnement et distribution des préservatifs au sein des membres du groupe régulièrement.
9. Dans le cas des camionneurs les séances d'éducation auront lieu au niveau des sites d'escale dans la communauté environnante de la formation sanitaire à des heures d'escale, les sites d'escale seront approvisionnés régulièrement en préservatifs.
10. Les conseils à donner lors du conseil et dépistage volontaire aux groupes présentant un plus grand risque du VIH seront les mêmes que pour toute autre personne tout en insistant sur certains aspects spécifiques aux individus ou aux groupes selon l'évaluation des risques comme le multi partenariat chez les prostituées ou les MSM, il est d'une importance capitale d'aborder les aspects d'utilisation correcte et continu du préservatif.
11. Eventuellement la formation sanitaire pourra affecter un agent de santé (assistante sociale ou infirmier) qui pourra encadrer les groupes dans certaines rencontres additionnels.

CHAPITRE 4 : SUIVI ET EVALUATION DES ACTIVITES DE PREVENTION

Le suivi et l'évaluation est un système indispensable à une bonne mise en œuvre des activités de prévention du VIH, qui permet d'identifier des difficultés, de corriger des erreurs si il y en a, et de fournir un feed-back permettant de renforcer la planification, la conception et la mise en œuvre des programmes. Ils fournissent également les données nécessaires à la recherche clinique, opérationnelle, essentielles à l'extension globale des efforts de traitement.

4.1. Suivi

Le suivi des activités de prévention du VIH est basé sur un système de gestion de données, comprenant le recueil et la collecte régulière des données à partir de supports standardisés. Les données collectées au niveau de chaque site de CD, PTME, ART, et les rapports de supervision, serviront à assurer le suivi des activités. Chaque FOSA ayant les activités de CDV, PTME et ART devra fournir un rapport mensuel au TRAC *Plus*, par le biais de l'hôpital de District. En annexe 3 et 4 se trouvent les fiches de collecte des données mensuelles de CT et PMTCT ainsi que les indicateurs des activités de prévention de VIH

4.2 Supervision

La supervision doit être intégrée (combinant les activités de prévention du VIH et prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH). Elle doit être conduite par un personnel de l'hôpital de District où sont basées les activités de prévention du VIH, de la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH/SIDA et de la prévention et prise en charge des IST

Elle doit être régulièrement faite en utilisant les fiches de supervision élaborées par le TRAC Plus.

La supervision doit être conduite une fois par mois par l'hôpital de District et trimestriellement par le TRAC *Plus*. Cette supervision est réalisée par une équipe pluridisciplinaire où toutes les compétences des différentes activités de prévention du VIH, de la prise en charge globale des personnes vivant le VIH/SIDA et prévention et prise en charge des IST sont représentées.

La supervision est un outil de formation continue. Il s'agit d'un cadre privilégié d'échange entre le personnel de la structure (prévention du VIH, de la prise en charge globale des personnes vivant le VIH/SIDA et prévention et prise en charge des IST) et l'équipe de supervision. Les difficultés relatives à l'activité de prévention du VIH, de la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH/SIDA et prévention et prise en charge des IST, devront être identifiées et si possibles prises en charge par les équipes de supervision.

4.3. Evaluation

L'évaluation vise à mesurer la qualité des services offerts aux clients. Elle sera conduite une fois par an par le TRAC *Plus* en collaboration avec ses partenaires. Elle doit porter sur les

performances et compétences du personnel, la satisfaction des clients, l'adéquation des protocoles de prévention du VIH, de la prise en charge globale des personnes vivant le VIH/SIDA et prévention et prise en charge des IST.

Dans le cadre de suivi et évaluation des activités de prévention chez les personnes vivant avec le VIH, ces indicateurs seront collectés :

1. Proportion des patients VIH+ qui ont eu un screening des IST a leur visite à la FOSA.
2. Proportion des patients conseillés sur la prévention et le partage des résultats.
3. Proportion de PVVIH ayant révélé leur statut à leurs partenaires en présence du prestataire
4. Proportion des patients en âge de procréer qui reçoivent les informations sur le planning familial et la PTME
5. Proportion des patients qui ont besoin des services de Planning Familial ou de PTME et qui les utilisent effectivement.
6. Proportion des patients éligibles aux ARV avec une bonne adhérence et qui sont conseillés et préparés aux ARV.

Pour le cas de suivi et évaluation des activités de prévention du VIH chez les groupes à hauts risques, plusieurs indicateurs seront collectés et utilisés pour faire des enquêtes sero-surveillance, surveillances comportementales ou bien d'autres études ou recherches spéciales à l'égard de groupes à hauts risques.

Des indicateurs seront constitués par :

- Proportion de Personnes de Groupe à haut risque (Travailleurs de sexes, MSM etc) testés au VIH ayant connu leurs résultats
- Proportion de personnes de groupes à hauts risques testés VIH positive
- Proportion de personnes de groupes à haut risque diagnostiqués et pris en charge IST
- Proportion de personnes de groupes à haut risque ayant déclarée d'utiliser les préservatifs correctement
- Proportion de personnes de groupes à haut risque enrôlées dans le programme de prise en charge
- Proportion de personnes de groupes à haut risque utilisant les méthodes de PF autres que le préservatif

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. CONTROL DESEASE CENTER (2007). *Couples HIV Counseling and Testing (CHCT). Participant's Manuel*. Kigali- Rwanda
2. CONTROL DESEASE CENTER (2007). *Couples HIV Counseling and Testing (CHCT). Trainer's Manuel*. Kigali- Rwanda
3. INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET MINISTERE DE FINANCES ET PLANIFICATION ECONOMIQUE (2006). *Demographic Health Survey 2005*. Kigali- Rwanda.
4. KINGS-SPOONERS.S (1999).HIV prevention and the positive population. *International Journal and AIDS* (10(3) : 141- 150.
5. MINISTERE DE LA SANTE .TRAITEMENT AND RESEACH ON AIDS CENTER (TRAC). (2007). *Guide de prise en charge des personnes infectées par le VIH au Rwanda*. Kigali. Rwanda
6. MINISTERE DE LA SANTE .TRAITEMENT AND RESEACH ON AIDS CENTER (TRAC). (2007). *Guide de prise en charge psychosociales des enfants infectées par le VIH au Rwanda*. Kigali. Rwanda
7. MINISTERE DE LA SANTE (2005). *Guide national pour le soutien et la prise en charge alimentaire et nutritionnelle pour les personnes vivant avec le VIH*, Kigali, Rwanda.
8. MINISTERE DE LA SANTE.TRAITEMENT AND RESEACH AIDS CENTER (TRAC) (2006). *Normes et Directives nationales de Conseil et Dépistage volontaire et la Prévention de la transmission du VIH de mère à l'enfant* Kigali -Rwanda
9. MINISTERE DE LA SANTE. TRAITEMENT AND RESEACH AIDS CENTER. (TRAC Plus) ET LABORATOIRE NATIONALE DE DEPISTAGE DU VIH (LNR) (2002). *Stratégies Nationales de Dépistages du VIH*. Kigali- Rwanda.
10. MINISTERE DE LA SANTE. HIV AIDS AND STI. (HAS/UNIT)TRAITEMENT AND RESEACH AIDS CENTER PLUS (TRAC Plus). *Plan Stratégique de HAS/UNIT 2008-2012. (Draft)*. Kigali- Rwanda
11. MINISTERE DE LA SANTE.TRAITEMENT AND RESEACH AIDS CENTER PLUS (TRAC Plus). (2009) *Rapport annuel de HAS/UNIT de 2008*. Kigali- Rwanda.
12. OMS ET ONUSIDA. (2007). *Guide de conseil et dépistage du VIH .à l'initiative du Soignant dans les établissements de Santé*. Genève – Suisse.
13. SENGORORE Athanase (2008). *Pertinence, faisabilité et acceptabilité d'un deuxième test de dépistage de VIH au cours de la même grossesse dans le service de maternité au CHUK*. Mémoire inédit
14. STARMANN Elisabeth et al. (2008). *Integrating HIV into the Economic Development and Povert Reduction Strategy*. 2008-2012. Handmade Communications. UK.
15. UNAIDS (2002). *Sex work and HIV/AIDS*. Technical Update. Geneva Switzerland
16. <http://www.etharc.org/press/prev.first.presentations>. Anne Goldizier Thomas PhD. Comprehensive HIV Prevention Strategies for most at High risk population.

17. <http://www.fhi.org/youthnet>. Santé de la reproduction et VIH/SIDA. Conseil et Dépistage volontaire.
18. <http://mergunaidso.org/uploads>. National AIDS Control Organization. Poster presentation on MARPs in India.