

REPUBLIC OF RWANDA



MINISTRY OF HEALTH
P.O.BOX 84 KIGALI
www.moh.gov.rw

Kigali, on 27 JUL 2018
Ref N°20/5895...../RBC/2018

To:

- Director General of Referral Hospital (All)
- Director General of Provincial Hospital (All)
- Director General of District Hospital (All)
- Director of District Pharmacy (All)
- Head of Health center (All)
- Private clinics providing HIV services (All)

Dear Sir/Madam,

Subject: Transmission of Circular on changes in HIV Prevention and Management guidelines

Despite many advances in the fight against and control of HIV/AIDS in the last decades, HIV/AIDS remains a major health problem in developing countries. With about 216,000 people living with HIV/AIDS in Rwanda, the expansion of antiretroviral therapy to all people tested HIV positive is among the priorities of the national HIV control strategies.

In order to ensure the continuum of quality services in HIV management, the Ministry of Health through Rwanda Biomedical Center (RBC) has revised and/or updated the existing national guidelines based on the most recent scientific evidences in order to reduce new HIV infections and AIDS related mortality.

I would like to take this opportunity to highlight the main changes and appreciate your contribution during the process of the guidelines revision. The implementation of the new recommendations is effective from 1st July 2018.

The circular of the changes in HIV guidelines is attached to this letter for your use. For more details, please contact Dr. MUHAYIMPUNDU Ribakare on, ribakare.muhayimpundu@rbc.gov.rw or call **07 88 45 58 34 / 07 38 45 58 34**.

Yours sincerely,

Dr. Diane GASHUMBA
Minister of Health



Cc:

- Hon. Minister of State in Charge of Public Health and Primary Health Care
- Permanent Secretary in the Ministry of Health
- Director General of RBC
- HIV Implementing Partners (All)

REPUBLIC OF RWANDA



MINISTRY OF HEALTH

P.O BOX 84 KIGALI

www.moh.gov.rw

**CIRCULAR OF KEY CHANGES IN HIV
PREVENTION AND MANAGEMENT
GUIDELINES**

EFFECTIVE FROM 1ST JULY 2018



RWANDA
BIOMEDICAL
CENTER

A Healthy People. A Wealthy Nation

HEAD OF HIV/AIDS, ST
& OTHER BLOOD-BORNE
INFECTIONS DIVISION
RWANDA BIOMEDICAL CENTER

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'R. R.', is written over the stamp.

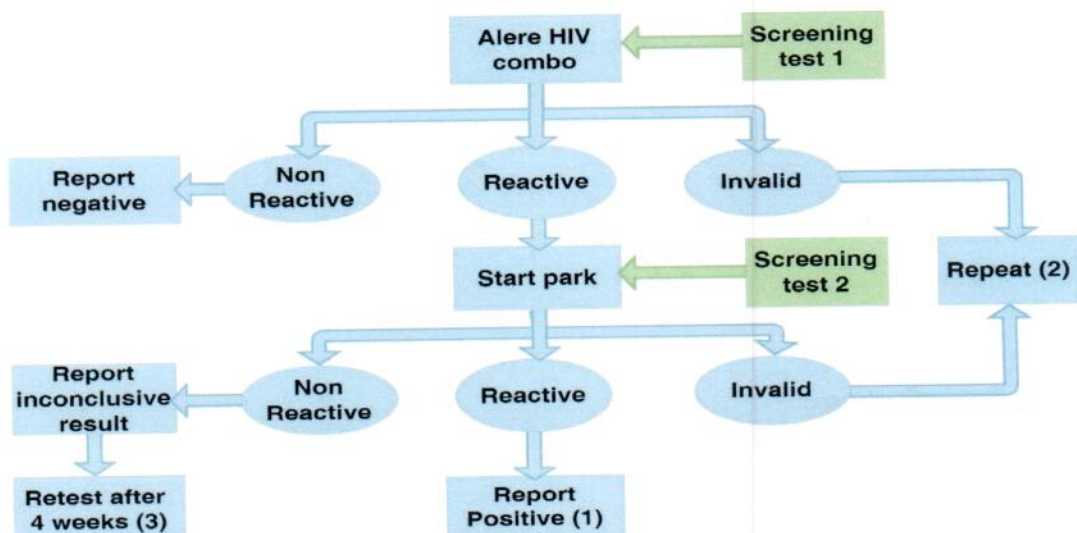
SECTION I: HIV PREVENTION

1. HIV testing

1.1. Testing algorithm used in Rwanda

The screening algorithm primarily uses two tests, **Alere-HIV combo**, and **Stat pack**. A verification test must be conducted the same day for every person tested HIV-positive. To do so, a new sample will be taken and analyzed by a different person than the one who conducted the initial test. The verification test will still use **Alere-HIV combo** and **stat pack**. Positive result will be confirmed only if both tests (initial and verification) match and reveal HIV-positive serostatus.

The following algorithm is used for screening in Rwanda:



- (1) All Positive cases will be confirmed following the same algorithm
- (2) If repeated test is again invalid, then retest after 4 weeks
- (3) NRL will continue to perform QC using ELISA test for inconclusive results

HEAD OF HIV/AIDS, ST
& OTHER BLOOD-BORNE
INFECTIONS DIVISION
RWANDA BIOMEDICAL CENTER

HIV blood testing is generally conducted by using the "finger prick" method in all health facilities. This method should be used by all trained healthcare providers including physicians, nurses, laboratory technicians and social workers.

1.2. New methods of HIV screening

To increase accessibility of HIV screening services and target persons at risk of HIV infection, new approaches are introduced. These include HIV Self-testing as well as Index Testing and Partner Notification.

1.2.1. HIV Self-Testing

HIV Self-Testing is a new approach whereby everyone who would like to know his/her HIV serological status can conduct and interpret this test in private. The test currently used is the Oral Quick which uses oral fluids to test for HIV. However, if the client tests HIV-positive with the Self-Test, they will have to go to the nearest health facility to conduct a verification test. The verification test is done following the national rapid HIV-testing algorithm.

Self-Testing is not recommended in the following cases:

- Clients with a previously known positive serological status
- Clients who have been exposed to HIV within the past three months (window period)
- Clients below the age of 18 years old

1.2.2. Index Testing and Partner Notification

Index Testing is a new targeted approach where all the family members of a person newly tested HIV-positive, as well as their sexual partner(s) are identified and offered HIV testing services.

Partner notification is a voluntary process where the person newly tested HIV-positive is encouraged by a health provider to reveal their HIV serological status to their sexual partner(s), and to invite them to get tested for HIV. This person who newly tested HIV-positive can be assisted by the healthcare provider who can, with the client's agreement, anonymously contact their sexual partner(s) to invite them to get tested for HIV.

2. Prevention of Mother To Child Transmission (PMTCT) of HIV

2.1. ARV Treatment for pregnant women

Every HIV-positive woman who is pregnant or breastfeeding is eligible for lifelong ARV treatment regardless of CD4 count or clinical stage (Option B+). ARV treatment for pregnant and breastfeeding women is the following:

1. HIV+ pregnant woman initiated on ARV during ANC
TDF+3TC+EFV
If TDF is contraindicated, give ABC
2. HIV+ pregnant woman already on ARV before the pregnancy
Continue the same ARV regime if viral load is suppressed
3. HIV- woman in a sero-discordant couple
TDF+3TC+EFV at the beginning of labor, then TDF+3TC for 7 days

N.B.: the new molecule "**dolutegravir**" is contraindicated for all women of childbearing age and will thus not be used for pregnant and breastfeeding women. HIV-negative women in sero-discordant couples will receive triple therapy TDF+3TC+EFV at onset of labor and TDF+3TC for seven days to cover the monotherapy period of Efavirenz.

Those women will be tested for HIV every three months until the end of the breastfeeding period, meaning 24 months after birth.

2.2. ARV prophylaxis for children exposed to HIV

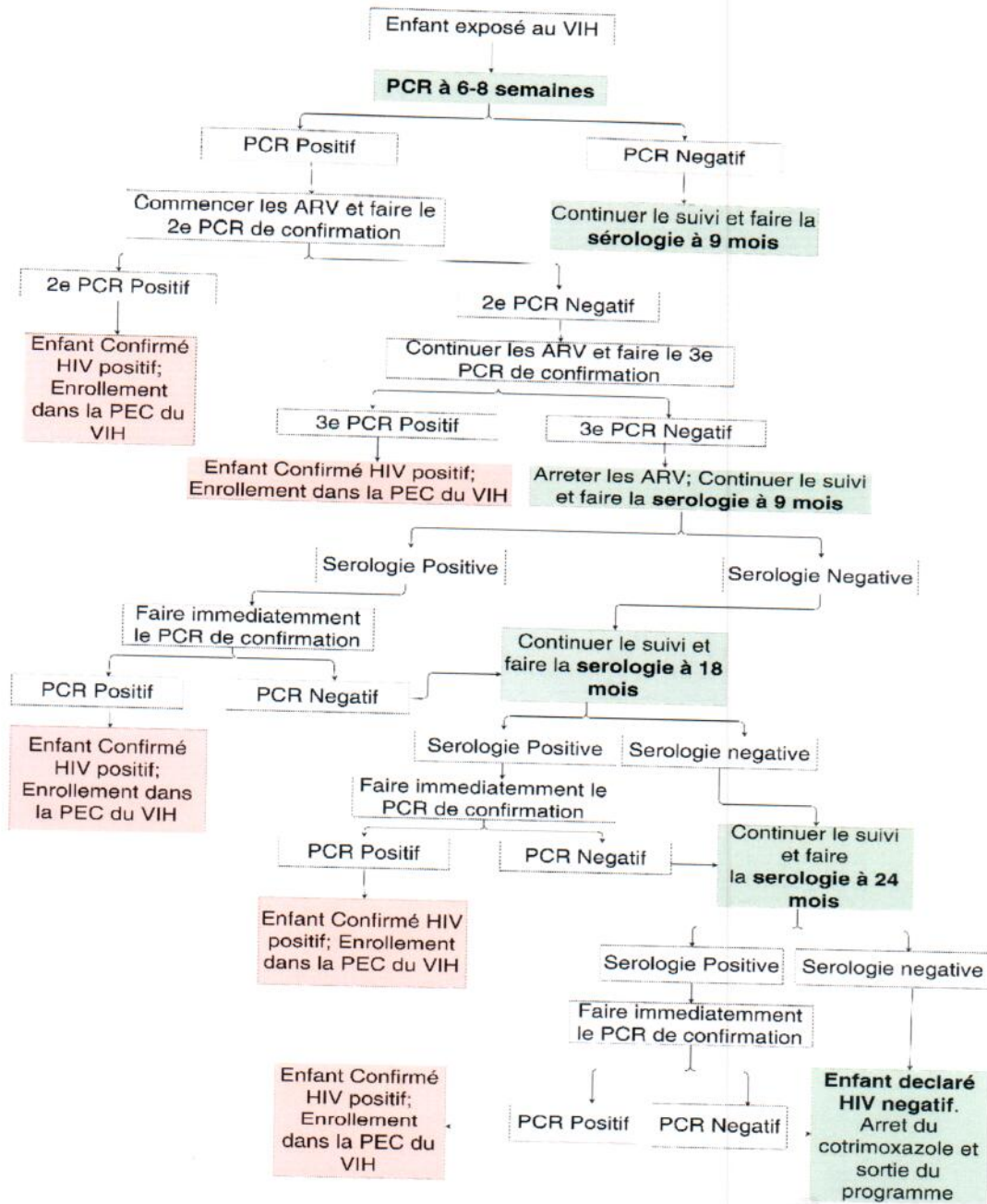
A child born to an HIV-positive mother, whether breastfed or not, will receive **zidovudine** and **Nevirapine (AZT + NVP)** from birth until six weeks of life. Prophylaxis will end at six weeks of life, and the child will be given cotrimoxazole syrup from then (6 weeks) until definitive confirmation of HIV-negative status at 24 months of age.

Note: A child born to an HIV- mother in a sero-discordant couple will not receive prophylaxis at birth anymore and will be considered non-exposed to HIV if the mother remains HIV-negative. If the mother becomes HIV+ during the breastfeeding period:

- The mother will immediately be initiated to ARV treatment
- The child will start prophylaxis with AZT+NVP until six weeks after the mother started on ARV
- The child will start cotrimoxazole syrup from the end of ARV prophylaxis until the definitive confirmation of HIV-negative status at 24 months of age
- The child will be considered "exposed to HIV" and will be tested according to his/ her age as indicated in the national guidelines until 24 months of life

2.3. Diagnosis of HIV for exposed children

HIV+ breastfeeding mothers are advised to stop breastfeeding (weaning) when the baby is 18 months of age. HIV exposed children will continue to have HIV rapid testing at 18 month but the last test for the exposed child will thus be conducted at 24 months of life, as shown by the following algorithm:

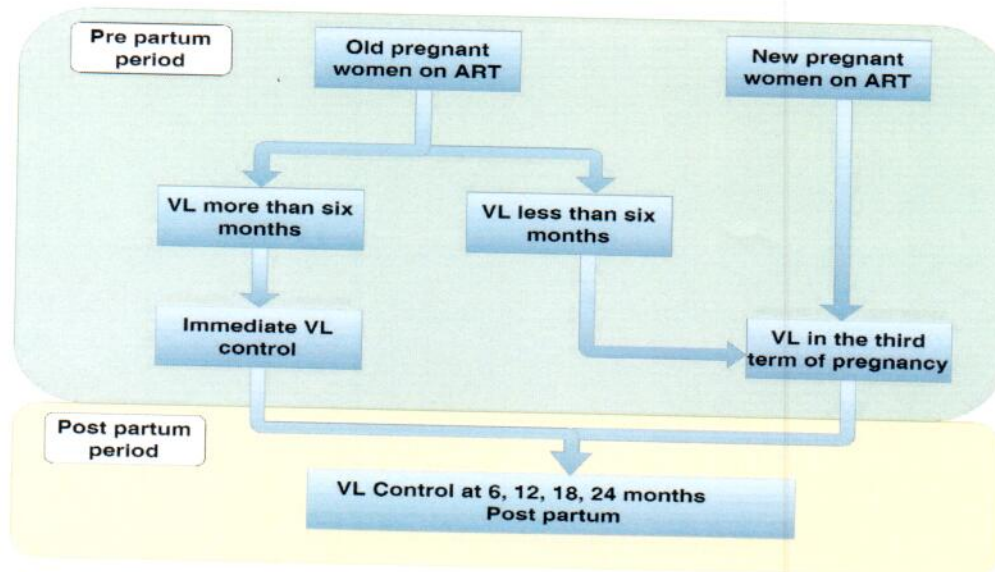


HEAD OF HIV/AIDS, ST
& OTHER BLOOD-BORNE
INFECTIONS DIVISION
RWANDA BIOMEDICAL CENTER

Handwritten signature

2.4. Virological follow-up of pregnant and breastfeeding women during PMTCT

Viral load suppression of pregnant and breastfeeding women is key to the prevention of mother-to-child prevention of HIV. Virological follow-up of women during PMTCT will take place every six months, as indicated on the following algorithm:



In case there is no viral suppression, intensive counseling and change in ARV regime, if necessary, will be considered.

3. Pre-Exposure Prophylaxis

Pre-Exposure prophylaxis is offered to HIV-negative people from key populations, who are at high risk of HIV infection acquisition and can thus consequently transmit the virus to others. Are therefore concerned:

- HIV-negative female sex workers who do not continuously use condoms
- HIV-negative men who have sex with men who do not continuously use condoms

- HIV-negative people in sero-discordant couples, whose partners have not started ARV treatment, or whose partners' viral load is not suppressed (>200 copies/mL)

The treatment used for PrEP is a combination of **Tenofovir + Emtricitabine (TDF+FTC)**, commonly known as **Truvada**, taken once a day. Initiation to PrEP must follow mutual consent between the healthcare provider and the client, who accepts to take the prophylactic dose until the end of exposure period. Simultaneously, treatment adherence of the HIV+ partner will be reinforced to help them reach viral load suppression.

4. Voluntary Male Circumcision (VMC)

Since 2007, the World Health Organization has recognized male circumcision as a preventive measure against HIV infection for men. In Rwanda, male circumcision occurs in the following ways:

- Classic surgical method
- Using circumcision rings commonly called "PREPEX"
- Using "Mogen Clamp" for Early Infant Male circumcision

To avoid all risks of tetanus infection arising from poor hygiene on circumcision wound, a tetanus vaccine (TT) should be administered before every circumcision procedure as follows:

- For the surgical method: **a unique dose** of TT administered at the beginning of the VMCC surgical procedure
- For circumcision using PREPEX device: **two doses** of Tetanus vaccine will be administered; the first one at D0, the second one four weeks after the first dose. The circumcision ring will be placed two weeks after the administration of the second dose of Tetanus vaccine

ER

Every client or parent of a child wanting to be circumcised will have to sign an informed consent form before the intervention. Only children aged 18 years and above should sign the consent form on their own.

This form will be placed in the medical file of the client with other documents pertaining to male circumcision.

HEAD OF HIV/AIDS, ST
& OTHER BLOOD-BORNE
INFECTIONS DIVISION
RIWANDA BIOMEDICAL CENTER



SECTION II: CARE AND TREATMENT

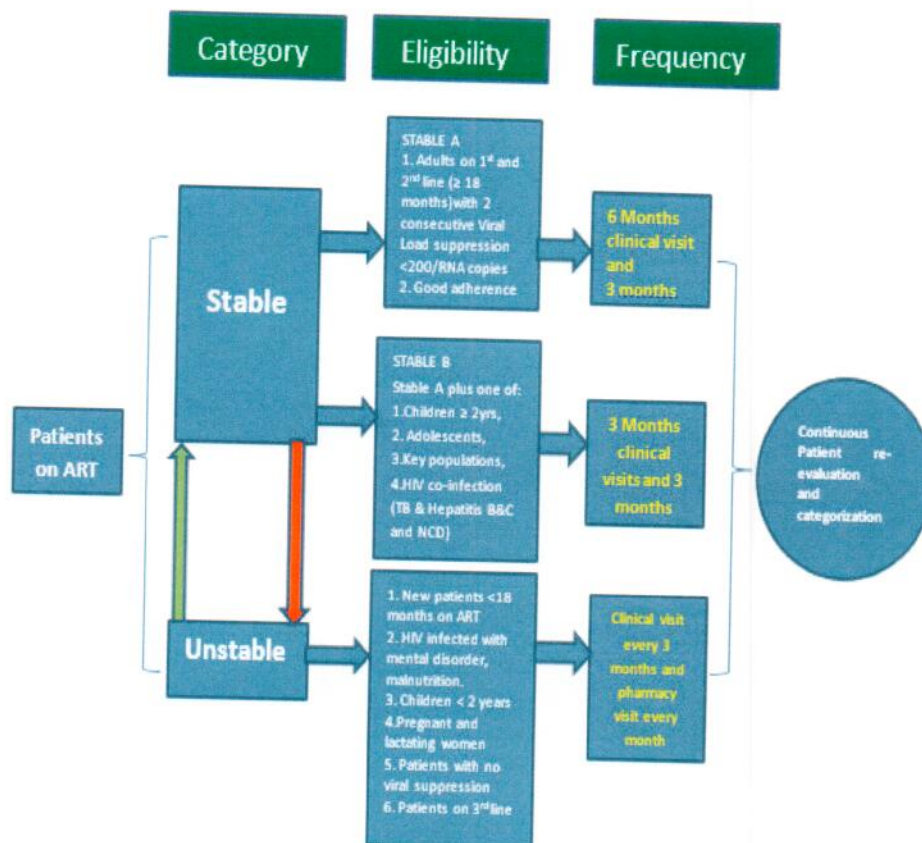
1. Differentiated Service Delivery Models(DSDM)

DSDM is an approach that simplifies and adapts HIV services and puts patients into visits categories according to their needs.

DSDM categorizes HIV infected patients on ART into two broad groups which are:

- Stable patients
- Unstable patients

Flow chart for Differentiated Service Delivery Model (DSDM)



Note:

- Patients can move from unstable to stable vice- versa
- Stable group is composed by two subgroups Stable A and Stable B
- Patients can also move from stable A to stable B vice- versa

HEAD OF HIV/AIDS, ST & OTHER BLOOD-BORNE INFECTIONS DIVISION
RWANDA BIOMEDICAL CENTER

ER

2. Introduction of new more effective molecule

Dolutegravir (DTG)(50mg) Based regimen is recommended for all newly enrolled adolescents and adults who weigh more than 35kgs **except all female clients who are less than 50 years old.**

	NRTI	Integrase Inhibitor (II)
1	Tenofovir (TDF) + Lamivudine (3TC)*	Dolutegravir (DTG)
2	Abacavir (ABC) + Lamivudine (3TC)*	Dolutegravir (DTG)

Note: For clients with TB, double dose DTG.

3. Monitor ART treatment success (CD4 vs VL follow up)

- CD4 monitoring as baseline then yearly basis for those who didn't suppress.
- After suppression, CD4 monitoring will be stopped
- VL monitoring at 6 months after ART initiation then yearly (1st line)
- VL suppression: ≤ 200 copies/ml

4. OIs and Co-morbidities prophylaxis and management

The following are the new guidelines for Cotrimoxazole prophylaxis eligibility in Rwanda:

1. All children HIV+ under five years old
2. All new patients (all ages) up to suppression (VL<200copies)
3. All patients of 5+ years old not suppressing their viral load (VL>200 copies)

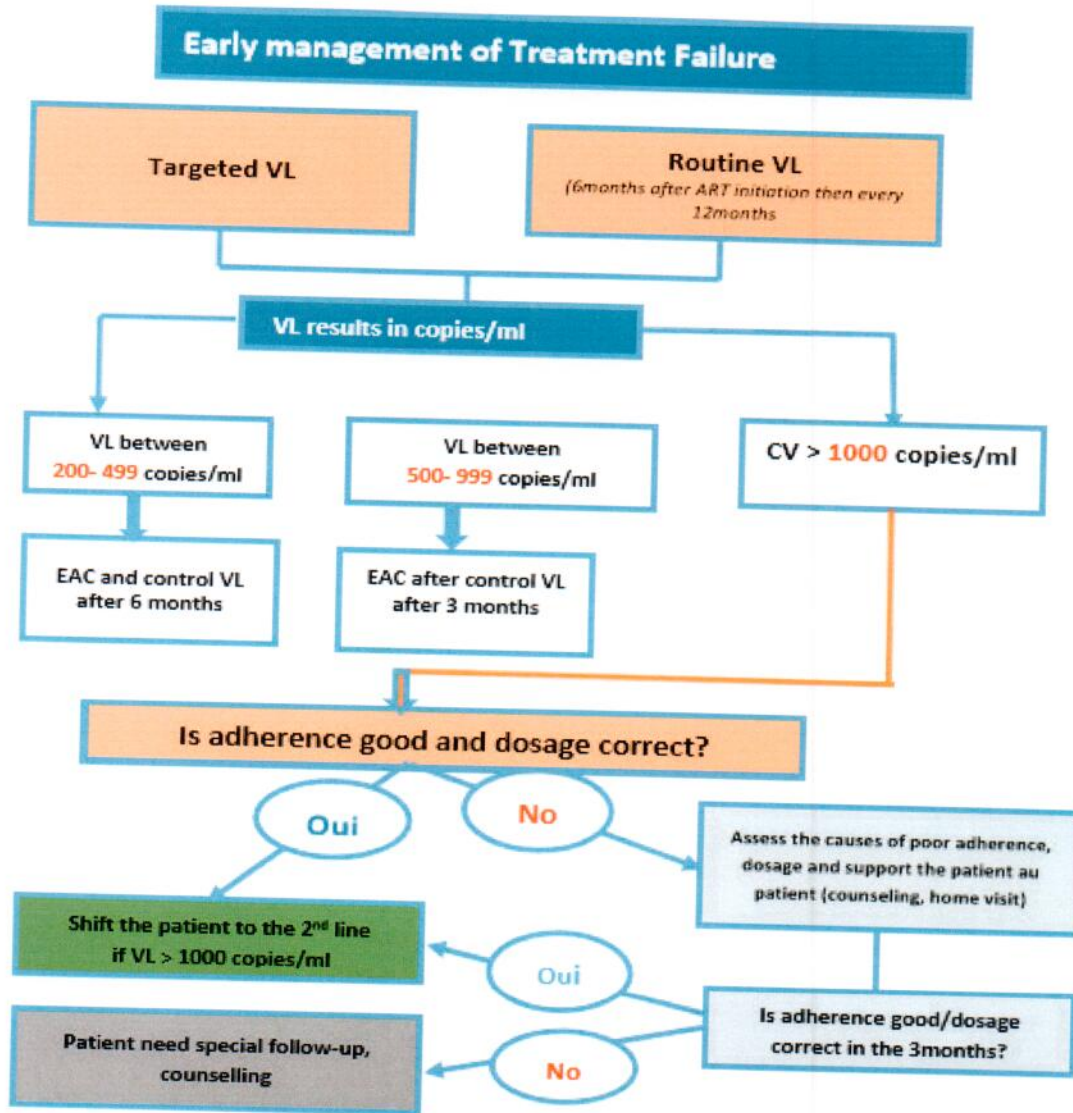
Note: Cotrimoxazole should be phased out to all patients' viral suppressions (VL<200 copies/ μ L).

HEAD OF HIV/AIDS, ST
& OTHER BLOOD-BORNE
INFECTIONS DIVISION
RWANDA BIOMEDICAL CENTER

OR

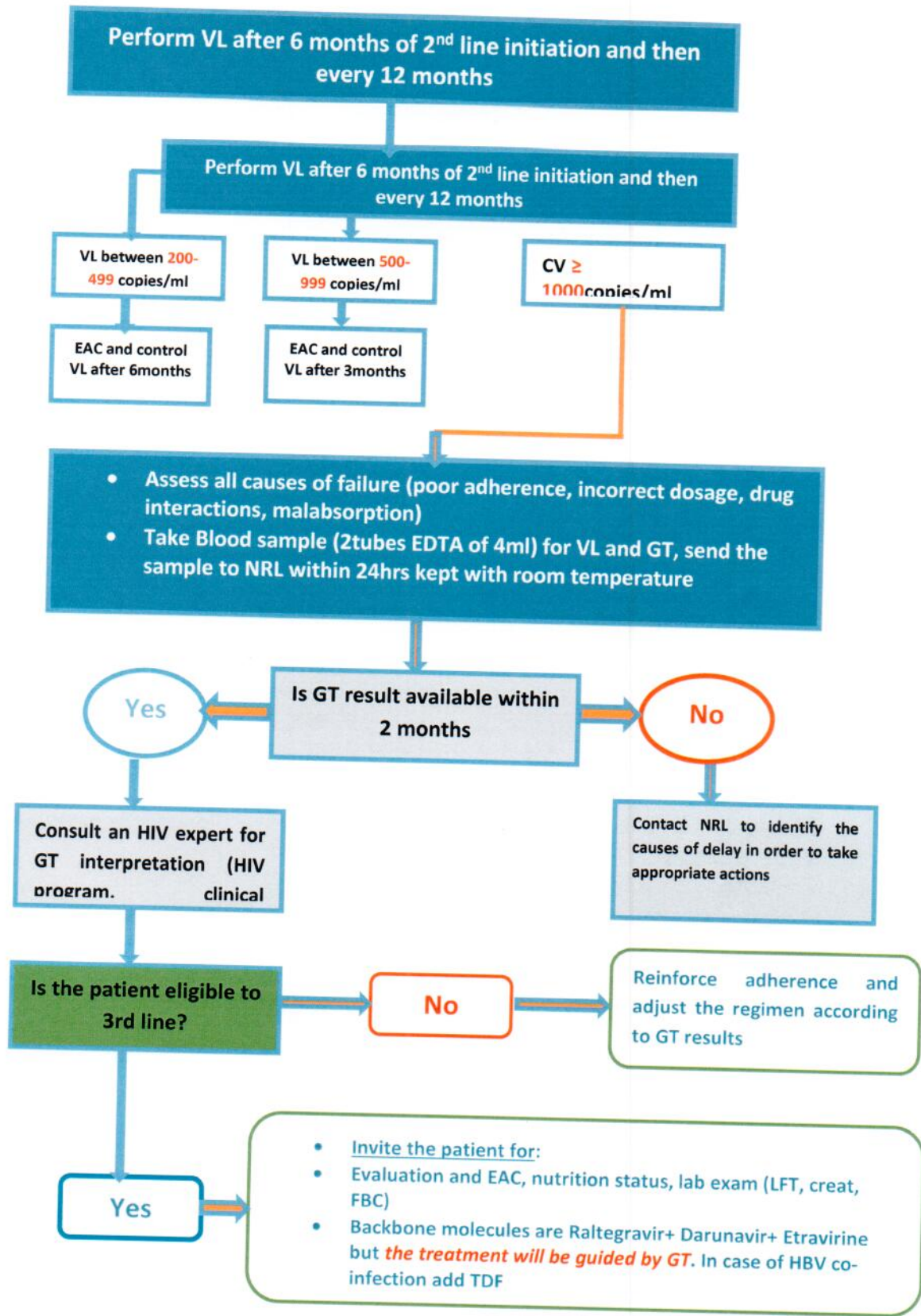
5. Treatment failure management

➤ Management of 1st line treatment failure



HEAD OF HIV/AIDS, ST
& OTHER BLOOD-BORNE
INFECTIONS DIVISION

RWANDA BIOMEDICAL CENTER



HEAD OF HIV/AIDS, ST
 & OTHER BLOOD-BORNE
 13 INFECTIONS DIVISION
 RWANDA BIOMEDICAL CENTER

6. Adherence support in line with Treat All

➤ Same day enrollment and ART initiation

Same day enrollment of clients tested HIV+ is recommended to avoid lost to follow up between testing and care and treatment services. Same day treatment may be done but consider psychosocial readiness. ART initiation should not go beyond 7 days

➤ Peer education

At the community level, peer educators chosen by their peers according to selection criteria, ensure the psychosocial care of PLHIV. They play a role to support the adherence and the retention of their peers through the following activities: organize monthly support group, conduct home visits, conduct referrals and linkages at HCP level, facilitate referrals and linkages to services available at community level, sensitize the community on HTS and produce reports of activities performed.

7. Nutrition assessment

For children < 5 years: Evaluate weight for height Z score using Unisex Tables instead of Boys and Girls Charts.
NCDs screening should be done at every clinical visit referring to the NCDs screening algorithm (cfr adult File).

HEAD OF HIV/AIDS, ST
& OTHER BLOOD-BORNE
INFECTIONS DIVISION

BIANDA BIOMEDICAL CENTER

14



REPUBLIQUE DU RWANDA



MINISTRE DE LA SANTE

B.P 84 KIGALI

www.moh.gov.rw

**CIRCULAIRE DE PRINCIPAUX CHANGEMENTS
DANS LE PROTOCOLE NATIONAL DE LA
PREVENTION ET DE PRISE EN CHARGE DU VIH**

A PARTIR DU 1^{ER} JUILLET 2018



A Healthy People. A Wealthy Nation

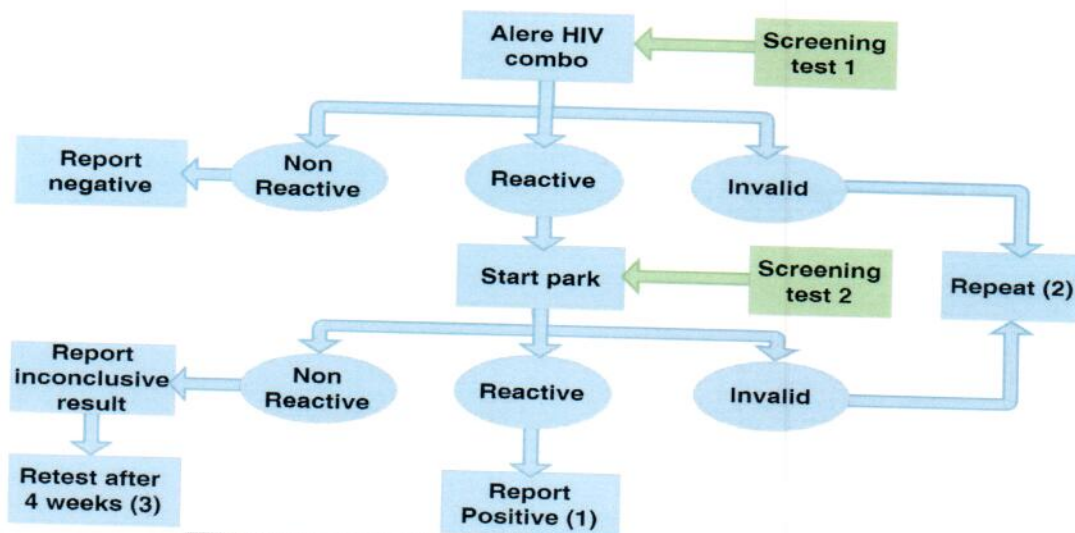
SECTION I : LA PREVENTION

I. Le dépistage du VIH

I.1 Algorithme de dépistage utilisé au Rwanda

L'algorithme de dépistage du VIH utilise principalement deux tests de dépistage, **Alere-HIV combo** et **stat pack**. Pour toute personne dépistée VIH positif, un test de vérification doit être fait le même jour. Pour ce, un nouvel échantillon sera prélevé et analysé par une personne différente de celui qui a fait le test initial. Le test de vérification utilisera toujours les deux tests **Alere-HIV combo** et **stat pack**. Le résultat positif sera confirmé uniquement si les deux tests concordent et donnent le résultat VIH positif.

Le suivant est l'algorithme de dépistage utilisé au Rwanda :



- (1) All Positive cases will be confirmed following the same algorithm
- (2) If repeated test is again invalid, then retest after 4 weeks
- (3) NRL will continue to perform QC using ELISA test for inconclusive results

On tient à rappeler que le dépistage sanguin du VIH se fait généralement en utilisant la méthode de '**finger prick**' dans toutes les structures de santé. Cette méthode devra être utilisée par tout personnel de santé formé que ce soit des médecins, des infirmières, des laborantins et des assistantes sociales.

I.2 Nouvelles méthodes de dépistage du VIH

Pour rendre plus d'accessible les services de dépistage du VIH et cibler les personnes à risque d'infection VIH, les nouvelles approches sont introduites.

UNIT OF HIV/AIDS ST
& OTHER BLOOD-BORNE
INFECTIONS DIVISION
RWANDA BIOMEDICAL CENTER

Celles-ci incluent l'auto dépistage du VIH (HIV Self Testing), dépistage du VIH du client index et la notification du partenaire (Index Testing and Partner notification).

1.2.1 L'auto dépistage du VIH

L'auto dépistage du VIH (HIV self testing) est une nouvelle approche où chaque personne qui désire connaître son statut sérologique peut réaliser ce test en privé et interpréter les résultats. Le test actuellement utilisé est le 'oral Quick' qui utilise les liquides oraux pour le dépistage du VIH. Cependant, si le client est dépisté VIH positif avec l'auto dépistage, il devra se présenter à la formation sanitaire la plus proche pour le test de confirmation en suivant l'algorithme national de dépistage du VIH.

L'auto dépistage n'est pas conseillé d'être utilisé pour les cas suivants :

- Un client qui a un statut sérologique positif précédemment connu
- Un client qui a été exposé au VIH au cours des trois derniers mois. (Période fenêtre)
- Un client moins de 18 ans

1.2.2 Dépistage du VIH du client index et la notification du partenaire

Dépistage du VIH client index est une approche focalisée de dépistage du VIH où tous les membres de la famille d'une personne nouvellement dépistée VIH Positive, ainsi que son (ses) partenaires sexuels (les) sont identifiés et seront offert les services de dépistage du VIH.

La notification du partenaire est un processus volontaire où la personne nouvellement dépistée VIH positive, est encouragé par une personne formée à révéler son statut sérologique à ses partenaires sexuels et à l'inviter pour un test de dépistage du VIH. Cette personne nouvellement HIV positive peut être assistée par le prestataire de soins qui, avec son accord, peut contacter de façon anonyme les partenaires sexuels, et les inviter à faire un test de dépistage du VIH.

HEAD OF HIV/AIDS, ST
& OTHER BLOOD-BORNE
INFECTIONS DIVISION
RWANDA BIOMEDICAL CENTER

1. Prévention de la Transmission du VIH de la mère à l'enfant (PMTCT)

1.1 Traitement ARV pour femme enceinte

Toute femme enceinte et allaitante VIH positive est éligible aux ARV à vie quel que soit le nombre des CD4 ou du stade Clinique (Option B+). Le traitement ARV pour femme enceinte et allaitante est le suivant :

1. Femme enceinte VIH+ initié sous ARV en cours du CPN

TDF+3TC+EFV

Si TDF contre indiqué, donner ABC

2. Femme enceinte VIH+ déjà sous ARV avant la grossesse

Continue le même régime ARV s'il y a suppression virale

3. Femme Enceinte VIH- en Couple sero- discordant

TDF+3TC+EFV au début du travail d'accouchement ensuite TDF+3TC pendant 7 jours

N.B : La nouvelle molécule '**le dolutegravir**' est contre-indiquée chez toute les femmes en âge de procréer et ne sera donc pas utilisé en cas de grossesse et en cours de l'allaitement.

Les femmes HIV négative en couple discordant recevront la trithérapie TDF+3TC+EFV au début du travail d'accouchement et le TDF+3TC pendant 7 jours pour couvrir la période de monothérapie à l'effavirenz. Ces femmes continueront à faire un test HIV **chaque trois mois**, jusqu'à la fin complète de l'allaitement c'est à dire 24 mois après l'accouchement.

2.2 Prophylaxie ARV pour l'enfant exposé au VIH

Un enfant né d'une mère VIH-positive, qu'il soit allaité au sein ou non, recevra la **zidovudine** et la **Nevirapine (AZT + NVP)** depuis la naissance jusqu'à six semaines de vie. La prophylaxie sera arrêtée à six semaines de naissance et l'enfant sera mis au cotrimoxazole sirop depuis l'âge de 6 semaines jusqu'à la confirmation définitive du statut VIH négatif à l'âge de 24 mois.

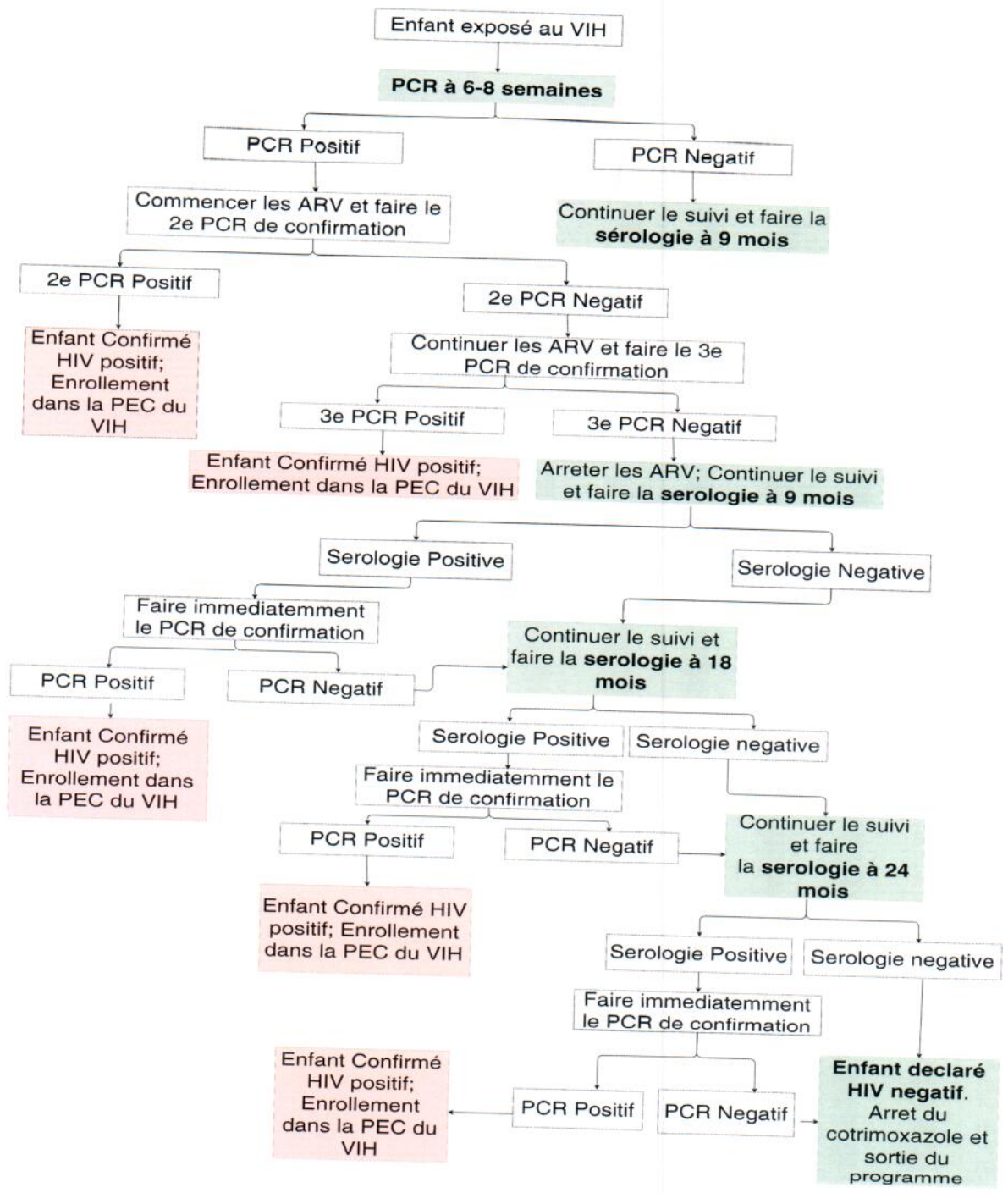
HEAD OF HIV/AIDS, ST
& OTHER BLOOD-BORNE
INFECTIONS DIVISION
RWANDA BIOMEDICAL CENTER

Un enfant né d'une mère VIH négative en couple discordant ne recevra plus de prophylaxie à la naissance et sera considéré comme non exposé au VIH aussi longtemps que la mère restera VIH négative. Si la mère devient VIH+ pendant la période d'allaitement :

- La mère sera immédiatement initiée sous traitement ARV
- L'enfant devra commencer la prophylaxie à AZT+NVP jusqu'à six semaines qui suivront le début des ARV chez la mère.
- L'enfant devra commencer la cotrimoxazole sirop dès la fin de la prophylaxie aux ARV jusqu'à la confirmation définitive du statut VIH négatif à 24 mois.
- L'enfant sera considéré comme « exposé au VIH » et devra bénéficier des tests de dépistage du VIH prévu pour tout enfant exposé jusqu'à l'âge de 24 mois.

2.3 Diagnostic du VIH chez l'enfant exposé

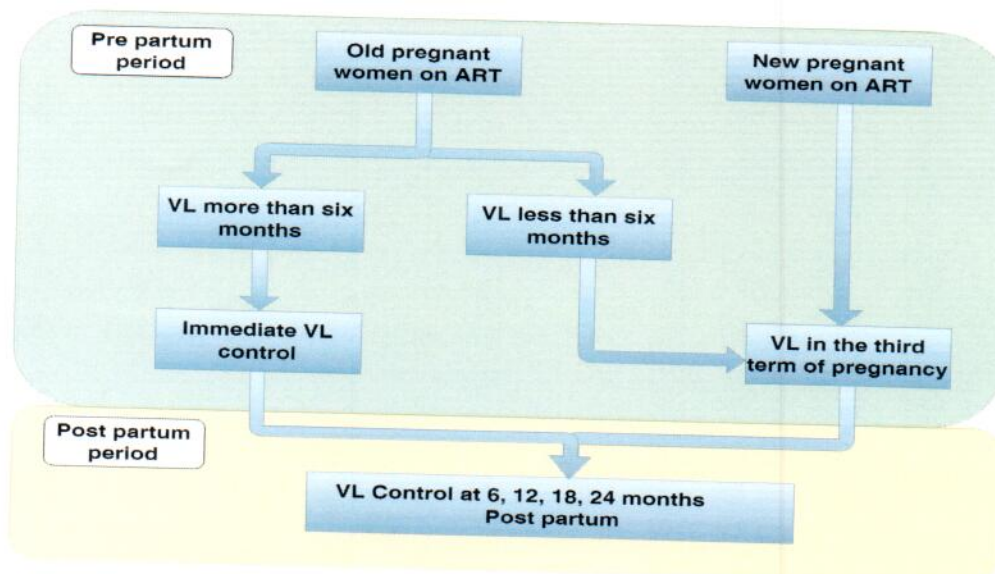
Il est conseillé aux femmes allaitantes VIH positive d'arrêter l'allaitement pour le bébé à l'âge de **18 mois**. Le dernier test pour l'enfant exposé sera donc effectué à l'âge de **24 mois** selon l'algorithme suivant :



lr

2.4 Suivi virologique des femmes enceintes et allaitantes en cours de la PTME

La suppression virale des femmes enceintes et allaitantes est une clé de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Le suivi virologique des femmes en cours de la PTME se fera **chaque six mois** selon l'algorithme suivant :



En cas de non suppression virale, un counseling intensif et le changement si nécessaire du régime ARV en cours sera envisagée.

2.5 La prophylaxie pré-exposition (PrEP)

La prophylaxie pré-exposition est proposée pour les populations clés HIV négatifs qui sont à haut risque d'être infecté par le VIH et par conséquent pouvant transmettre la même infection aux autres. Seront donc concerné :

- Les femmes travailleuses de sexe VIH négatives qui n'utilisent pas les preservatives continuellement
- Les partenaire VIH négatives en couple discordant, dont les partenaires positifs n'ont pas encore commencé le traitement ARV ou sont sous ARV mais n'ont pas supprimé la charge virale (<200 copies/ml). Le traitement utilisé pour le PrEP est une combinaison de **Tenofovir + Emtricitabine (TDF+FTC)** communément appelé le **Truvada** qui sera prise en une dose par jour.

- L'initiation de la prophylaxie pré-exposition doit être faite par consentement mutuelle avec le client, qui accepte de prendre la prophylaxie jusqu'à la fin de la période d'exposition. Simultanément, l'adhérence au traitement du partenaire VIH positif devra être renforcée pour l'aider à atteindre la suppression de la charge virale.

3. La circoncision masculine volontaire (VMMC)

Depuis 2007, l'Organisation Mondiale de la Santé reconnaît la circoncision masculine comme un moyen de prévention du VIH chez les personnes de sexe masculin. Au Rwanda, la circoncision se fait de façon suivante :

- Par méthode chirurgicale classique
- En utilisant les anneaux de circoncision communément appelée 'PREPEX'
- La circoncision précoce du nouveau-né utilisant le procédé de 'Mogen Clamp'

En vue d'éviter tout risque de tétanos qui pourra découler de la mauvaise hygiène du site de circoncision (Surgical site infection), un vaccin anti-tétanique (VAT) doit être administré avant tout acte de circoncision comme suit :

- Pour la méthode chirurgicale : **une dose unique** de VAT administré au début de l'acte chirurgicale.
- Pour la méthode utilisant des anneaux de circoncision 'PREPEX' : **Deux doses** de VAT seront administrées ; la première dose à J0 et la deuxième dose sera administrée quatre semaines après la première dose. Le placement de l'anneau de circoncision devra survenir deux semaines après l'administration de la deuxième dose de VAT. Pour chaque client ou parents de l'enfant qui souhaitent avoir le service de la circoncision masculine devra signer le formulaire du consentement éclairé avant l'intervention. Ce dernier devra être classé dans le dossier médical pour la circoncision masculine du client.

SECTION II : LA PRISE EN CHARGE.

1. Modèle de prestation différenciée de services (Differentiated Service Delivery Model (DSDM))

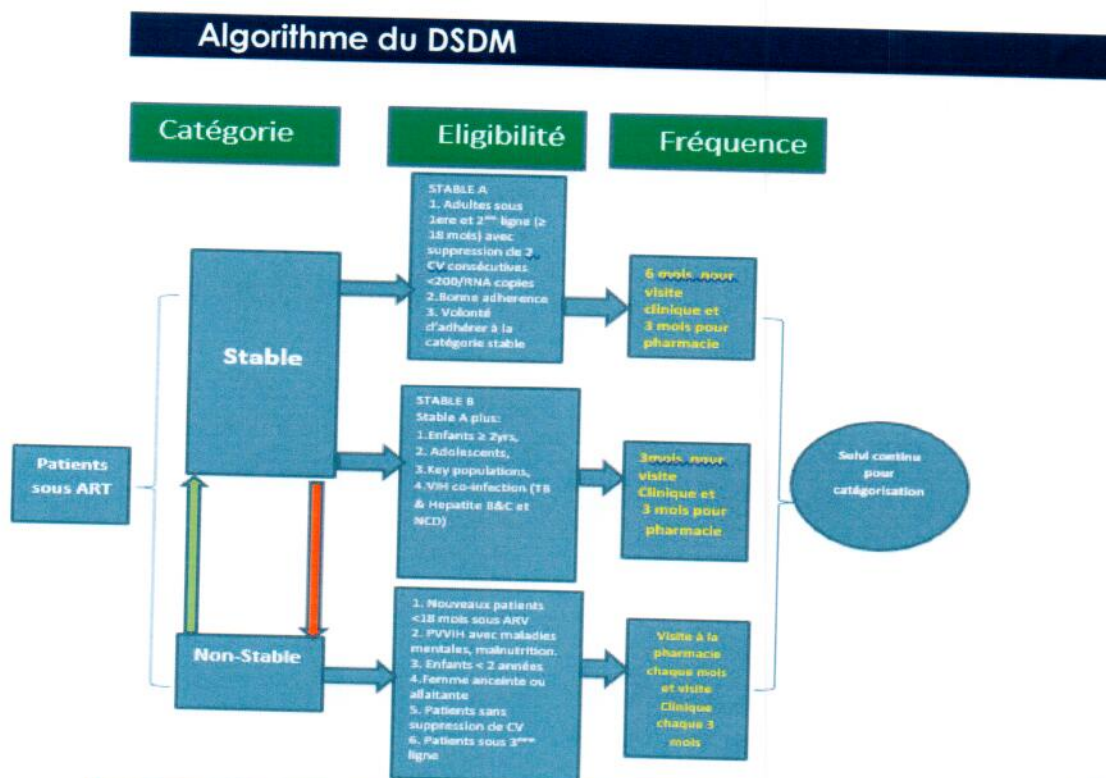
L'OMS définit le « Modèle de prestation différenciée de services » (DSDM) comme une approche qui simplifie et adapte les services pour mieux répondre aux besoins des personnes vivant avec le VIH et avec avantages de réduire le fardeau de patients ainsi que le travail des prestataires.

Classification des patients

DSDM catégorise les patients infectés par le VIH en 2 principaux groupes :

- Patients stables
- Patients instables

Les prestataires utiliseront les registres et fiches de patients pour catégoriser les clients dans ces 2 principaux groupes selon le schéma ci-dessous.



- Patients peuvent quitter le groupe de non-stables vers celui des stables vice-versa
- Le group des stables est composé de deux sous-groupes **Stable A** et **Stable B**
- Les patients peuvent quitter le groupe de **stable A** vers celui de **stable B** vice-versa

HEAD OF HIV/AIDS, ST
& OTHER BLOOD-BORNE
INFECTIONS DIVISION
RWANDA BIOMEDICAL CENTER

2. Introduction d'une nouvelle molécule

Dolutegravir (DTG) est une nouvelle molécule qui sera utilisée comme première intention pour les nouveaux patients adolescents et adultes qui ont plus de 35 kgs à l'exception des femmes en âge de procréation (toutes les femmes de moins de 50 ans).

	Inhibiteur Nucléosidique de la Reverse Transcriptase (INRT)	Inhibiteur de l'intégrase (II)
1	Tenofovir (TDF) + Lamivudine (3TC)*	Dolutegravir (DTG)
2	Abacavir (ABC) + Lamivudine (3TC)*	Dolutegravir (DTG)

Note:

Chez les patients coinfecteds avec la TB, DTG (50 mg) sera pris deux fois par jour.

3. Le monitoring du succès au traitement aux ARVs (CD4 et charge virale)

- Le comptage des CD4 sera fait à l'initiation des ARVs, et puis une fois par an pour ceux qui n'ont pas supprimé la charge virale.
- Après la suppression de la charge virale (CV), le monitoring des CD4 sera arrêté.
- La CV sera faite au sixième mois après le début des ARV, puis chaque 12 mois.
- La suppression de la charge Virale (CV): ≤ 200 copies/ml

4. Utilisation du Bactrim prophylactique

Ce qui suit constitue le guide national en ce qui concerne le bactrim prophylactique au Rwanda

a. Patients nouvellement enrôlés

- Bactrim prophylactique doit être initié :
 - aux enfants VIH+ de moins de 5 ans

HEAD OF HIV/AIDS, ST
& OTHER BLOOD-BORNE
INFECTIONS DIVISION
RWANDA BIOMEDICAL CENTER

– Personnes ayant 5ans et plus, avec le nombre absolu de CD4 <200 jusqu'à leur suppression virale (charge virale <200 copies/ml)

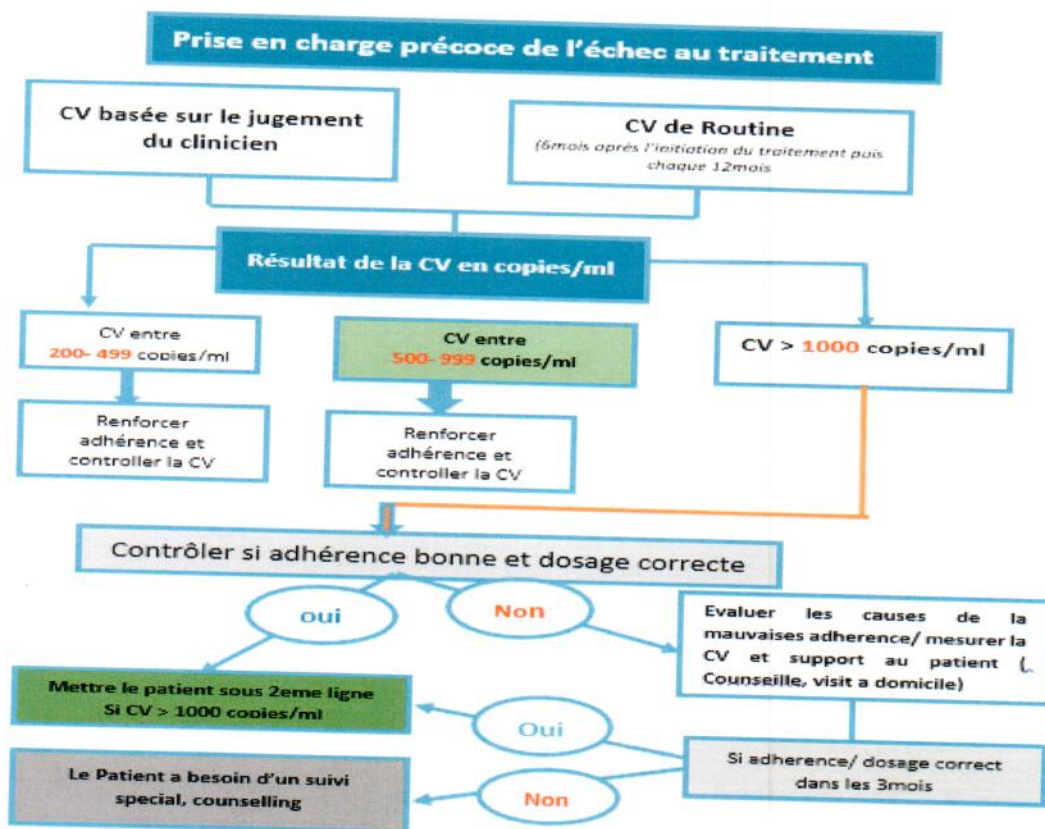
b. Anciens cas

- Tout Patient n'ayant pas supprimé la charge virale (>200 copies/ml) doit continuer le bactrim prophylactique
- Bactrim prophylactique doit être arrêté pour tout patient ayant supprimé la charge virale (charge virale <200 copies/ml)

5.La prise en charge de l'échec au traitement

Ci-dessous, sont illustrées les principales étapes de la prise en charge de l'échec au traitement. La première étape est celle d'évaluer la cause probable, qui pourrait être liée au patient, aux médicaments, au virus ou au prestataire. Le contrôle des effets des ARV et l'identification de l'échec au traitement sont identiques chez les enfants, les adolescents et les adultes.

Algorithme pour la prise en charge précoce de l'échec au traitement



HEAD OF HIV/AIDS, ST & OTHER BLOOD-BORNE INFECTIONS DIVISION
RWANDA BIOMEDICAL CENTER

Algorithme pour la prise en charge de l'échec au Traitement pour les patients sous 2^{ème} ligne

Faire la CV 6 après initiation de la 2^{ème} ligne et ensuite tous les 12 mois

Résultats CV en copies/ml

CV entre 200-499 copies/ml

Renforcer l'adhérence et contrôler CV après 6 mois

CV 500-999 copies/ml

Renforcer l'adhérence et contrôler CV après 3 mois

CV \geq 1000 copies/ml

- Evaluer toutes les causes possible de l'échec du traitement (mauvaise adhérence, dose incorrecte, malabsorption, interaction médicamenteuse, IO...)
- Prélever le sang (2tubes EDTA de 4ml) pour CV et GT, à acheminer au LNR dans 24 heures à garder à la température ambiante

Oui

Les résultats de GT sont-ils disponibles dans 2 mois?

Non

Consulter un expert en VIH pour interprétation GT program VIH, clinical mentor

Contacter LNR et la division de VIH pour identifier les raisons du

Le patient est-il éligible au régime de la 3^{ème} ligne

Non

Renforcer l'adhérence et ajuster le régime selon les résultats du GT

Oui

- Inviter le patient pour:
- Evaluer et renforcer l'adhérence, état nutritionnel, faire examen de labo lab exam (ASAT, ALAT, creat, NFS)
- Les molécules de base sont Raltegravir+ Darunavir+ Etravirine mais le **traitement sera guide par GT**. En cas de co-infection Hepatite B, ajouter TDF
- Evaluation mensuelle de l'adhérence et contrôler de la CV dans 6 mois après initiation puis tous les 12 mois.

CR

6. Soutien communautaire des PVVIH et Préparation des nouveaux clients à l'initiation au traitement antirétroviral.

➤ Initiation des ARVs, le même jour

Les clients devraient être préparés et mis sous ARVs le même jour, si possible, après avoir évalué leur volonté de commencer le traitement. Pour ceux qui ne sont pas prêts à commencer le traitement le même jour, le prestataire organisera une séance de préparation pour eux et veillera à ce que l'initiation ait lieu dans les 7 jours.

➤ Approche de l'éducation par les pairs

Au niveau communautaire, les pairs éducateurs choisis par leurs pairs selon les critères de sélection prédéfinies, assurent le soutien psychosocial des PVVIH. Ils jouent un rôle important en ce qui concerne l'adhérence et la rétention de leurs pairs à l'aide de différentes activités à savoir : organiser mensuellement les groupes de soutien, faire des visites à domicile, référer leurs pairs aux agents de la santé communautaire ou aux centres de Santé au cas de nécessité, sensibiliser la communauté aux services de testing et élaborer des rapports des activités accomplies.

7. Evaluation nutritionnel

Chez les enfants de <5 ans, pour évaluer leurs états nutritionnels, Z score de poids pour taille est utilisé mais à l'aide des tableaux Unisex au lieu des courbes. Le screening des maladies non transmissibles doit être fait à chaque visite clinique selon l'algorithme de screening des maladies non transmissibles (cfr dossier adulte).