

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

Abidjan, le **19 AVR. 2019**

**NOTE CIRCULAIRE N° 0002--3/2019/MSHP/DGS/PNLS/SST/km portant  
Directives techniques de Prévention du sida et de prise en charge des  
personnes vivant avec le VIH**

Vu les recommandations OMS de Juillet 2018 relatives à la thérapie ARV ;

Vu l'attestation du gouvernement N°1238 du 01 octobre 2014 relative à la délégation encadrée des tâches de prescription du traitement ARV par les infirmiers et sages-femmes diplômés d'Etat ;

Vu la circulaire N°0016/2015/MSLS/DGS/DPEC/LN portant délégation des tâches de soins et de traitement VIH au personnel paramédical ;

Vu la circulaire N°0001/MSHP/DGS/PNLS/DC du 07 février 2017 relative au « tester et traiter tous » ;

Vu la circulaire N°02169 du 19 mars 2019 du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique relative aux mesures urgentes d'accélération de la riposte au VIH en Côte d'Ivoire ;

Le Directeur Général de la Santé et de l'Hygiène Publique porte à la connaissance de tous les acteurs de la lutte contre le sida en Côte d'Ivoire des directives techniques de prévention du sida et prise en charge des personnes infectées par le VIH comme suit :

## **SECTION 1 : TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL (TARV)**

### **1- Schémas thérapeutiques**

Le traitement antirétroviral connaît des modifications au niveau des protocoles ou schémas thérapeutiques depuis le 1<sup>er</sup> mars 2019 avec l'introduction de la forme combinée de Ténofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Dolutégravir (DTG), dénommée TLD, en première ligne de traitement ARV. Cette introduction se fera en deux (2) étapes :

- 1.1-** La première étape allant du 1<sup>er</sup> Mars 2019 au 30 Juin 2019 et concerne uniquement les personnes infectées par le VIH qui **initient** le traitement ARV (entrent dans le traitement pour la première fois). Toutes les personnes infectées par le VIH nouvellement dépistées et qui démarrent le traitement ARV sont éligibles au TLD (TDF+3TC+DTG) en première ligne ; sauf les enfants de moins de 10 ans ou de moins de 35 kg de poids. Ceux-ci bénéficieront du schéma associant **Abacavir (ABC) + Lamivudine (3TC) + Lopinavir/Ritonavir (LPV/r)**. A l'âge de 10 ans révolus, il doit être envisagé un basculement (switch) vers le TLD.

Pour les femmes avec potentiel de grossesse, la mise sous Dolutégravir (DTG) doit être décidée après un choix éclairé de la femme sur la base des avantages et des risques (effets secondaires) liées au DTG. En cas de non-respect des conditions de prescription du DTG/TLD, l'alternative est le schéma associant TDF+3TC+EFV 400mg.

Aussi, toute mise sous DTG/TLD chez la femme avec potentiel de grossesse doit être associée à une mise systématique sous double contraception associant un moyen physique de contraception (préservatif ou DIU) et un moyen chimique (implant à longue durée d'action) **plus** (+) une supplémentation systématique en acide folique pendant toute la durée de procréation sous traitement ARV comprenant le DTG.

Pour les femmes enceintes, dépistées au-delà du 28<sup>ième</sup> jour de grossesse, qui feront le choix du DTG, le schéma TLD doit leur être prescrit. Dans le cas contraire, le schéma de première ligne recommandée est le suivant : TDF+3TC+EFV 400mg.

**1.2-** La seconde étape commencera à partir du 1<sup>er</sup> Juillet 2019 et portera sur le basculement (switch) des patients déjà sous traitement ARV associant le Ténofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFV) vers le TLD. Le basculement doit être assuré dans les conditions suivantes :

- Si le patient est en suppression virale après une mesure de la charge virale VIH, il faut le basculer sous TLD. Pour les femmes avec potentiel de grossesse, les mesures énoncées ci-dessus doivent être observées (double contraception + acide folique pendant la durée de l'utilisation du DTG) ;
- Si le patient n'est pas en suppression virale, après la mesure de la charge virale VIH, il faut mettre en place des mesures d'accompagnement à l'observance et d'éducation thérapeutique puis reprendre la mesure de la charge virale VIH trois (3) mois après. Si le patient est suppression virale avec une bonne observance, alors le basculer sous TLD. Si le patient n'est toujours pas en suppression virale, alors il faut envisager le schéma de deuxième (2<sup>ième</sup>) ligne de traitement ARV.

Le tableau suivant donne un récapitulatif des nouveaux schémas thérapeutiques

**Tableau récapitulatif des protocoles de première et deuxième ligne TARV**

| Cibles/ ligne de traitement   |  | Première ligne nouvelles inclusions |                  | Schémas deuxième ligne |                  |
|---|--|-------------------------------------|------------------|------------------------|------------------|
|   |  | VIH 1                               | VIH 2 et VIH 1+2 | VIH 1                  | VIH 2 et VIH 1+2 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hommes (Adultes/adolescents)</li> <li>• Enfants ≥ 10 ans et poids ≥ 35 kg</li> <li>• Femmes sans potentiel de grossesse</li> </ul> |  | TDF +3TC + DTG**                    |                  | AZT +3TC +ATV/r        | AZT +3TC +LPV/r  |
| Femmes avec potentiel de grossesse*   | Absence de désir de grossesse immédiat |                                     |                  |                        |                  |
|   |  | Désir immédiat de grossesse         | TDF +3TC+EFV 400 | TDF+3TC+LPV/r          | TDF +3TC +DTG**  |
| Femme enceinte  |  | Alternatif : TDF +3TC+ DTG          |                  | AZT +3TC +ATV/r        | AZT +3TC+LPV/r   |
| PVVIH sous TLE en suppression virale  |  | TDF + 3TC + DTG**                   |                  |                        |                  |
| Enfants < 10 ans et poids < 35 kg   |  | ABC + 3TC +LPV/r                    |                  | ABC + 3TC +LPV/r***    |                  |

\*Femmes susceptibles de tomber enceinte.

\*\*La prescription de tout protocole TARV incluant le DTG chez la femme avec potentiel de grossesse doit systématiquement être associée à une supplémentation en acide folique (5mg un comp/jour) et une contraception sûre (double).

\*\*\*Reconduire le protocole avec un renforcement de l'observance au TARV.

## 2- Dispensation différenciée des ARV

A compter du 1<sup>er</sup> Mars 2019, la dispensation des ARV se fera selon une périodicité mensuelle, trimestrielle et semestrielle en fonction de la situation clinique des patients :

**2.1-** Pour tout patient non cliniquement stable (TARV de moins de trois mois) et au stade clinique 1 ou 2 de l'OMS, on appliquera une dispensation mensuelle avec une évaluation mensuelle de la tolérance et de l'observance thérapeutique. Si le patient affiche une bonne observance au bout des trois premiers mois de traitement ARV, il faut envisager une dispensation semestrielle (6 mois) en l'absence d'infection opportuniste.

**2.2-** Pour tout patient non cliniquement stable et au stade clinique 3 ou 4 de l'OMS, il faut appliquer une dispensation mensuelle pendant les trois premiers mois du traitement ARV avec une évaluation mensuelle de la tolérance et de l'observance thérapeutique. En cas de bonne observance au bout des trois mois, il faut passer à une dispensation trimestrielle si absence d'infection opportuniste. A la fin du sixième

(6<sup>ème</sup>) mois de traitement ARV, il faut encore évaluer l'observance thérapeutique et la suppression virale (mesure de la charge virale VIH). Si le patient affiche une bonne observance thérapeutique et une suppression virale, il faut passer à une dispensation semestrielle (6 mois de dotation ARV) en l'absence d'infection opportuniste. En cas de mauvaise observance thérapeutique et/ou de non suppression de la charge virale VIH, reconduire trois mois de dispensation mensuelle avec mise en route de mesure d'accompagnement à l'observance avant d'envisager la dispensation semestrielle.

### **3- Monitoring de la toxicité du traitement ARV**

La notification des effets secondaires du traitement ARV est obligatoire dans le cadre du suivi des personnes vivant avec le VIH sous TARV et particulièrement sous les combinaisons à base de DTG.

Cette notification doit se faire selon les dispositions en place vers la Direction de la Pharmacie, du Médicament et du Laboratoire (DPML) mais désormais vers le PNLs également via le contact suivant : [notification.arv@pnls-ci.com](mailto:notification.arv@pnls-ci.com)

### **4- Bilan biologique associé au traitement ARV**

Le bilan biologique associé au traitement ARV demeure inchangé. Il comprend un bilan initial qui ne devrait pas retarder l'initiation du traitement et un bilan de suivi. Cependant, le bilan biologique de suivi doit être au mieux aligné sur le modèle de dispensation des ARV de chaque patient afin de lui éviter des frais additionnels liés aux déplacements.

La mesure de la charge virale VIH reste l'examen de choix pour évaluer l'efficacité du traitement ARV. Il est donc obligatoire pour le personnel soignant de l'offrir à tout patient dans le besoin selon les directives nationales. Il est recommandé deux mesures de la charge virale VIH respectivement à 06 mois et 12 mois de traitement ARV chez le patient adulte et enfants. Après 12 mois la mesure de la charge virale est réalisée chaque 6 mois chez l'enfant puis chaque 12 mois chez l'adulte.

### **5- Commandes et distribution des ARV**

Les directives de commande et distribution des ARV en vigueur restent inchangées. Avec les dispensations différenciées de 3 mois et 6 mois, il faudrait mettre en place des mesures rigoureuses de suivi des stocks au jour le jour, afin de pouvoir passer à temps des commandes en cas de menaces de rupture de stocks.

Aussi les pharmaciens de District doivent procéder à un suivi rigoureux de la distribution des ARV et de procéder à une redistribution locale en cas de rupture sur un site en attendant la satisfaction de la commande en cours.

## **SECTION 2 : PROPHYLAXIE ANTIRETROVIRALE**

La prophylaxie antirétrovirale est appliquée en Côte d'Ivoire dans le cadre de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME), de la prévention des accidents d'exposition au sang et autres liquides biologiques dans un contexte de soins ou de violences sexuelles (AES, VBG/viol) et de la prévention pré exposition au VIH (PrEP).

### **1- Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME)**

Dans le cadre de la PTME, la prophylaxie ARV chez la mère est en réalité un traitement à vie (OPTION B+).



Chez l'enfant exposé, la prophylaxie ARV est administrée en fonction du statut virologique de la mère au dernier trimestre de la grossesse. Pour ce faire il est demandé une mesure de la charge virale au 06<sup>ème</sup> mois de la grossesse afin de disposer de résultats au dernier trimestre de la grossesse pour décision :

- 1.1- Si la mère est en suppression virale, à la naissance l'enfant exposé est mis sous le schéma suivant :
  - Névirapine (NVP) : 2mg/kg soit 0,6ml une fois par jour pendant 06 semaines si mère VIH1
  - Zidovudine (AZT) : 4mg/kg soit 1,2 ml deux fois par jour pendant 06 semaines si mère VIH2 ou VIH1+2
- 1.2- Si la mère n'est pas en suppression virale ou si le résultat de la mesure de la charge virale n'est pas disponible, il faut renforcer l'accompagnement à l'observance thérapeutique pendant trois mois. A la naissance, l'enfant exposé doit alors bénéficier du schéma suivant selon la posologie pédiatrique jusqu'au statut définitif VIH de l'enfant: ABC + 3TC + LPV/r.

## 2- Accidents d'Exposition au Sang et autres liquides biologiques (AES)

En cas d'accident d'exposition, la prophylaxie est dite post-exposition (ou PEP). Les schémas associent trois (3) ARV comme suit :

- 2.1- Si la personne a plus de 10 ans ou plus de 35 kg de poids, il faut instituer le schéma associant **TDF+3TC+DTG ou TLD** dans les 72h qui suivent l'exposition et pendant 28 jours.
- 2.2- Si la personne à moins de 10 ans ou moins de 35 Kg, il faut instituer le schéma associant **AZT+3TC+LPV/r** dans les 72h qui suivent l'exposition et pendant 28 jours.

Avant d'instituer la prophylaxie, il est recommandé de procéder au dépistage VIH de la personne. Si la personne est infectée, il faut initier directement le traitement ARV. Si la personne n'est pas infectée, le dépistage doit être repris trois mois après pour confirmer le statut négatif de la personne exposée (victime). Au meilleur des cas, le dépistage de la personne ayant exposé (source de l'exposition ou agresseur) doit être également effectué.

## 3- Prophylaxie Pré exposition au VIH (PrEP)

La prophylaxie ARV pré exposition au VIH vise la prévention de la contamination par le VIH chez des personnes non infectées mais qui sont en permanence exposées à un risque élevé d'infection par le VIH. En Côte d'Ivoire, la PrEP est instituée à compter du 1<sup>er</sup> mars 2019 pour les groupes de populations suivants définis comme bénéficiaires/éligibles : travailleuses du sexe (TS), hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH ou MSM), conjoints négatifs dans les couples sérodiscordants, adolescentes et jeunes femmes de 15 à 24 ans en contexte de vulnérabilité et les utilisateurs de drogues (UD).

L'offre de la PrEP aux populations éligibles sera assurée par des sites autorisés et pour laquelle les prestataires bénéficieront d'une formation spécifique et d'un accompagnement adéquat.

En vue de bénéficier de la PrEP, les populations éligibles subiront le dépistage VIH en deux (2) étapes en vue d'éliminer toute infection à VIH et offrir ce service aux personnes ayant effectivement une sérologie VIH négative. Le dépistage commencera par un dépistage à travers l'algorithme standard (Determine+StatPak) puis l'application d'un test de dépistage 4<sup>ème</sup> génération.

Comme tout traitement ARV, la PrEP exige un bilan biologique comprenant un bilan initial et un bilan de suivi. Les détails de réalisation du bilan sont précisés dans le guide national de la PrEP.

Il est également obligatoire de prendre les dispositions utiles pour la notification de tout effet secondaire lié aux ARV dans le cadre de la PrEP.

La PrEP associe deux (2) ARV à savoir TDF+3TC. Les schémas et les modalités d'administration sont présentés dans le tableau suivant :

| Cibles  | Protocoles | Modalité de prise                |
|---|------------|----------------------------------|
| Populations clés femmes (TS, UD)  | TDF + 3TC  | PrEP continue*                   |
| Populations clés hommes (TS, HSH, UD)   | TDF + 3TC  | PrEP discontinu**/ PrEP continue |
| Couples sérodiscordants lorsque le partenaire femme n'est pas en suppression virale | TDF + 3TC  | PrEP discontinu ou continue      |
| Couples sérodiscordants lorsque le partenaire homme n'est pas en suppression virale | TDF + 3TC  | PrEP continue                    |
| Adolescentes et jeunes femmes de 15-24 en contexte de vulnérabilité                 | TDF + 3TC  | PrEP continue                    |

\*PrEP **continue** consiste à prendre 1 comprimé par jour pendant toute la durée de l'exposition

\*\*PrEP **discontinu** consiste à prendre deux comprimés en prise unique 02 à 24 heures avant la prise du risque puis 01 comprimé à environ 24 heures (+/- 02 heures) après la première prise ; en fin 01 comprimé 24 heures (+/- 02 heures) après la deuxième prise.

### SECTION 3 : SOUTIEN AUX PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH (INFECTÉES)

Le soutien aux personnes vivant avec le VIH est un ensemble de services offerts à la personne infectée par le VIH dépistée afin de lui permettre d'accéder aux soins pour le VIH, au traitement ARV, de rester observant, d'accepter son infection par le VIH et son statut sérologique VIH, de contribuer à la lutte contre le sida et au soutien aux autres personnes infectées, d'assurer l'intégration de la personne infectée dans sa famille et sa communauté, de vivre positivement avec son infection, de subvenir aux besoins de sa famille, etc.

Le soutien est offert tant dans les espaces cliniques de soins tout comme dans la communauté, par les professionnels de soins que par les agents communautaires.

Avec les modèles de dispensation différenciée des ARV de 1 mois, 3 mois et 6 mois, il est important pour les sites de prise en charge VIH d'instituer des groupes d'auto support sur chaque site et dans les communautés en collaboration avec les organisations locales de la société civile et les partenaires de mise en œuvre communautaire.

Il convient de noter que la distribution des ARV par les agents communautaires n'est pas autorisée en Côte d'Ivoire en dehors des sites de traitement sous l'encadrement des prescripteurs du TARV. En communauté, les agents communautaires doivent se concentrer sur le suivi des patients bénéficiant des dispensations de 3 et 6 mois afin d'assurer l'accompagnement à l'observance et la continuité du suivi des personnes vivant avec le VIH.

## **SECTION 4 : DEPISTAGE VIH**

Le dépistage VIH ou diagnostic de l'infection à VIH est réalisée en Côte d'Ivoire selon deux (2) approches :

### **1- Dépistage VIH à l'initiative du client (CDIC)**

C'est le dépistage VIH sur demande expresse du patient ou client (personne qui subit le test VIH).

Il est rappelé à tous les prestataires offrant le dépistage VIH que toute demande de dépistage VIH par une personne de façon explicite ne doit pas être refusée. Pour les personnes âgées de moins de 16 ans, il est conseillé d'assurer un accompagnement au mieux informer les parents ou tuteurs légaux quel que soit le résultat du dépistage VIH.

Il faut satisfaire à toute demande explicite de dépistage VIH par une personne quel que soit son statut d'exposition (à haut risque ou à faible risque). L'objectif premier du CDIC est de permettre à toute personne désireuse de connaître son statut VIH de bénéficier du dépistage/test VIH et secondairement de bénéficier du traitement ARV.

### **2- Dépistage VIH à l'initiative du prestataire (CDIP)**

C'est le dépistage VIH sur proposition par le prestataire (personne qui offre les soins/services) à un patient (client) qui n'a pas demandé le test VIH.

Dans le contexte d'élimination de l'épidémie du sida et des objectifs 90-90-90, il est recommandé aux prestataires de faire la proposition systématique du test/dépistage VIH selon le niveau d'exposition du patient à l'infection par le VIH (vulnérabilité) et/ou de sa probabilité d'infection par le VIH sur la base des signes cliniques présentés.

Le CDIP vise à identifier les personnes infectées par le VIH et leur permettre de bénéficier du traitement ARV.

Dans le cadre des campagnes de dépistage VIH, les deux approches peuvent être utilisées en combinaison ou séparément.

### **3- Autotest VIH**

L'autotest VIH fait référence au test/dépistage VIH par la personne qui subit le test avec ou sans assistance de la part des prestataires de soins/services. Cette stratégie d'autotest VIH est adoptée en Côte d'Ivoire depuis Aout 2016. Il utilise un test rapide et est réalisé sur prélèvement buccal.

L'autotest est disponible gratuitement dans certains centres de santé autorisés et pour des populations bénéficiaires spécifiques à haut risque d'infection par le VIH ou difficile à atteindre par les stratégies de dépistage existantes. Il est offert sur proposition du prestataire.

L'autotest à la demande du client et destiné à la population générale sera en vente dans les officines privées (pharmacies) à un coût homologué.

Tout résultat positif par autotest VIH doit faire l'objet d'une confirmation dans un centre de santé offrant le dépistage VIH à travers l'algorithme national en vigueur avant de bénéficier du traitement ARV.

## **SECTION 5 : PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (PEC IST)**

Les infections sexuellement transmissibles se transmettent par les mêmes voies que le VIH. A cet effet, les prestataires de soins doivent s'assurer que toute personne vue pour une IST ou présentant des signes d'IST bénéficie du dépistage VIH sur proposition systématique du prestataire.

Aussi, le prestataire doit convaincre le patient présentant une IST à faire venir son conjoint ou sa conjointe et ses autres partenaires sexuels avec lesquels il aurait eu des rapports sexuels non protégés dans la période qui a précédé ou suivi l'apparition des signes de l'IST.

En Côte d'Ivoire, la prise en charge des IST se fait à travers un algorithme syndromique selon les niveaux de la pyramide de soins et basée sur des kits dits kits IST préconstitués. Les kits sont gratuits pour les groupes de populations suivantes : femmes enceintes, adolescents et jeunes hommes jusqu'à 24 ans, adolescentes et jeunes femmes jusqu'à 24 ans, hommes en uniforme (policiers, gendarmes, militaires, agents des eaux et forêts et douaniers), travailleuses de sexe (TS), hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH ou MSM), utilisateurs de drogues, prisonniers et les personnes vivant avec le VIH.

En plus des kits IST, ces groupes de populations reçoivent également et de façon gratuite une dotation en préservatifs.

## **SECTION 6 : COLLECTE, GESTION ET RAPPORTAGE DES DONNEES VIH**

Désormais, tout prestataire de services VIH a l'obligation de contribuer à la production de données de qualité, qui permettent de guider la prise de décision au niveau national et faire le point de la situation du sida dans notre pays.

A cet effet, tout prestataire de services VIH a obligation d'utiliser les outils nationaux, de renseigner ces outils correctement, de procéder à la collecte des données nécessaires pour renseigner les indicateurs nationaux et assurer un rapportage de qualité selon le système national de l'information sanitaire.

Tous les centres de Santé, hôpitaux et instituts spécialisés de soins offrant les services VIH ont l'obligation de procéder à une validation des données produites sur le site de façon mensuelle. Cette validation des données sur le site doit prendre en compte le volet clinique (consultations et hospitalisations), le volet laboratoire et le volet gestion logistique/pharmacie.

Les sites/structures de soins ne doivent autoriser aucun partenaire à rapporter des données en leurs noms sans que ces données ne sortent de la validation sur sites avec la signature du responsable du site.

Toute personne installée sur le site avec l'appui d'un partenaire de mise en œuvre qui ne respectera pas cette directive devra être renvoyée du site et interdit d'accès.

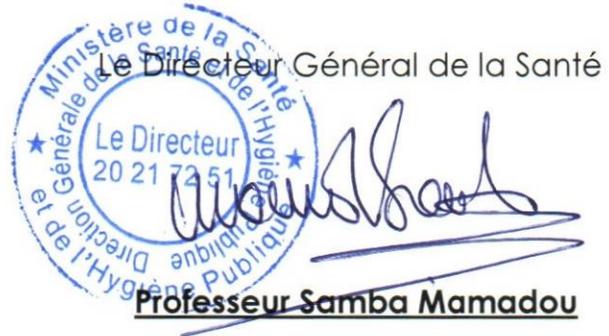


Les Directeurs des hôpitaux et les responsables des centres de santé sont responsables de la mise en œuvre de ces directives par leur prise en compte dans l'offre quotidienne des services de soins de santé aux populations par les prestataires ;

Les Directeurs régionaux et les Directeurs départementaux sont responsables de supervision, du suivi et de l'appui aux hôpitaux et centres de santé pour la mise œuvre de ces directives ;

Le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) est chargé du suivi de l'application de ces directives par le niveau périphérique ;

Le Directeur Général de la Santé



Professeur Samba Mamadou