Webinaires CQUIN

Infection à VIH à un stade avancé (VSA) : Situation en Zambie et au Kenya

17 Septembre 2020

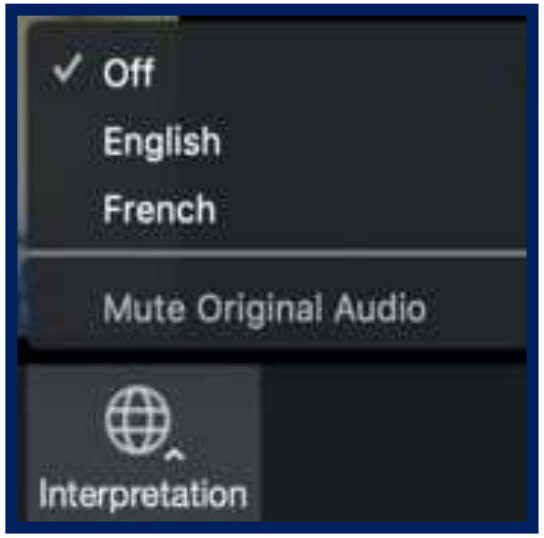
- Veuillez saisir votre nom, votre organisation et votre adresse électronique dans la boîte de discussion
- Si vous souhaitez rejoindre le groupe CQUIN sur WhatsApp, veuillez également ajouter votre numéro de téléphone ☺
- Veuillez poser vos questions aux panélistes dans la boîte à questions et réponses

ICAP Columbia University Mailman School of Public Health

HIV LEARNING NETWORK
The CQUIN Project for Differentiated Service Delivery

Bienvenue

- Assurez-vous d’avoir sélectionné la langue de votre choix à l’aide du menu <<Interprétation>> en bas de votre écran Zoom.



Panélistes et ordre du jour

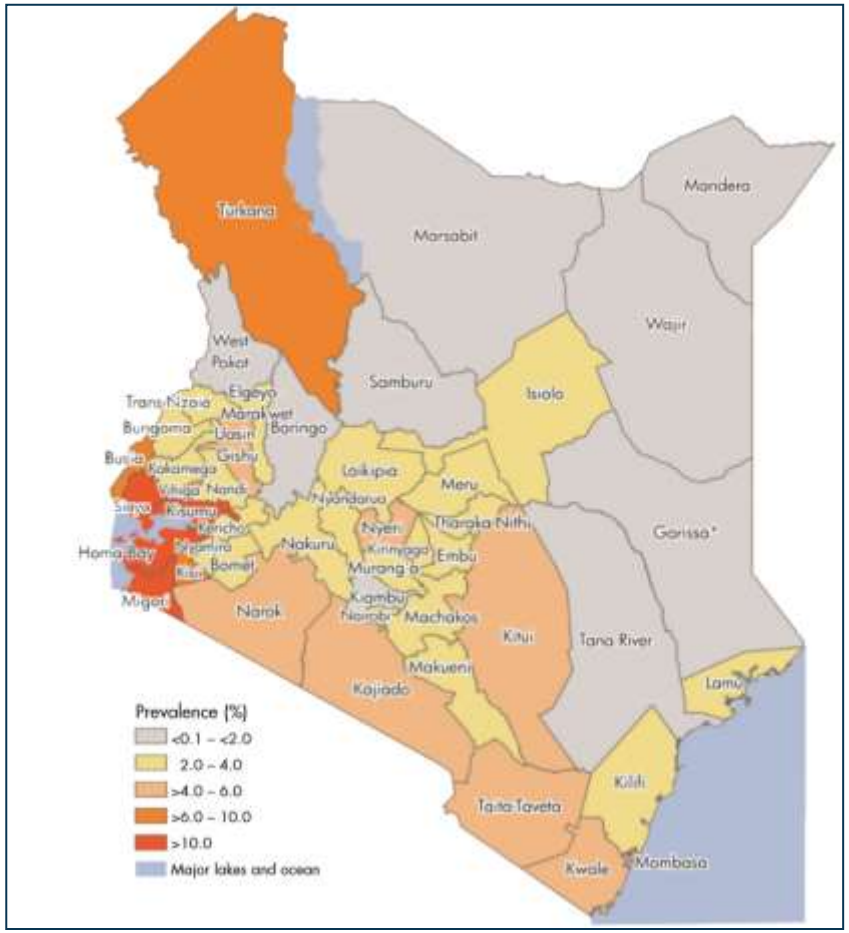
- **Actualité du VSA au Kenya** : Dr Lazarus Momanyi, *Coordonnateur PSD*, NASCOP Kenya
- **Réponse de la communauté bénéficiaire des soins, Kenya** : M. Nelson Otwoma, *Directeur Exécutif* , NEPHAK
- **Actualité du VSA en Zambie** : Dr Suilanji Sivile, Ministère de la Santé, Zambie
- **Réponse de la communauté bénéficiaire des soins, Zambie** : M. Fred Chungu, *Directeur général,* NZP+
- **Discussion et Questions/réponses**

Actualités sur l'infection à VIH à un stade avancé (VSA) au Kenya

Dr Lazarus Momanyi
Coordonnateur des PSD
Ministère de la Santé, NASCOP
8 septembre 2020

ICAP Columbia University Mailman School of Public Health
HIV LEARNING NETWORK
The CQUIN Project for Differentiated Service Delivery

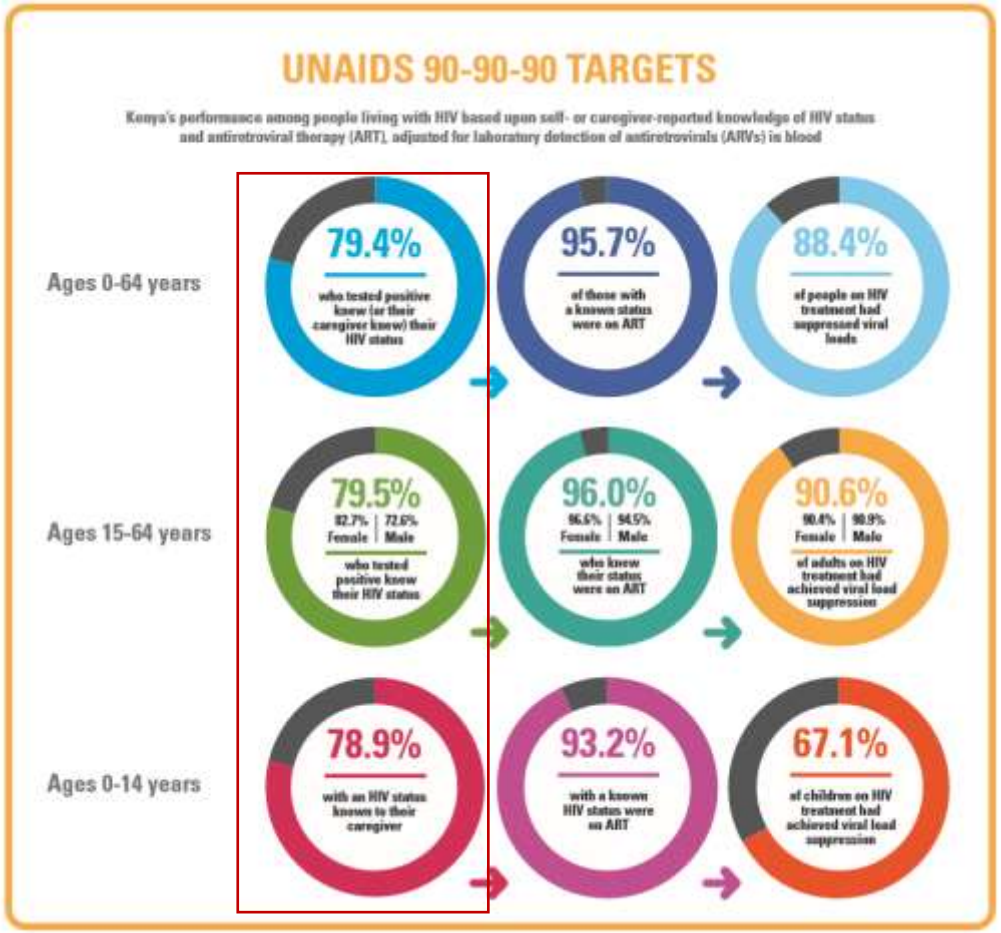
VIH au Kenya



KENPHIA 2018 Preliminary Report

- Prévalence globale : **4,9 %** (F : 6,6 %, H : 3,1 %)
- Hétérogénéité de la charge de morbidité liée au VIH selon la géographie et la population ; 70 % des infections concernent 9 comtés durement touchés.
- Personnes vivant avec le VIH : **1,3 million** d'adultes, **139 000** enfants
- 36 000 nouvelles infections chez les adultes/an (incidence : **0,14 %)**

VIH au Kenya : progrès vers l'atteinte de la cible 90-90-90

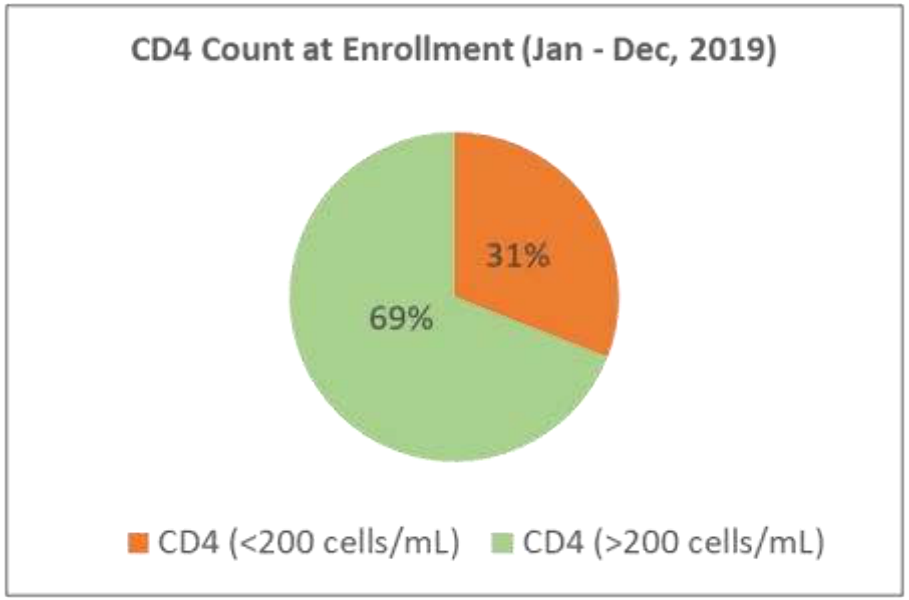


Rapport préliminaire KENPHIA 2018

- Bons progrès réalisés vers l'atteinte du « deuxième 90 » pour tous les groupes d'âge.
- Lacunes pour l'atteinte du « premier 90 » pour tous les groupes d'âge (en particulier, peu d'hommes adultes connaissent leur statut VIH).
- Encore des difficultés en ce qui concerne la suppression de la charge virale chez les enfants.

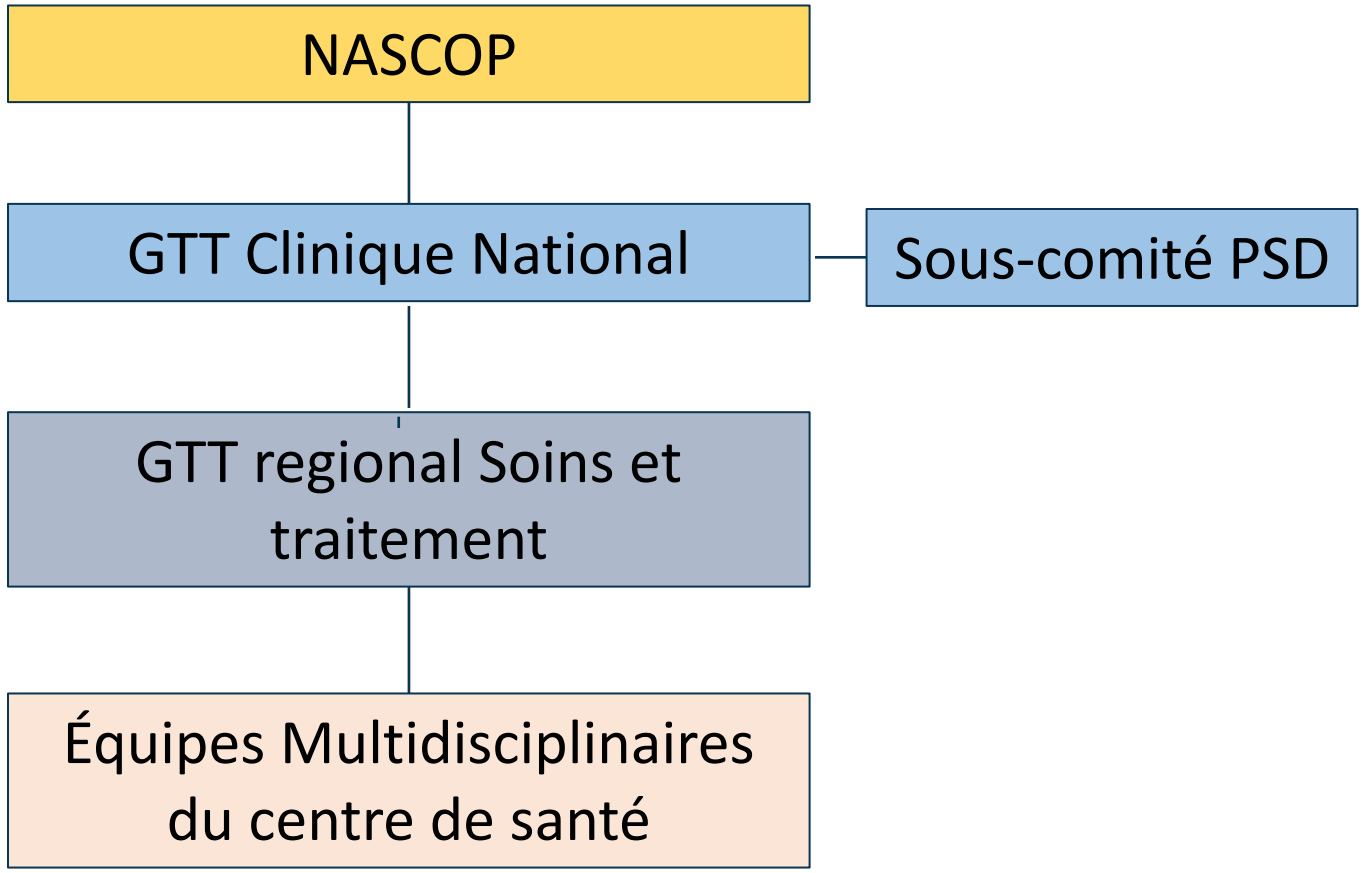
VSA au Kenya

- Environ **30 %** des PVVIH nouvellement enrôlés sont a un stade avancé
- Depuis 2010, le Kenya enregistre une diminution des décès liés au sida, de l'ordre 55 % le nombre de décès étant passé 56 000 à **25 000** en 2018 *(estimations de l'ONUSIDA)*
- **3 %** des PVVIH initiant les ARV sont déclarés au cour de la 1er *(Étude de cohorte sur les traitements antirétroviraux au Kenya en 2019)*



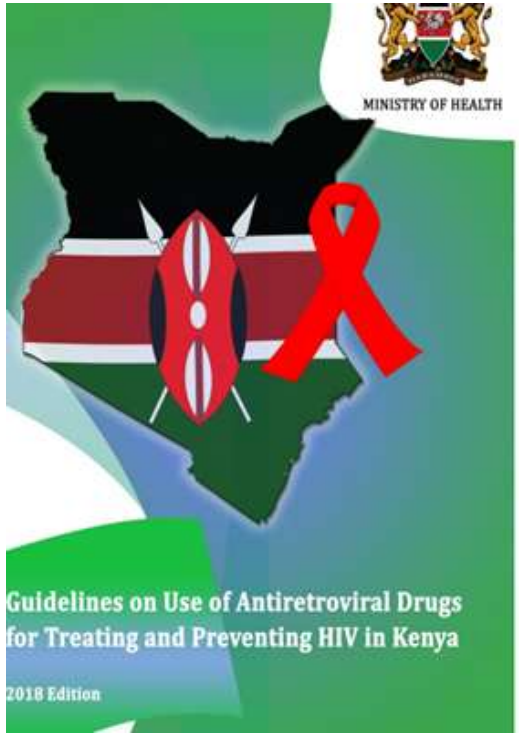
Données tirées du registre national de données

Stade avancé du VIH - Coordination et Leadership



- NASCOP : élaboration de politiques et de lignes directives sur le VSA.
- Chef d'unité soins et traitement Point focal mise en œuvre du VSA .
- Implication des PVVIH au niveau du GTT national, et des sous comités
- Les GTT nationaux et régionaux fournissent un soutien technique pour la mise en œuvre des soins VSA

Politiques et directives du VSA



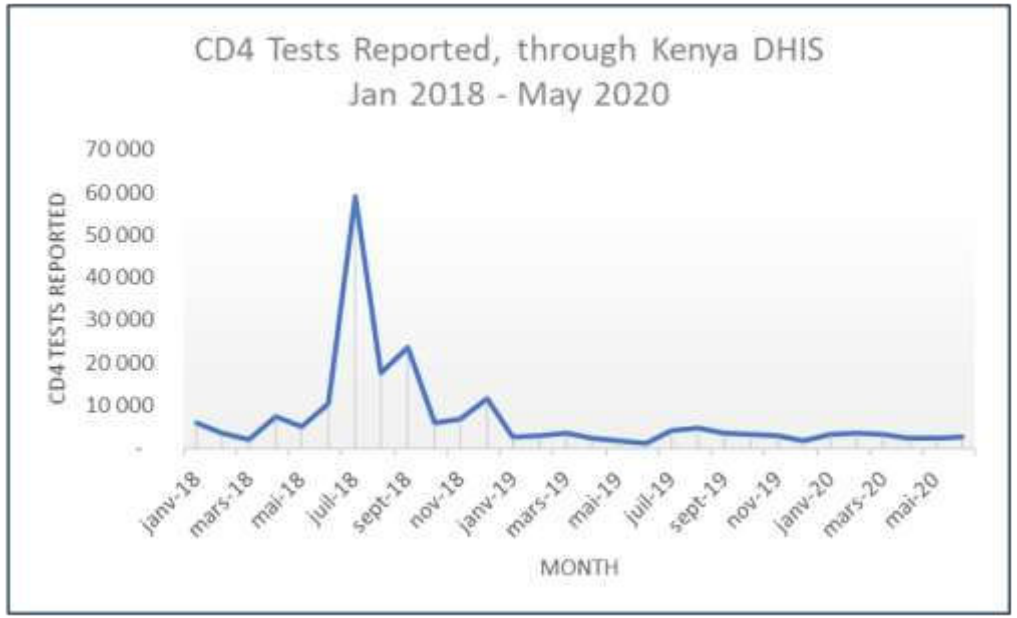
- Les directives nationales sur les TARV relatives au Kenya définissent un ensemble d'interventions pour la prise en charge du VSA
- Le Kenya a également élaboré un guide opérationnel pour les soins différenciés fournissant plus de précisions sur les modèles PSD.
- Les deux documents sont en cours de révision - Ils définissent/précisent les modèles PSD, y compris le VSA

Ensemble d'interventions essentielles pour le VSA- Kenya

	Intervention	Qui ?	Numération CD4
Diagnostic	Sputum Xpert® MTB/ RIF	Test recommandé pour le diagnostic de la TB chez TOUTES les personnes vivant avec le VIH symptomatiques	Quel que soit le taux de CD4
	TB-LAM	Personnes vivant avec le VIH à un stade avancé, gravement malades, admises (ajouter au GeneXpert)	≤200 cellules/mm3 , ou quel que soit le résultat si gravement malade
	Recherche antigène cryptococcique (CrAg)	Adolecents et adultes	≤200 cellules/mm3 , ou quel que soit le résultat si gravement malade
Prophylaxie infections opportunistes	Prophylaxie par le cotrimoxazole	Toutes les personnes vivant avec le VIH	Quel que soit le taux de CD4
	Traitement antituberculeux préventif	Personnes vivant avec le VIH asymptomatiques TB, prise en charge initiale	Quel que soit le taux de CD4
Mise sous TAR	Tester et traiter	Toutes les personnes vivant avec le VIH. Différer mise en route du TAR si signes et symptômes cliniques évocateurs d'une TB ou d'une méningite à cryptocoque (suivre étroitement syndrome IRIS chez les patients à un stade avancé ou présentant des comorbidités)	Quel que soit le taux de CD4

- Objectif : réduire la morbidité et la mortalité
- Recommandations dans les lignes directrices du Kenya :
  - Prise en charge à tous les points de prestation de services liés au TARV /à tous les niveaux de l'établissement de santé. Des visites à domiciles peuvent s'avérer nécessaire en cas d'impossibilité de se rendre jusqu'au centre de santé.
  - Prise en charge initiale et démarrage du TARV par des agents de santé formés et expérimentés.
  - Consultation auprès d'une équipe pluridisciplinaire, de mentors et de cliniciens expérimentés, si nécessaire.
  - Orientation vers un établissement de niveau supérieur, le cas échéant, si la consultation ne permet pas de stabiliser le patient.

Services de laboratoire : numération des CD4



- >300 laboratoires pour la numération des CD4 (plateformes conventionnelles/lieux de soins) dans le pays
- La plupart des hôpitaux de références ont des capacités de laboratoire (tests de compétences financés par les laboratoires nationaux de référence pour le VIH).
- Diminution générale de la numération de CD4 au Kenya après l'adoption de l'approche « tester et traiter » en 2016, disponibilité du suivi de la charge virale
- Recommandations relatives à la numération des CD4
  - Tous les nouveaux patients au bilan initial
  - Répéter le test pour les patients sous fluconazole en prophylaxie de la méningite à cryptocoque
- Difficultés actuelles :
  - Bilan initial « manqué »
  - Faible taux de rapportage pour les tests réalisés
  - Pénurie de réactifs/témoins pour certaines plateformes

Suivi et évaluation

- Quelques difficultés
  - Documentation incomplète des élément de base (CD4, stade OMS) dans les dossiers des patients, dossiers médicaux électroniques.
  - Le pays doit encore adopter des registres longitudinaux pour le suivi du devenir des patients avec VSA
  - Classification, indicateurs relatifs au VSA ne sont pas rapporté en routine via le SIS kenyan.
  - Tableau de bord d'agrégation national pour suivre le devenir des Bénéficiaires de soins (BdS) avec VSA n'est pas encore disponible

Modèles PSD pour VSA

Quoi

Ensemble d'interventions pour VSA tel que défini dans les directives TARV

Où

Centre TARV

Reference pour des cas compliqués

Qui

Agents de santé expérimentés, consultation auprès d'un clinicien expérimenté,

EMD/GTT Regionnal

Quand

> Suivi hebdomadaire jusqu'à la mise sous TARV

> 2, 4 semaines après la mise sous TARV

> Tous les mois jusqu'à la suppression de la charge virale

3.3. Differentiated Care for Patients who Present with Advanced HIV Disease versus those who Present Well

Patients who present with advanced disease may require a different level of care than those who present while still clinically well.

Table 3.3: Differentiated Care Based on Initial Patient Presentation

Patients who Present with Advanced HIV Disease: WHO Stage 3 or 4, or CD4 count ≤ 200 cell/mm^3 (or CD4% ≤ 25% for children ≤ 5 years old)	

Les patients avec VSA qui n'ont pas de suppression de la charge virale après avoir commencé un TARV sont pris en charge dans les **centres de « virémie ».**

Assistance nationale aux cliniciens

- Une **assistance nationale innovante aux cliniciens** via :
  - Consultation par e-mail
  - consultation téléphonique avec un numéro d'appel gratuit (0800724848)

- Les cliniciens peuvent y avoir recours pour les dossiers difficiles, notamment l'échec thérapeutique, les comorbidités, etc.

Difficultés

- Nombre significatif de PVVIH avec VSA a l’enrôlement / retournant aux soins après un ou plusieurs rendez-vous manqués.
- Évaluation sous-optimale/manque de cohérence dans l'évaluation des PVVIH avec VSA a l’enrôlement /lord du suivi.
- Capacité limitée des agents de santé dans la prise en charge du VSA , des comorbidités.
- Indisponibilité d'outils harmonisé de suivi et d'évaluation et de Procédures pour VSA

Priorités pour 2020 - 2021

- Étendre/préciser l'ensemble d'interventions pour la prise en charge du VSA lors de la révision des lignes directrices 2018 TARV et du Guide opérationnel pour les soins différenciés.
- Renforcer les capacités des agents de santé dans la prise en charge du VSA : NAHCC (Formation clinique nationale avancée en soins du VIH).
- Réviser/adopter des POS nationaux du VSA.
- Élaborer et diffuser de la documentation/du matériel didactique du VSA pour les PVVIH
- Réviser les outils de suivi & évaluation du VSA

Remerciements

- Responsables du programme NASCOP, Ministère de la Santé
- Équipes des comtés
- Agents de santé des établissements de soins
- NEPHAK
- Groupes de travail technique régionaux
- Partenaires de mise en œuvre
- Fonds mondial, PEPFAR
- CQUIN

Réponse de la communauté des bénéficiaires de soins

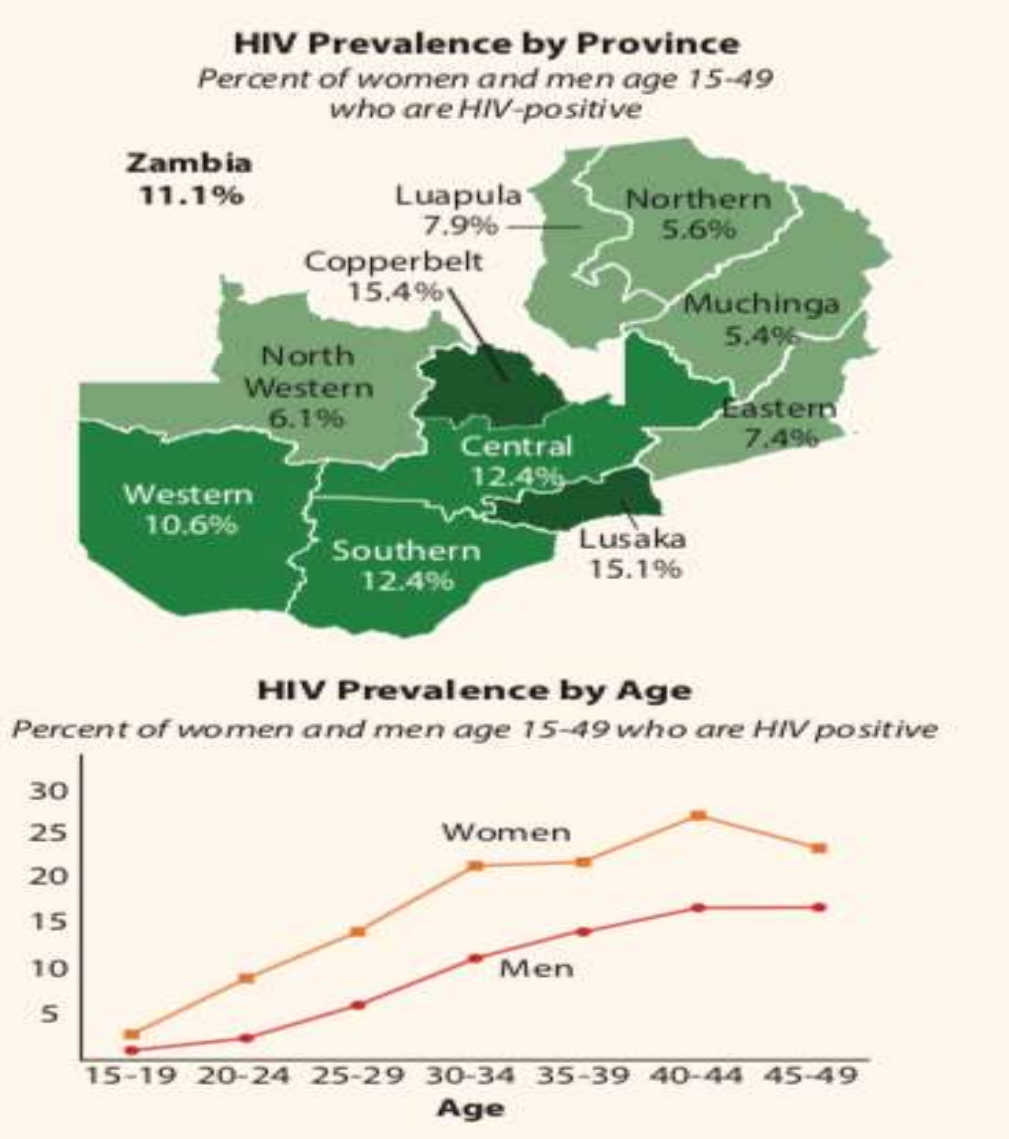
Nelson Otwoma, Directeur Excecutifs , NEPHAK, Kenya

Actualités sur l'infection à VIH à un stade avancé (VSA) en Zambie

Dr Suilanji Sivile
Ministère de la Santé

ICAP Columbia University Mailman School of Public Health
HIV LEARNING NETWORK
The CQUIN Project for Differentiated Service Delivery

VIH en Zambie



- Progrès vers l'atteinte de la cible 95-95-95

94,1

93,1

94,7*

* *Taux de suppression de la charge virale calculé sur la base du nombre de tests ayant établi une suppression au 1er trimestre 2020. La cascade complète peut seulement être établie une fois l'année clôturée*

Infection á VIH á un Stade avancé (VSA) en Zambie

Que sait-on de la prévalence de l'infection à VIH à un stade avancé ?

- 17 % des Nvx enrollés ont un taux de CD4 <200 cellules/µl
- 30 % des personnes déjà sous TARV ont un taux de CD4 <200 cellules/µl (ZamPHIA 2016)
- 5 % des PVVIH sous traitement sous TARV sont en 2e intention
- 0,3% des PVVIH sous TARV sont en 3e intention

VSA en Zambie

Que sait-on du taux de mortalité chez les personnes vivant avec le VIH ?

- Estimation du nombre de décès pour l'année 2020 chez les personnes vivant avec le VIH : 17 284 *(estimations Spectrum).*
- La tuberculose est la principale cause de décès, suivie de la méningite à cryptocoque.

Estimation de la mortalité sous traitement du VIH chez les patients suivis actuellement et chez les patients perdus de vue : résultats d'une étude basée sur un plan d'échantillonnage à plusieurs degrés
CB Holmes, et al. PLoS Med. Jan 2018; 15(1)

- Malgré la disponibilité à plus grande échelle des traitements antirétroviraux en Zambie, le taux de mortalité chez les personnes sous TARV entre 2013 et 2015 était élevé et considérablement (entre 3 et 9 fois) sous-déclaré.
  - 10 à 20 fois supérieur que chez les patients sous traitement en Europe.
  - Le plus élevé au cours des premiers mois de traitement, mais également élevé à plus long terme (après « stabilisation » sous TAR).

H

Coordination et leadership du VSA

- Comment les services liés à l'infection à VIH à un stade avancé sont-ils coordonnés à l'échelle nationale ? Existe-t-il un groupe de travail technique et/ou un référent ?
  - Les services concernés sont coordonnés en tant que partie intégrante des services liés au TARV et sont du ressort du GTT VIH avec une task-force VSA.
  - Il existe un Point focal
- Dans quelle mesure les bénéficiaires des soins/personnes vivant avec le VIH sont-ils/elles impliquées dans la coordination, l'élaboration de politiques et de lignes directrices relatives à l'infection à VIH à un stade avancé ?
  - Les bénéficiaires de soins participent à l'élaboration des lignes directrices sur le VSA .

Politiques et Directives sur le VSA

- Existe-t-il une stratégie nationale en la matière ?
  - Aucune stratégie spécifique n'est en place pour réduire l'incidence ou améliorer le devenir des VSA , mais la réduction de la mortalité liée au VIH est inscrite dans le plan stratégique national.
- Des lignes directrices nationales relatives au VSA
  - Des lignes directrices en la matière sont en cours d'élaboration.
- Existe-t-il des supports de formation nationaux dédiés à l'infection à VIH à un stade avancé ?
  - Des supports de formations sont en cours d'élaboration.

Ensemble d'interventions essentielles pour le VSA

- En quoi consiste l'ensemble d'interventions essentielles pour les services de diagnostic et de traitement du VSA ?
  - L'ensemble d'interventions essentielles défini par l'OMS a été adopté dans les lignes directrices unifiées de la Zambie.
    - Cet ensemble inclut les bilan CD4/LAM/CrAg et la prophylaxie par le cotrimoxazole et par le fluconazole si nécessaire.
- À quel niveau du système de santé ces interventions sont-elles proposées ?
  - Tous les niveaux de soins sont censés proposer ces services, mais la mise en œuvre a été échelonnée et les hôpitaux de niveau 1 (district) et supérieur ont été jugés prioritaires.

Services de laboratoire : numération des CD4

- Où et comment est réalisée la numération des CD4 en Zambie ?
  - Tous les établissements de santé peuvent réaliser la numération des CD4.
  - Elle est réalisée à la mise sous TARV , puis à 6 mois et tous les 12 mois chez les patients dont le taux initial de CD4 était <350 cellules/µl.
  - Le suivi régulier du taux de CD4 cesse dès l'obtention d'un taux >350 cellules/µl 2 fois de suite.
  - Le suivi du taux de CD4 peut reprendre à tout moment dès lors que la charge virale n'est plus supprimée.

Suivi et évaluation

- Quelles sont les difficultés rencontrées concernant la documentation ou les données relatives au VSA
  - Il n'existe aucun système de suivi ou d'indicateurs spécifiques.
  - L'HIA-3 conçue pour enregistrer les maladies ayant nécessité une hospitalisation est sous-optimale et ne permet donc pas de mesurer la véritable incidence du VSA .

Actualités concernant l'Initiative CHAI

1 L'Initiative internationale conjointe Unitaid-CHAI pour éviter les décès du au VSA vise à surmonter les principales difficultés en la matière et à réduire la morbidité et la mortalité tout en améliorant le rapport coût-efficacité en favorisant l'accès à des produits abordables et optimaux pour la prévention, le dépistage et le traitement des principales maladies opportunistes.

1/3 ***des personnes qui commencent un TARV en Afrique subsaharienne présentent un VSA***

Difficulté : la réponse internationale au VSA est inefficace, et il existe un besoin urgent de favoriser l'accès aux produits essentiels et vitaux pour son diagnostic, sa prévention et son traitement.

Initiative Unitaid-CHAI

Période de mise en œuvre du projet CHAI : Jan 2019 – Déc 2020*
***Extension budgétisée en cours d'examen**

Réduire le prix des produits essentiels par des intervention sur l'offre

Accélérer l'introduction des produits et stimuler la demande d'équipements dédiés via un **approvisionnement catalytique** et l'appui à l'adoption et au déploiement

Coordonner les achats et fournir une visibilité du marché pour les équipements dédiés à l'infection à VIH à un stade avancé

Le projet bénéficie du soutien d'une solide coalition de partenaires, notamment du Fonds mondial, du PEPFAR, de l'EGPAF et de MSF. Unitaid appelle tous les partenaires à contribuer à ces efforts afin de prévenir les décès évitables dus au VIH.

Actualités concernant l'Initiative Clinton CHAI (suite)

2 À l'échelle nationale, le projet CHAI aide le Ministère de la Santé, via le programme de prise en charge du VIH pédiatrique, à améliorer la prise en charge globale du VIH chez les enfants âgés de 0 à 14 ans et les adolescents âgés de 15 à 19 ans.

Difficulté : les lignes directrices unifiées de 2020 relatives à la prévention et au traitement du VIH en Zambie fournissent des recommandations sur la prise en charge de l'infection à VIH à un stade avancé. L'assurance qualité des services permet de veiller au respect des recommandations et des normes de qualité. Toutefois les outils de l'assurance qualité n'ont pas été alignés sur les recommandations les plus récentes sur l'amélioration de la prise en charge du VIH pédiatrique et notamment de l'infection du VIH à un stade avancé.

Révision des outils d'assurance qualité du TARV pédiatrique afin de les aligner sur les lignes directrices unifiées de la Zambie de 2020

- **Garantie de réalisation d'un suivi clinique conforme aux recommandations**
  - ✓ Stade clinique OMS
  - ✓ Suivi du taux de CD4 et de la suppression de la charge virale
  - ✓ Prise en charge de la charge virale non supprimée (conseils pour une meilleure observance et nouvelle mesure de la charge virale)
  - ✓ Test de résistance aux médicaments pour éclairer les actions à prendre, notamment pour choisir le traitement approprié.

Déploiement de l'assurance qualité du TARV pédiatrique à l'aide des outils révisés

- **Renforcement des capacités des équipes pluridisciplinaires des agents de santé relevant du Ministère de la Santé à tous les niveaux (national, infranational et aux points de prestation de services)** pour mener l'évaluation de la qualité des services visant à veiller au respect des normes de qualité des soins et pour identifier les lacunes affectant les services dispensés.
- **Utilisation d'un tableau de bord de l'assurance qualité des services et de compte-rendus narratifs** pour présenter les résultats sous forme de synthèse et favoriser leur interprétation et utilisation afin de définir des mesures correctives, notamment des formations ciblées et des mentorats cliniques.

Renforcement de la prestation de services pédiatriques liés au VIH

- **Formations à la prestation de services différenciés et mentorat clinique pour la prise en charge du VIH pédiatrique**
  - ✓ Stade clinique OMS
  - ✓ Échec thérapeutique
  - ✓ Prise en charge de l'infection à VIH à un stade avancé
- **Déploiement à plus grande échelle des modèles de prestation de services différenciés, notamment aux bénéficiaires de soins dont l'état n'est pas stable**
  - ✓ CD4<200 cellules/µl, stades 3 et 4 et patients présentant une infection à VIH à un stade avancé.

Modèles PSD pour les PVVIH avec VSA et les personnes à haut risque d'évolution du VIH

- Prise en charge des personnes à un stade avancé du VIH et à haut risque d'évolution du VIH dans les établissements de soins.

1. Centres de « virémie » pour les bénéficiaires de soins dont la charge virale n'est pas supprimée - l'accent est mis sur les conseils pour une meilleure observance.

2. Centres de traitement du VSA pour les TARV de 3e intention

Autres problématiques soumises par le Réseau national des PVVIH

- Il reste encore des personnes vivant avec le VIH qui arrivent tardivement et présentent déjà un VSA avant de commencer leur traitement.
- Le dépistage des maladies du VSA pose des difficultés aux PVVIH suivies dans les établissements ruraux et péri-urbains en raison des délais prolongés pour l'obtention des résultats, des ruptures de stocks des tests rapides de recherche de l'antigène cryptococcique pour le dépistage de la méningite et du manque d'infrastructures de test pour la numération des CD4 sur le lieu de soins chez les patients atteints d'une infection à VIH à un stade avancé.
- Le personnel de santé n'est pas formé à la réalisation des tests nécessaires sur les patients atteints du VSA dans les zones reculées.

Difficultés

- Tests inadéquats pour évaluer la résistance aux médicaments contre le VIH (génotype)
- Pénurie de certains médicaments
  - Rifabutine pour le traitement de la TB
  - Flucytosine pour le traitement de la méningite à cryptocoque
- Manque d’expertise pour la prise en charge complète de ces cas

Priorités pour 2020 - 2021

- Finalisation des lignes directrices
- Déploiement des lignes directrices et formation
- ECHO hebdomadaire pour le VSA
- Introduction de la rifabutine et de la flucytosine

Remerciements

- Unité VIH du Ministère de la Santé
- Unité Prestation de services différenciés
- CHAI
- Jansen
- EGPAF
- CQUIN

Réponse de la communauté de bénéficiaires des soins

Fred Chungu, Directeur général, Réseau zambien de personnes vivant avec le VIH et le sida

Liens utiles et prochaines étapes

- Les diaporamas et replays des précédents webinaires CQUIN sont disponibles sur le site Internet : https://cquin.icap.columbia.edu/
- Prochain webinaire – le 22 septembre de 9h00 à 11h00 (EST) : les modèles de prestation de services différenciés pour le traitement du VIH permettent-ils aux systèmes de santé de réaliser des économies ? (en collaboration avec BU/AMBIT)