

**1^{er} Colloque Francophone-Méditerranée
VIH/Hépatites**

Alger

Recommandations sur la prise en charge des patients infectés par le VIH (OMS)

***Meg Doherty, MD MPH PhD
Coordinatrice de Traitement et Soins
Département VIH, OMS, Genève***



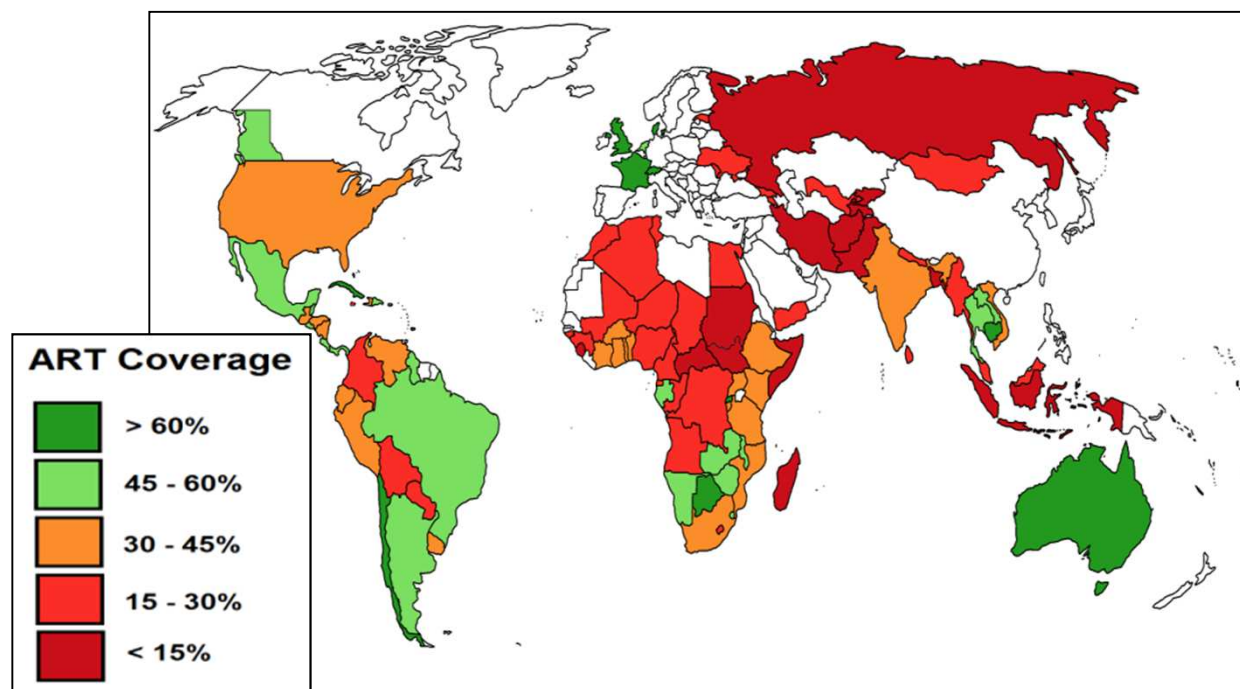
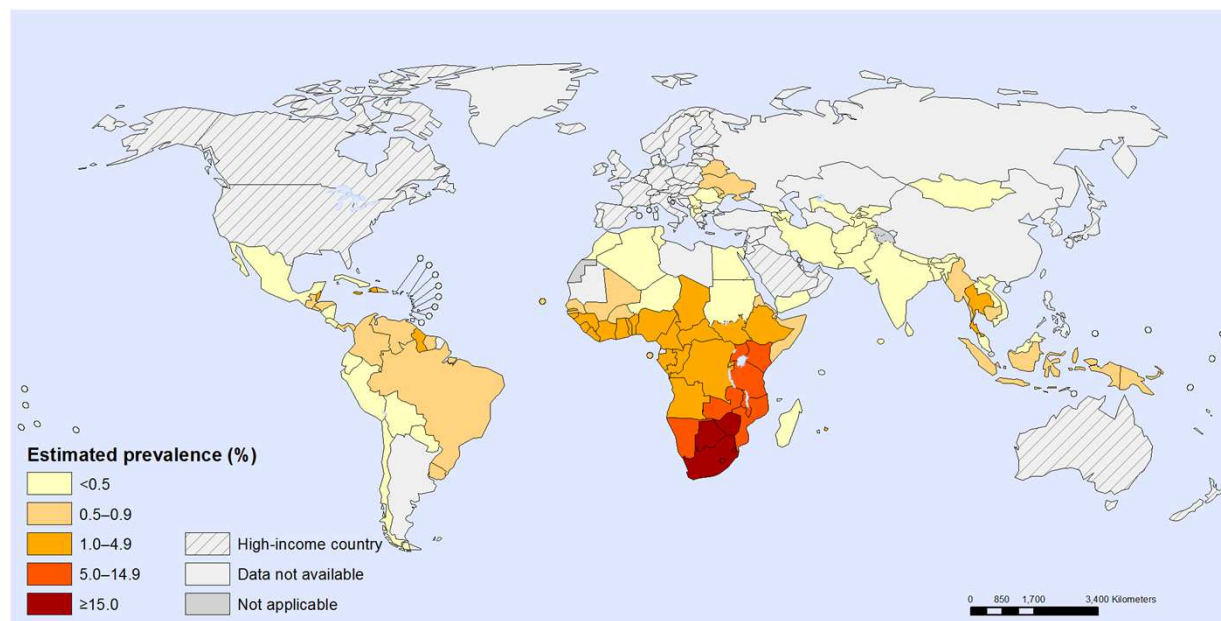
www.afravih.org

Plan de présentation

- **Comment les Directives TARV OMS soutiennent le dépistage et le traitement précoce**
- Etat de la mise en œuvre des directives OMS et perspectives
- Autres lignes directrices
 - Unifiées populations clés
 - Infection par l'hépatite C
 - Infection par l'hépatite B



Prévalence VIH en 2013



Taux de couverture TARV 2014



Recommandations de 2013:

QUE FAIRE et COMMENT LE FAIRE



Cliniquement pertinente

- **Traitement plus précoce ($CD4 \leq 500$)**
- **TARV immédiat pour les enfants de moins de 5 ans**
- **Traitement plus puissant pour les enfants <3 ans (LPV/r)**
- **TARV pour toutes les femmes enceintes et qui allaitent (Option B/B +)**
- **TARV simplifié et moins toxique (TDF / XTC / EFV)**

Opérationnellement pertinente

- L'utilisation de **combinaisons à dose fixe**
- Amélioration du suivi des patients avec une utilisation **accrue de la charge virale**
- Recommander la **délégation des tâches, la décentralisation et l'intégration**
- Réaliser les tests du dépistage et **initier le TARV dans la communauté**

Eligibilité pour le traitement: Evolution des scénari

Estimation des personnes éligibles à ART en 2012

1 m

15 m

17.6 m

28.6 m

33 m

1

$CD4 \leq 200$

recommandé
depuis 2003

2

$CD4 \leq 350$

recommandé
depuis 2010

3

$CD4 \leq 350$

+

TB/HIV
HBV/HIV

WE
ARE
HERE

4

$CD4 \leq 500$

+

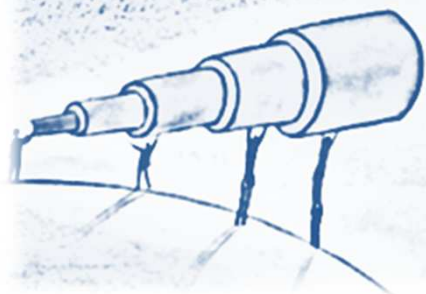
TB/HIV
HBV/HIV

5

Tous VIH+

Tester et
traiter

Scénarios de TARV

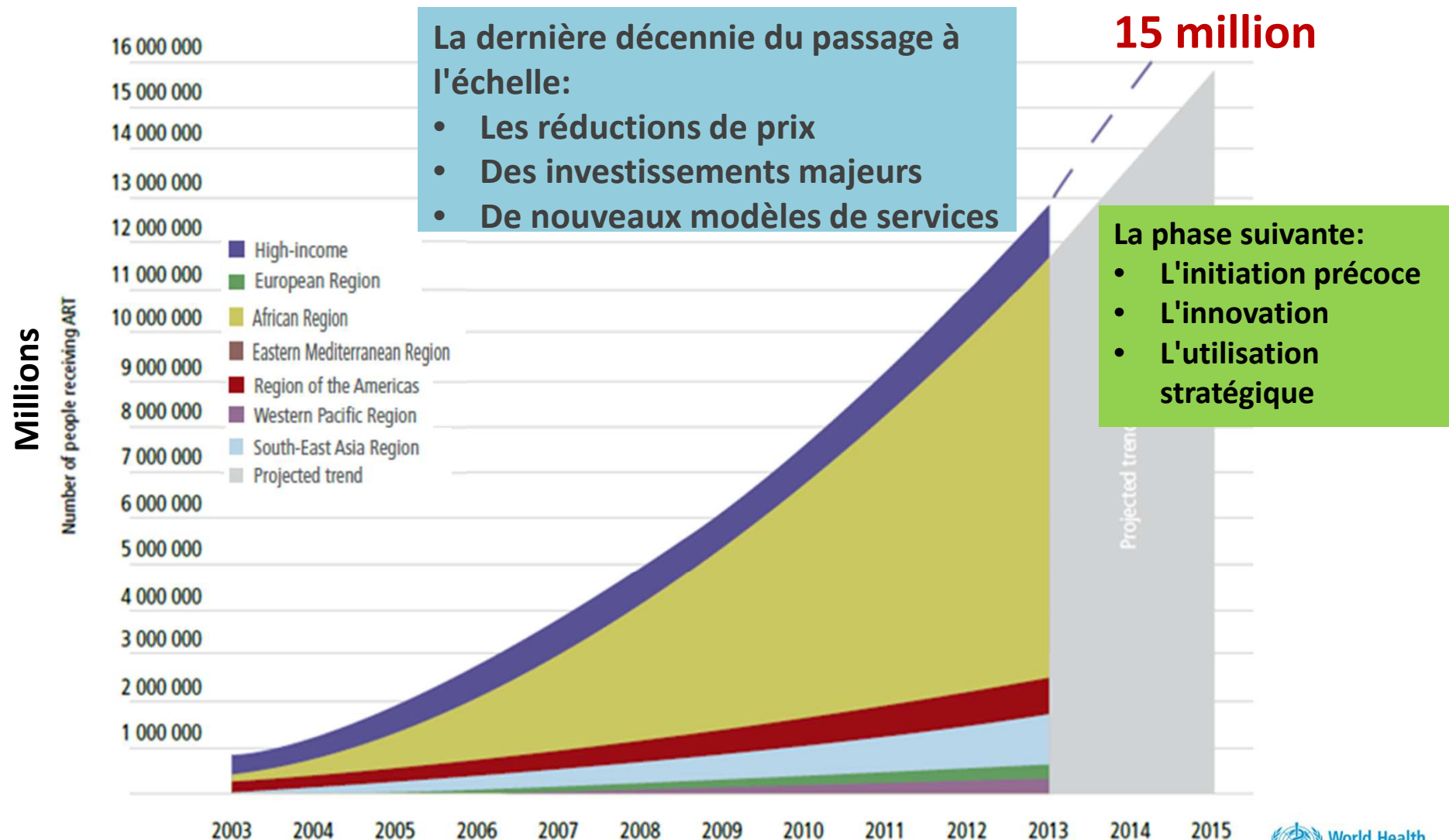


ART indépendamment de la
numération des CD4 pour:

- Les couples sérodiscordants
- Les femmes enceintes
- Les enfants de <5 ans



Progrès dans l'élargissement de l'accès au TARV



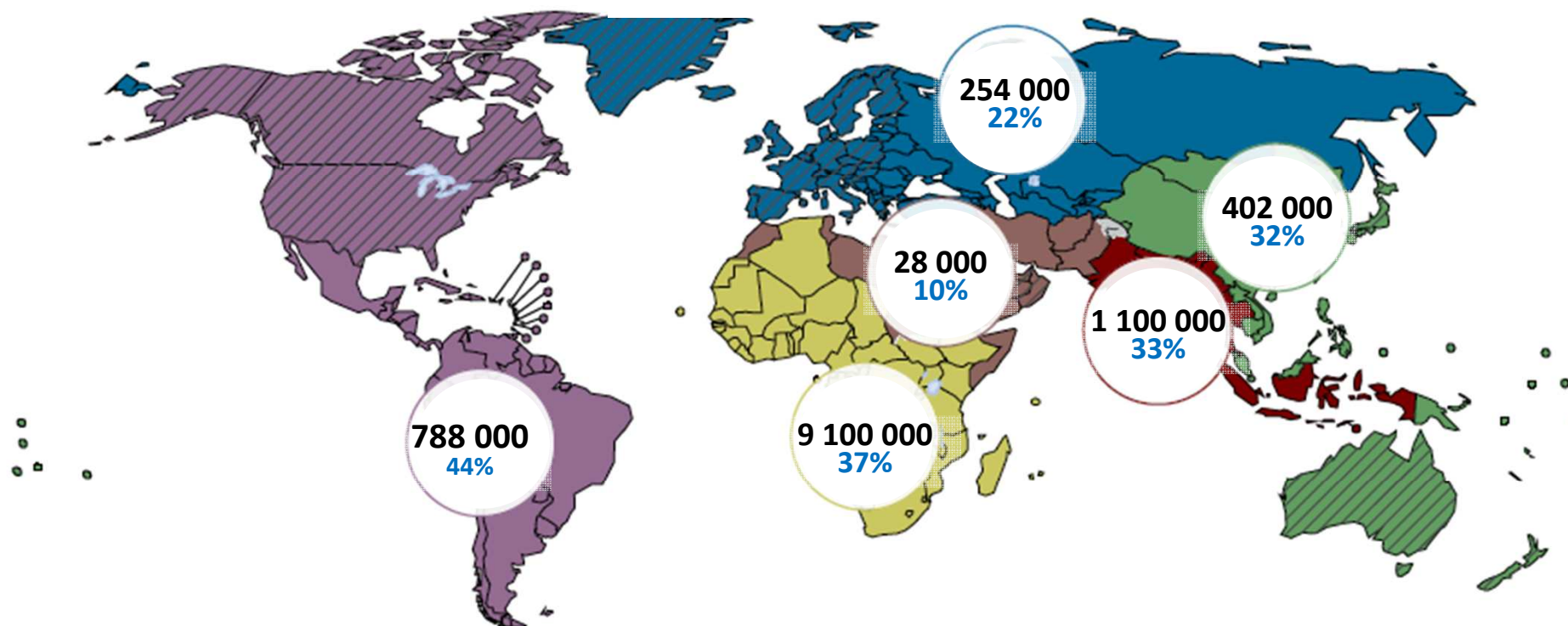


L'Afrique, où la majorité des personnes vivant avec le VIH se trouvent, mène la couverture mondiale, mais les régions à faible couverture sont en train de rattraper

HIV/AIDS Department

Total: 11.7 million in LMIC

36%

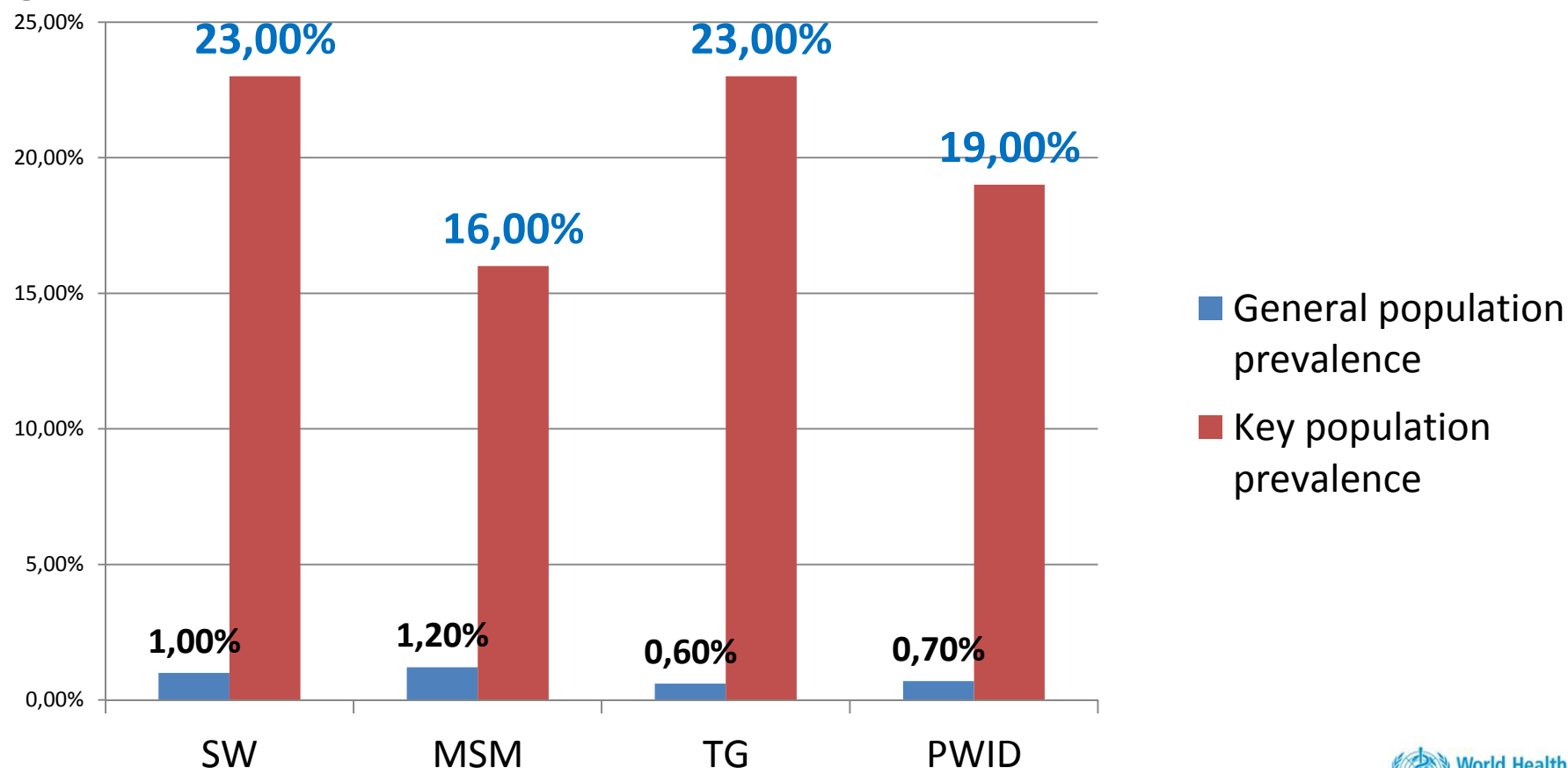




Les populations clés sont touchées de manière disproportionnée par le VIH dans toutes les régions

HIV/AIDS Department

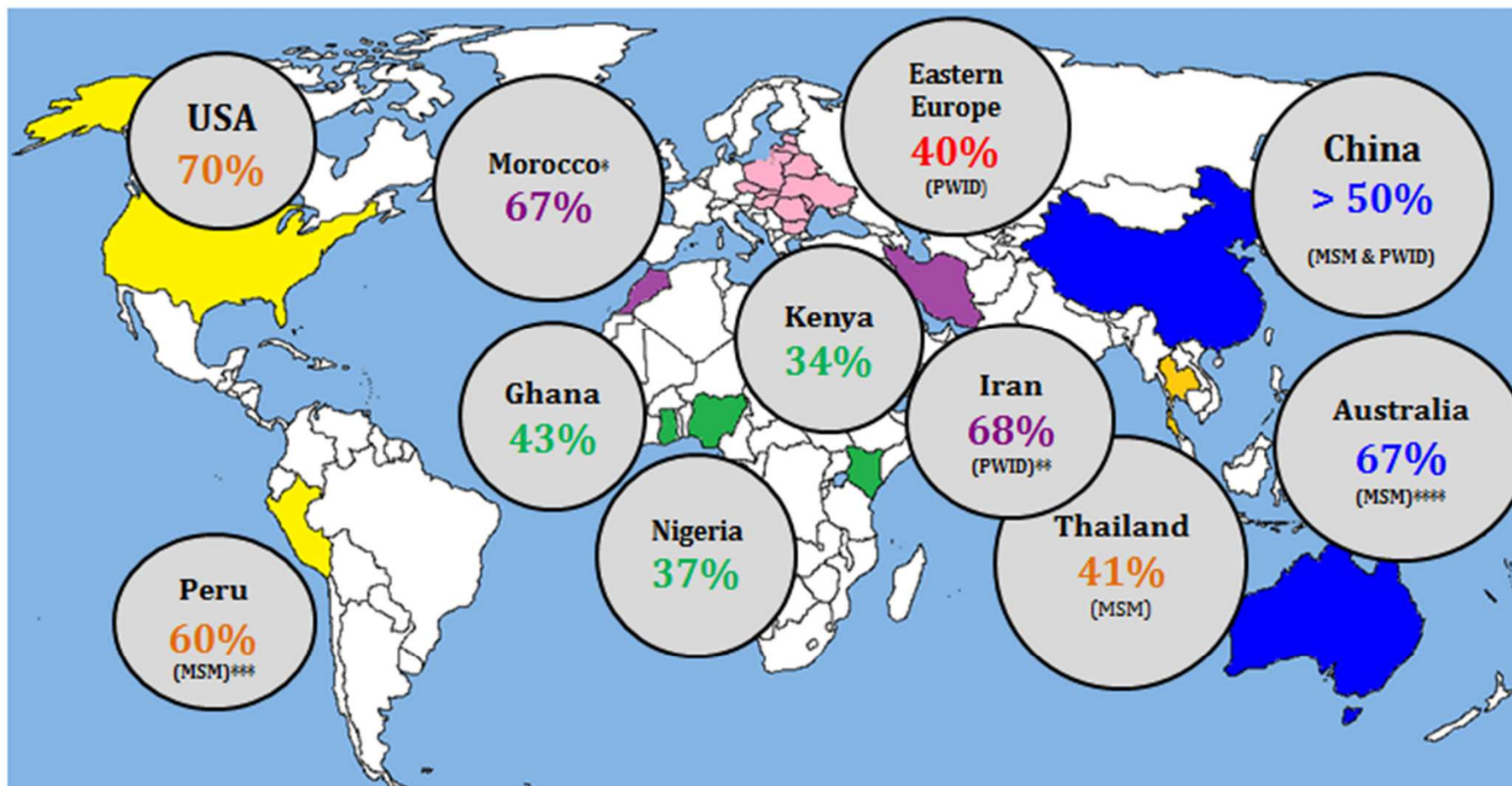
La prévalence du VIH moyenne dans les enquêtes de population clés et la population générale



Source: Unpublished literature review based on 88 country studies, 2007-2013



Nouvelles infections attribuables aux populations clés



Data from UNAIDS/CDC/MoT 2013

*Mumtaz et al 2013

**Nasirian et al 2012

***Gouws and Cuchi 2012

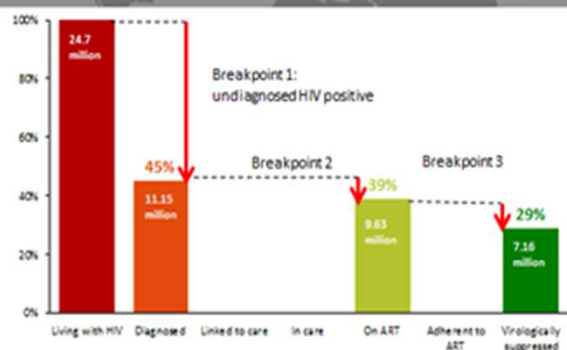
****Australian Federation of AIDS Organizations 2014



Même dans les contextes avec une bonne couverture du traitement antirétroviral, les cascades de traitement montrent des fuites importantes

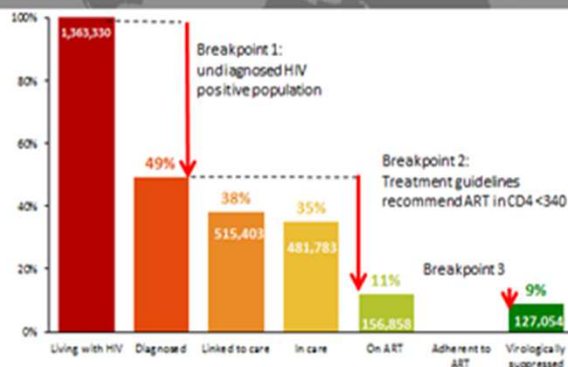
HIV/AIDS Department

Cascade of HIV care – Sub-Saharan Africa



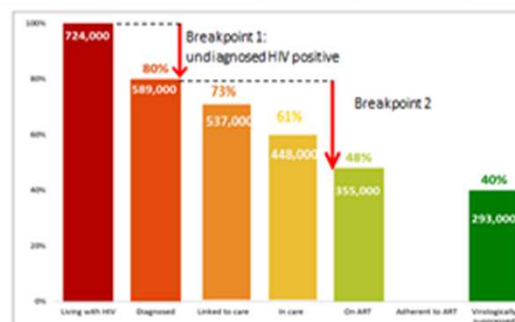
Reference: UNAIDS Gap Report 2014

Cascade of HIV care – Russia



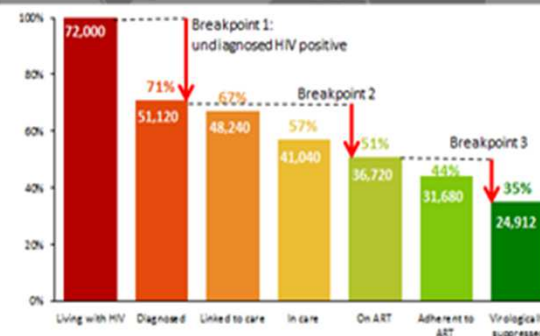
Reference: Petrova, A., Prineas, A., Lefkowitz, N. (2014). The cascade of HIV care in Russia, 2011-2013. *Journal of the International AIDS Society* 2014;15(1):1-10. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jia2.21101>

Cascade of HIV Care – Brazil, 2013



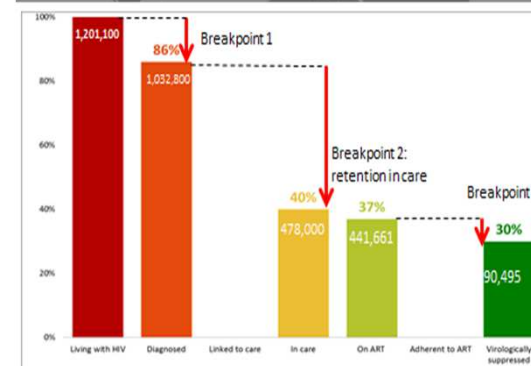
Reference: Brazilian Ministry of Health. Cascade of continuous care in Brazil, 2013. HIV epidemiology report, October 2014, Brazil.

Cascade of HIV care – British Columbia (CA)



Reference: Nasaly, B., Montaner, J.S., Colley, G., Lima, V.D., Chan, K., Heath, K., Yip, B., Samji, M., Gilbert, M., Barrios, R., Gustafson, R., Hogg, R.S., STOP HIV/AIDS Study Group. The cascade of HIV care in British Columbia, Canada, 1996-2011: a population-based retrospective cohort study. *The Lancet Infectious diseases* 2014;14(1):40-49.

Cascade of HIV care – United States



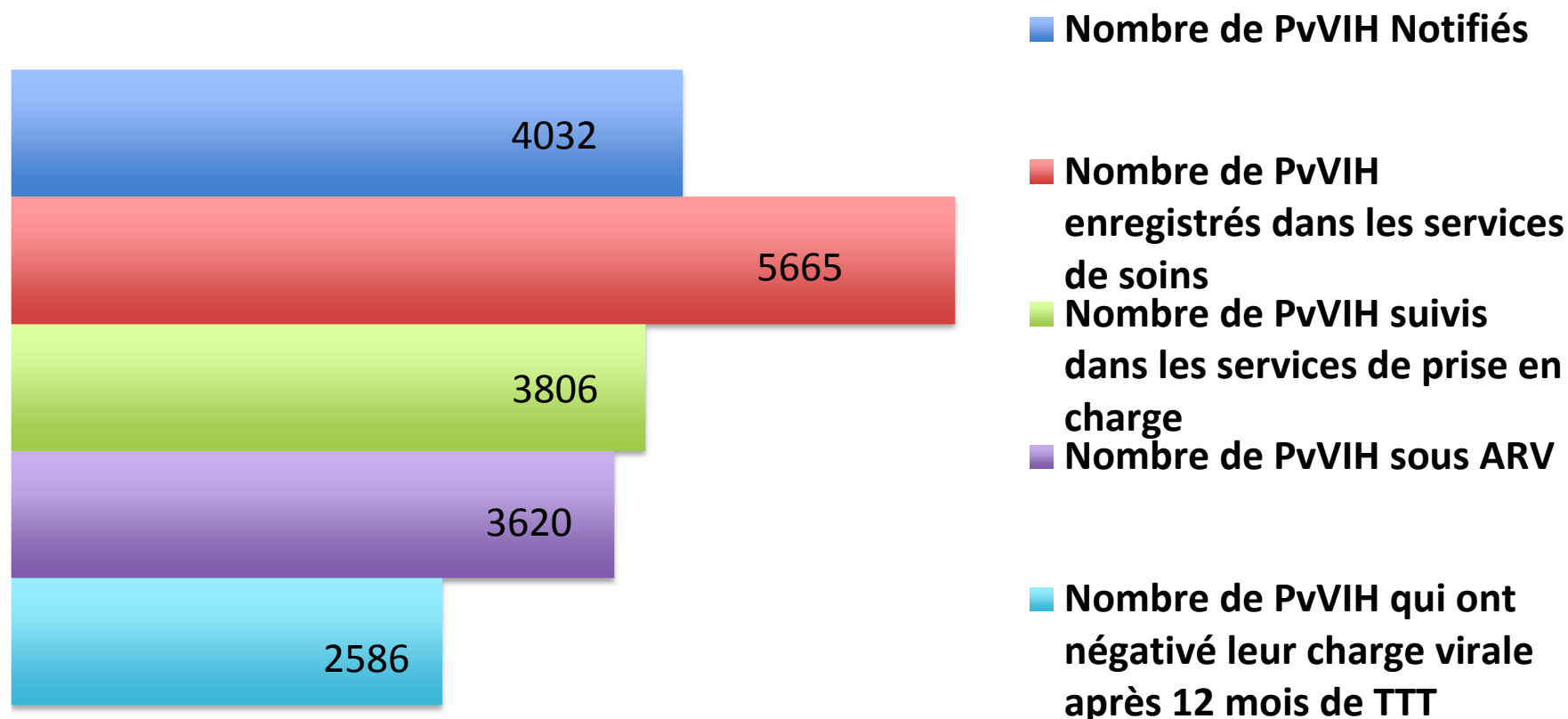
Reference: Heather Bradley, PhD, I. H. Irene Hall, PhD, I. Richard J. Wolitski et al. HIV Diagnosis, Care, and Treatment Among Persons Living with HIV – United States, 2011. November 28, 2014 / 68(47):1113-1117 available at http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6847a5.htm?s_cid=mm6847a5_wHrAb1

Hill et al. CROI 2015 [abstr 1118]



Analyse de la cascade VIH 2009-2013

Maroc

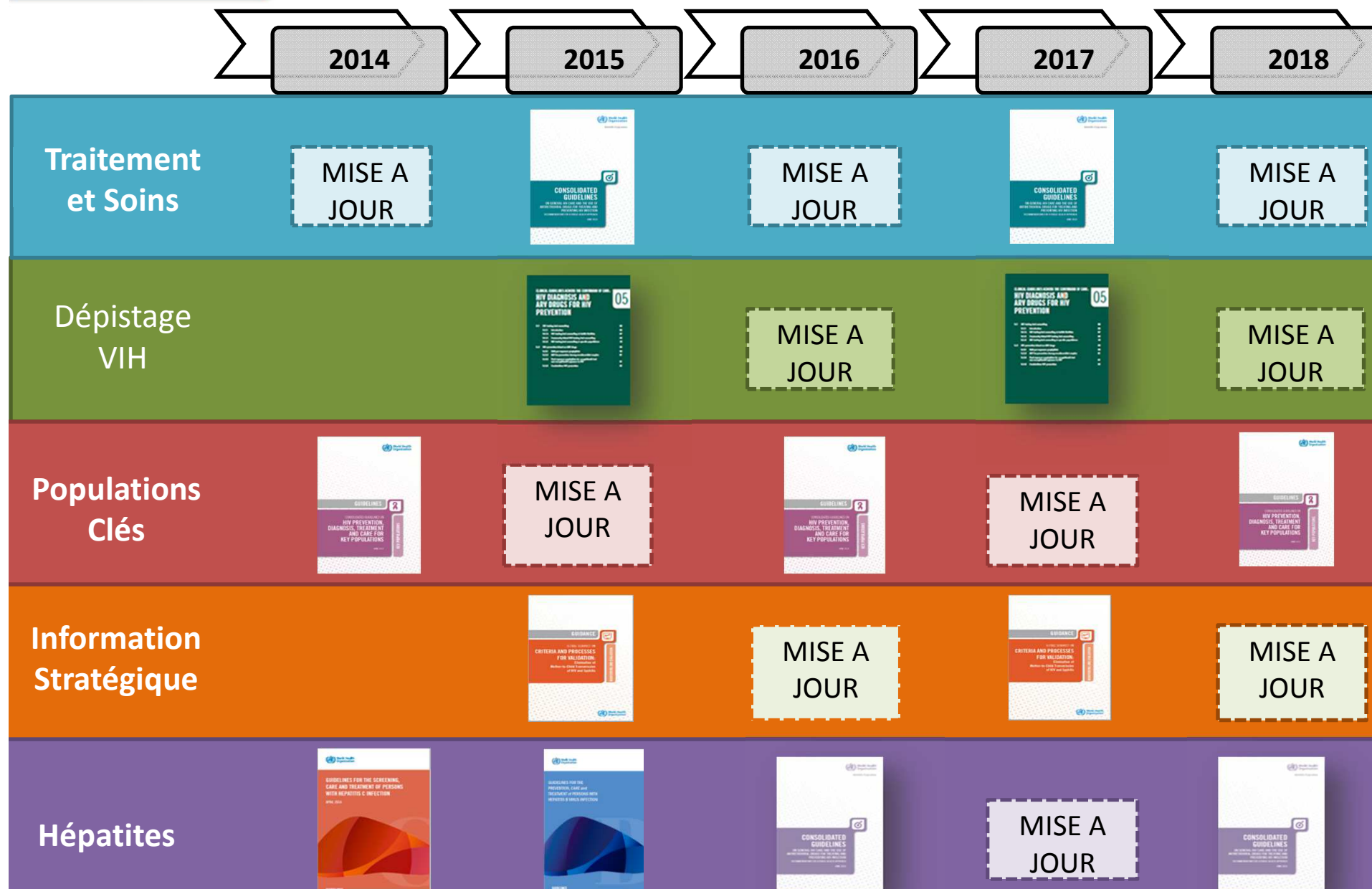


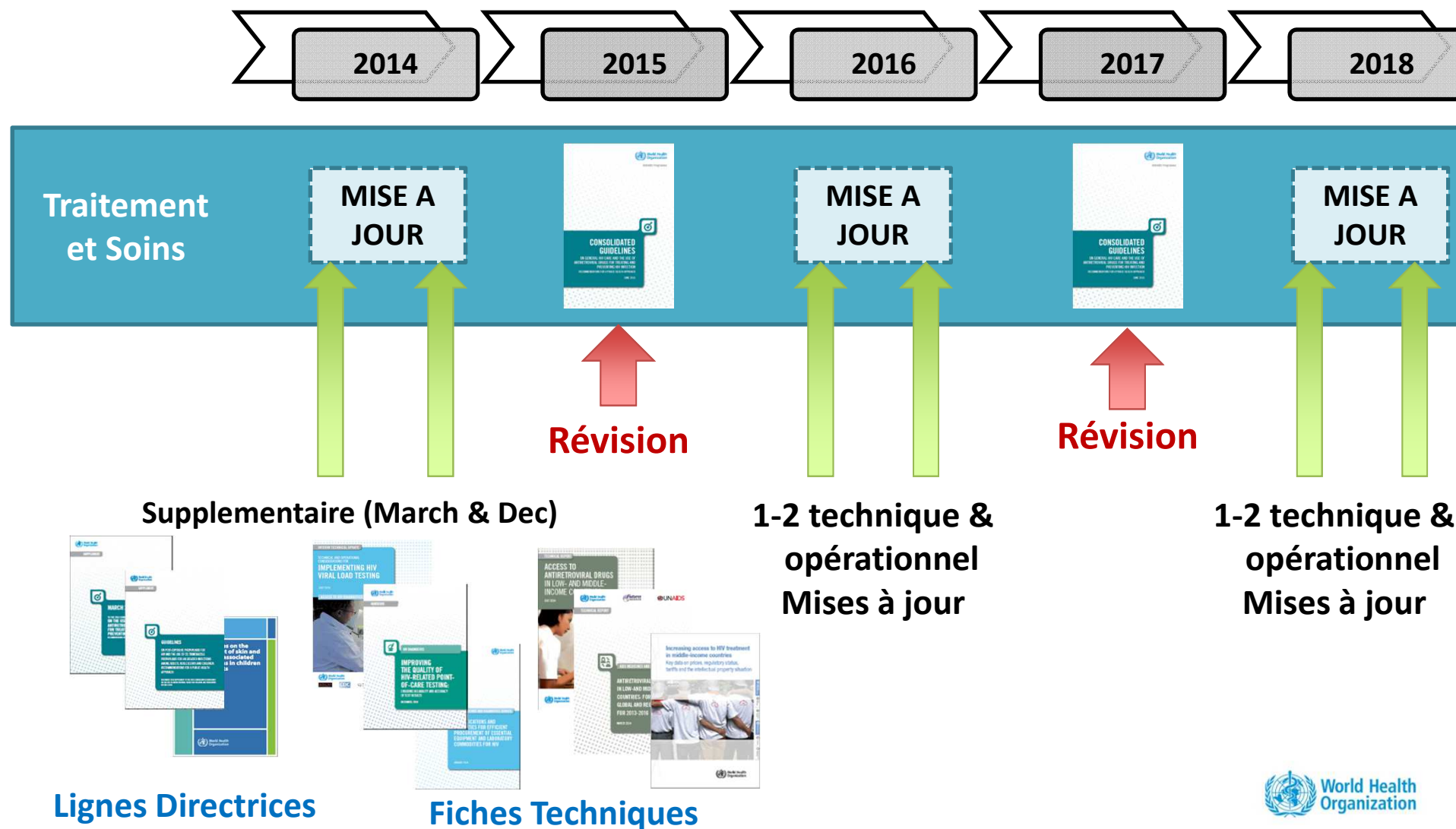
33% des PvVIH sont perdues entre l'enregistrement et le suivi dans les services de prise en charge

71% des PvVH ont négativé leur charges virales après 12 mois de traitement

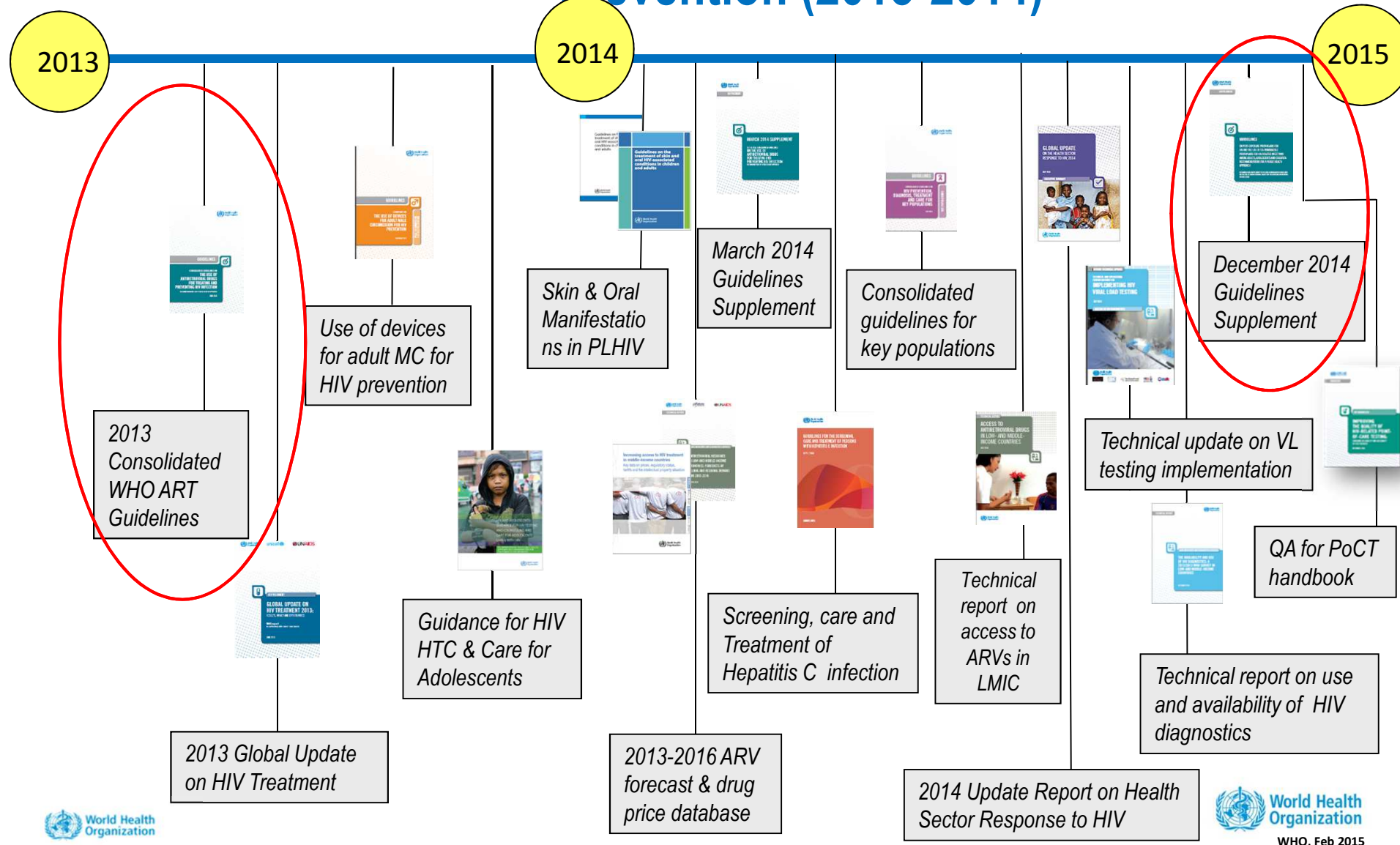


Calendrier des directives TARV





Les principaux documents normatifs OMS sur le traitement du VIH, des soins et de la prévention (2013-2014)



VIH-Prophylaxie post-exposition (PPE)



	ARVs de base	Troisième ARV
Adultes & adolescents		
Préféré	TDF+XTC	+ LPV/r or ATV/r
Alternative	TDF+XTC*	+ RAL/r or DRV/r ou EFV*
Enfants (≤ 10 years)		
Préféré	AZT+3TC	+ LPV/r
Alternative	TDF+XTC ABC+3TC	+ ATV, RAL, NVP (<3 years) and EFV* ou DRV (>3 years)

- AZT + 3TC en cas d'intolérance / contre-indication à TDF + XTC
- * préoccupations sur les effets secondaires du SNC

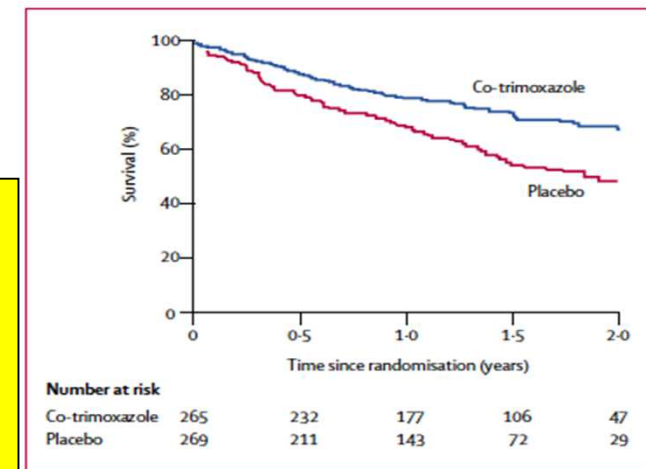
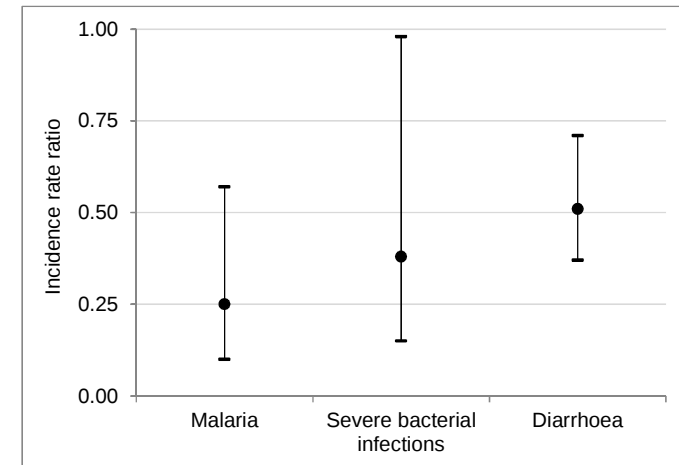


Quand commencer la prophylaxie CTX chez les adultes adolescents et les enfants: ce qui est nouveau



- La prophylaxie CTX est efficace pour réduire la mortalité, les infections bactériennes sévères, le paludisme et les hospitalisations
- Avantages de survie chez les enfants vivant avec le VIH indépendamment de l'âge et de la numération des CD4, en particulier dans les milieux à forte prévalence du paludisme et / ou des infections bactériennes sévères

Recommandation: Initier une prophylaxie CTX à toutes les PVVIH indépendamment de l'âge, la numération des CD4 ou du stade clinique OMS dans les milieux à forte prévalence du paludisme et / ou des infections bactériennes sévères.

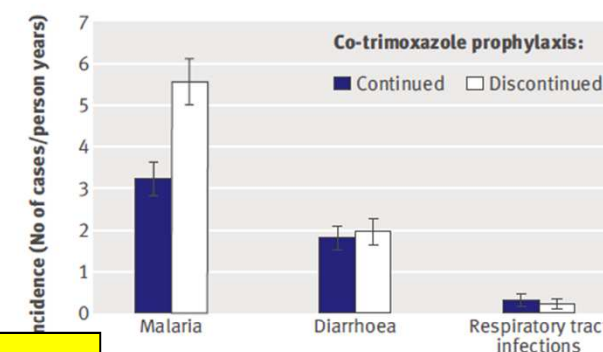
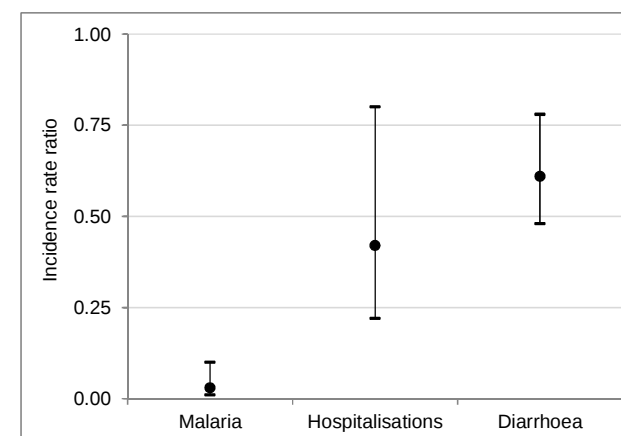




Quand arrêter la prophylaxie CTX chez les adultes adolescents et les enfants: ce qui est nouveau?



- Poursuivre CTX réduit le risque d'hospitalisation, le paludisme et la diarrhée chez les PVVIH dans les milieux à forte prévalence du paludisme et / ou des infections bactériennes sévères
- Essais cliniques soutiennent la poursuite de la prophylaxie CTX tout au long de l'enfance, dans les milieux à forte prévalence du paludisme et / ou des infections bactériennes sévères, afin de réduire les décès et les hospitalisations



Recommandation: Continuer CTX prophylaxie indépendamment du statut de ARV, l'âge, la numération des CD4 ou de l'OMS stade clinique dans les milieux à forte prévalence du paludisme et / ou des infections bactériennes sévères.

Plan de présentation

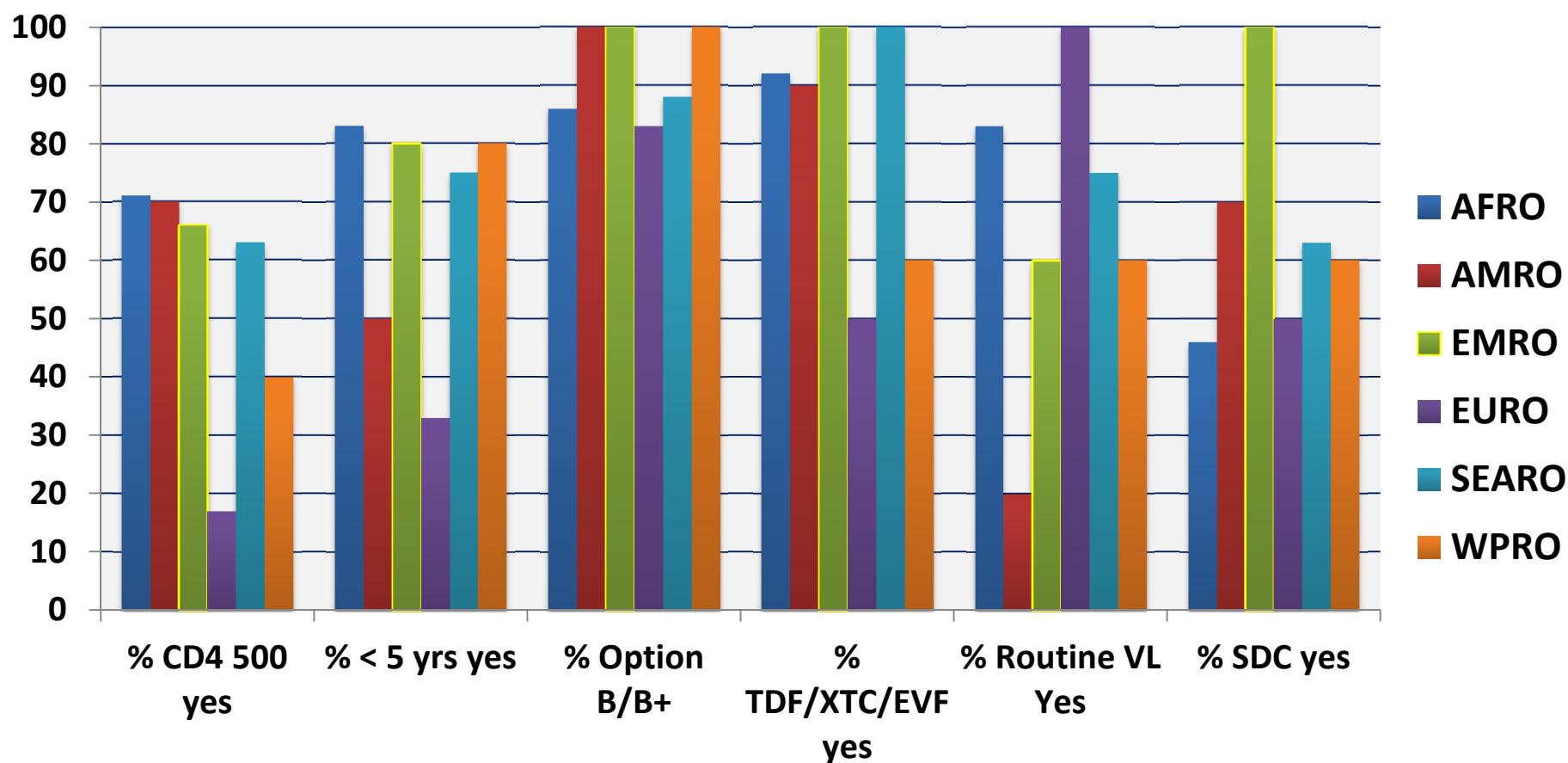
- Comment les Directives TARV OMS soutiennent le dépistage et le traitement précoce
- **Etat de la mise en œuvre des directives OMS et perspectives**
- Autres lignes directrices
 - Unifiées populations clés
 - Infection par l'hépatite C
 - Infection par l'hépatite B

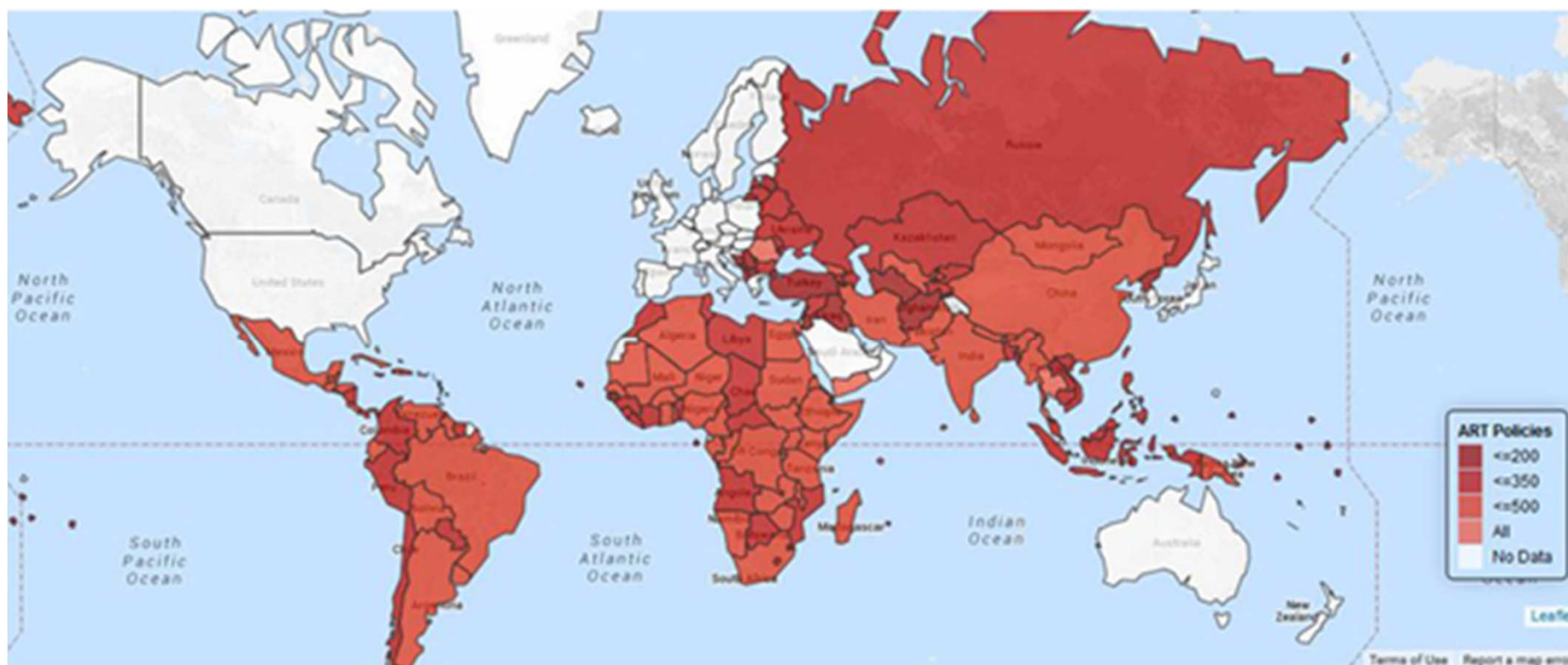


Avoir de l'impact dans les pays - 2013-14 Directives ARV

HIV/AIDS Department

Mise en œuvre des directives dans 58 pays cibles de l'OMS
fin 2014, par région

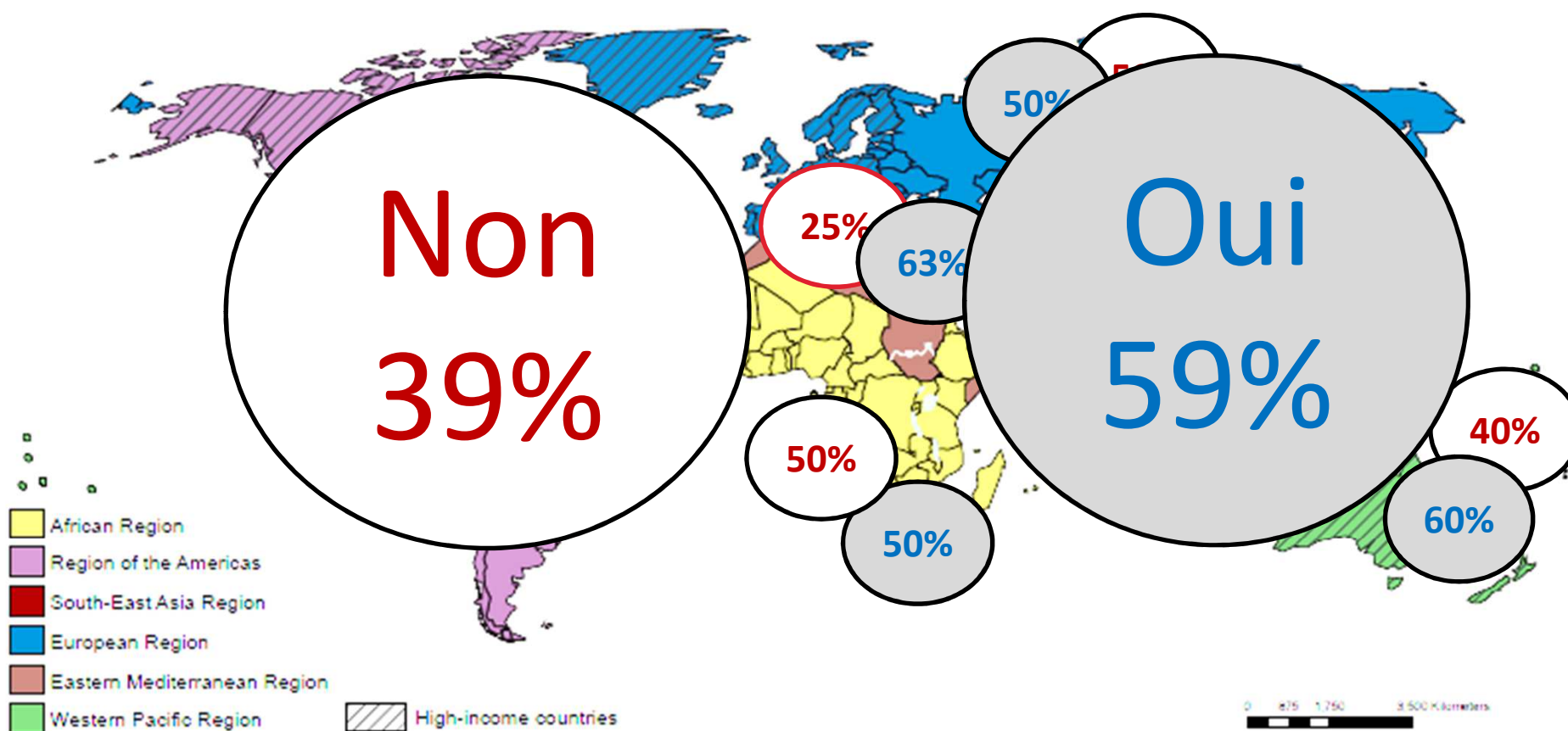






Mise en œuvre de la directive ART immédiate pour les couples sérodiscordants

58 pays cibles de l'OMS fin 2014, par région

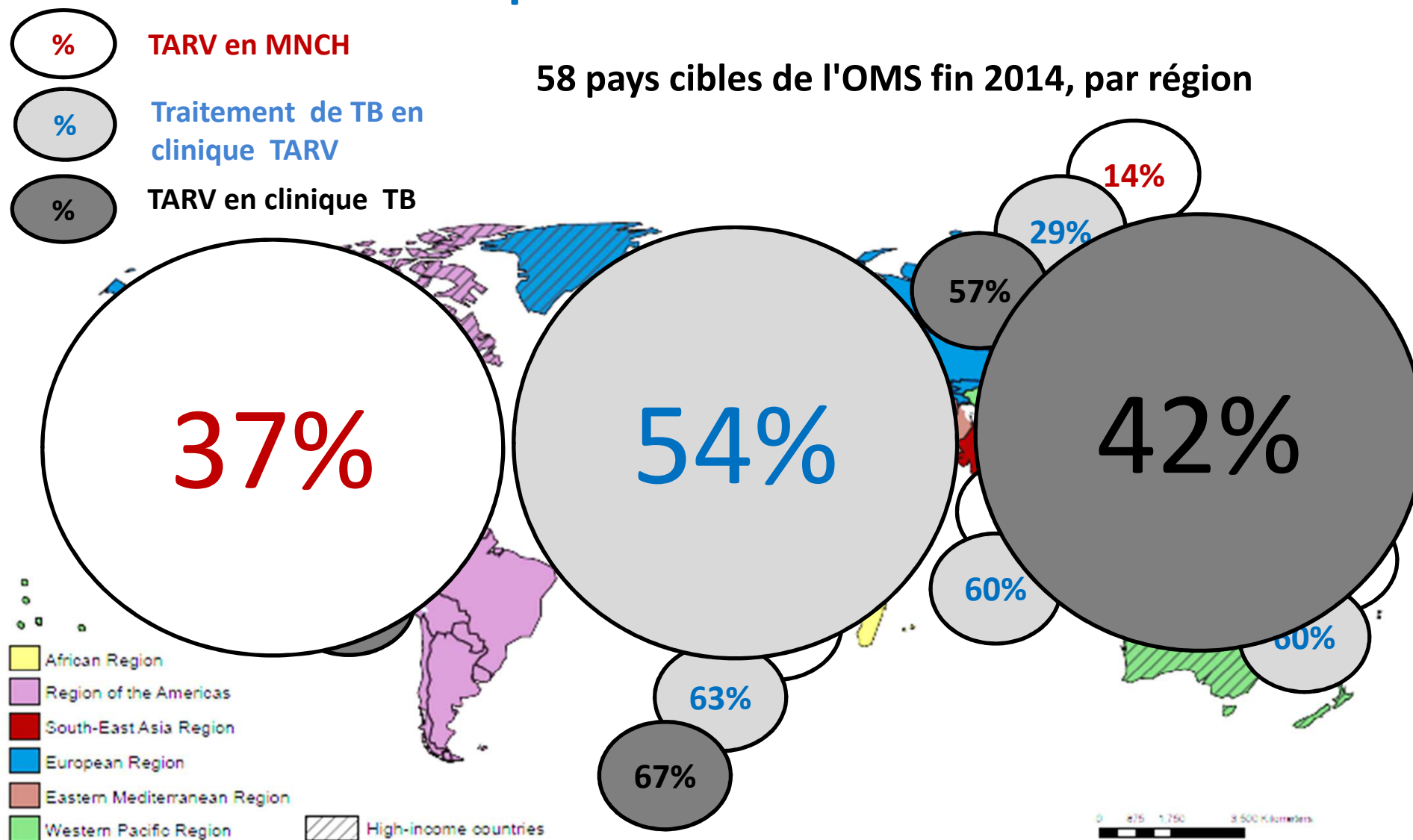


A partir de Oct 2014



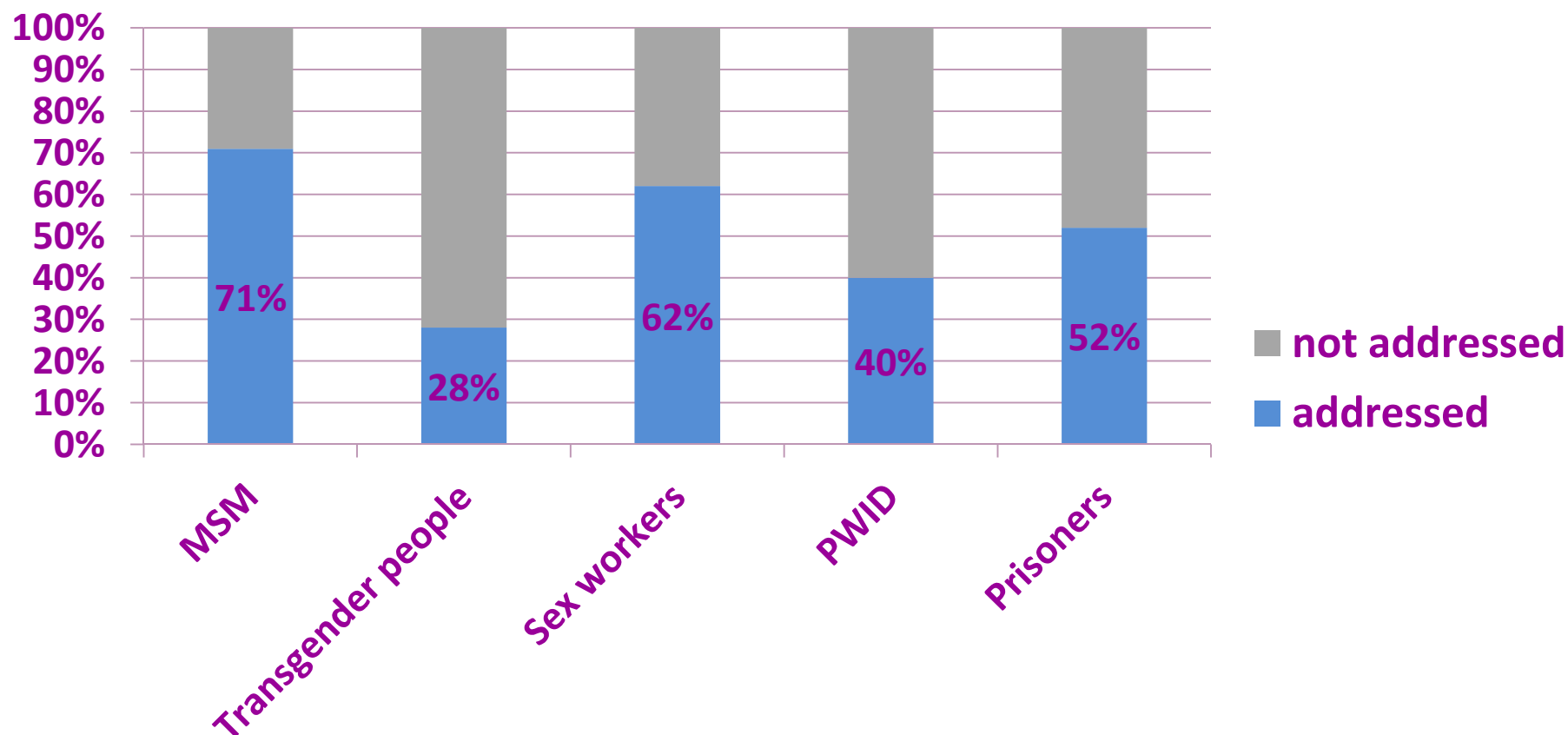
Recommandations de mise en œuvre opérationnelle et de service

HIV/AIDS Department

*A partir de July 2014*



Les lacunes dans les besoins des populations clés dans les plans nationaux sur le VIH



Pourcentage des 58 pays focaux VIH de l'OMS avec référence explicite confirmée aux populations clés spécifiques dans leur plan national VIH / SIDA, Juin 2014

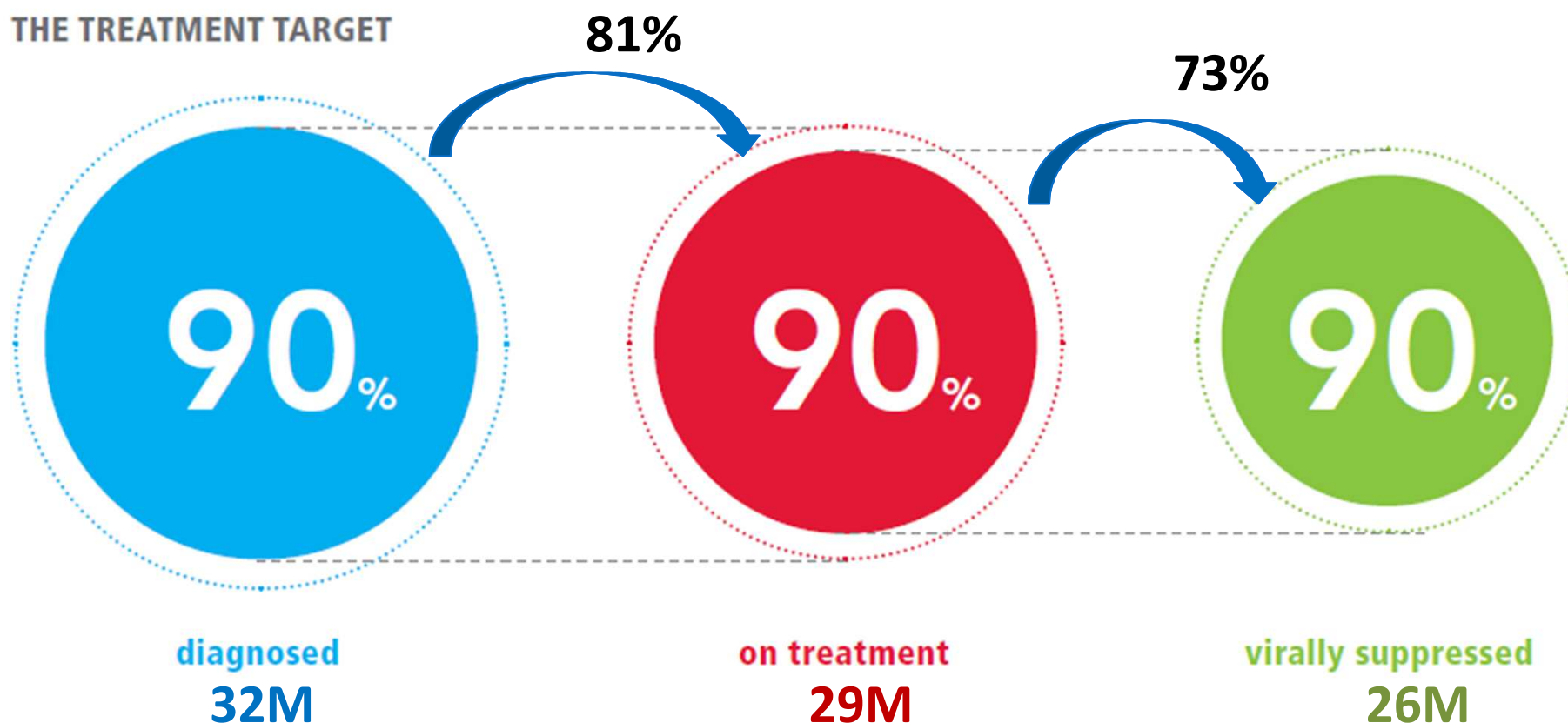


Stratégies et autres nouvelles initiatives

HIV/AIDS Department

qui influenceront sur notre travail

THE TREATMENT TARGET



De nouvelles initiatives mondiales:

- 1) Un traitement précoce - FAST TRACK, le PEPFAR 3.0
- 2) Initiative Accès aux Diagnostiques (DAI)
- 3) Pédiatrie - ACT, Double dividendes, PHTI, Adolescents - Tous compris!

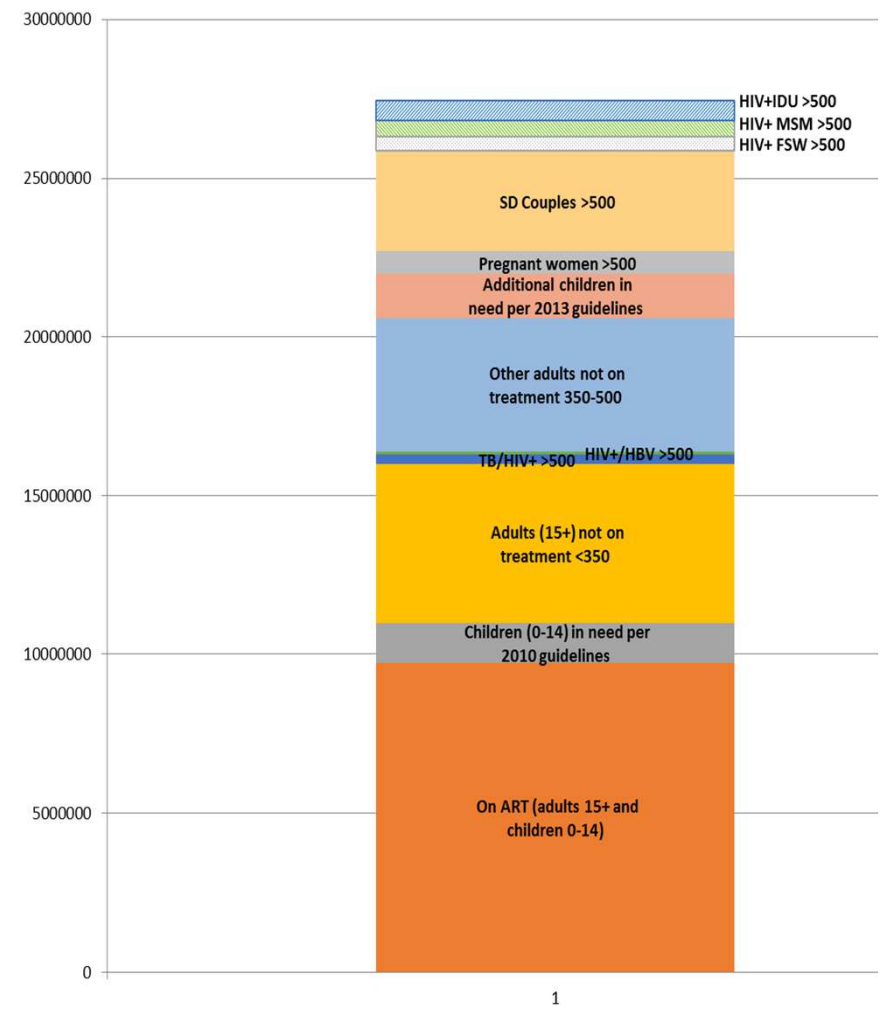
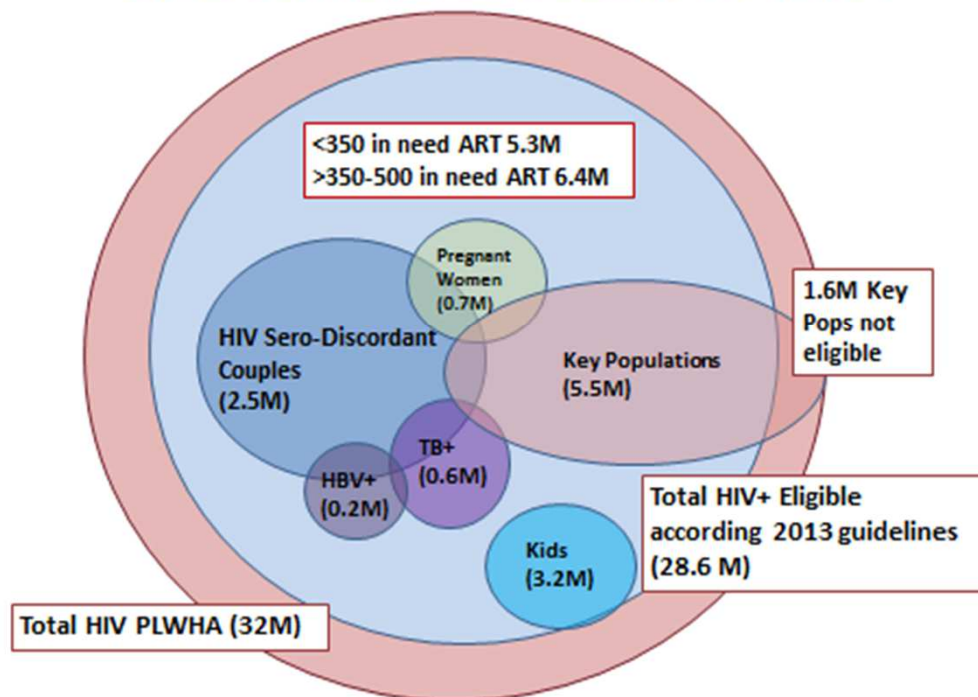
Si tous les critères d'éligibilité 2013 sont pleinement mis en œuvre: entre 85% -90% des PVVIH sont éligibles

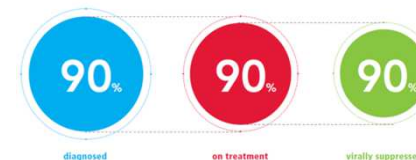
The impact and cost of the 2013 WHO recommendations on eligibility for antiretroviral therapy

John Stover^a, Chaitra Gopalappa^a, Mary Mahy^b, Meg C. Doherty^c, Philippa J. Easterbrook^c, Gundo Weiler^c and Peter D. Ghys^b

AIDS 2014, 28 (Suppl 2):S225–S230

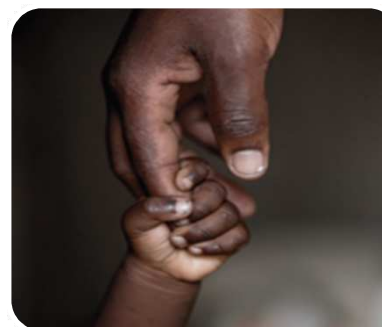
Global Estimated Distribution of PLWHA





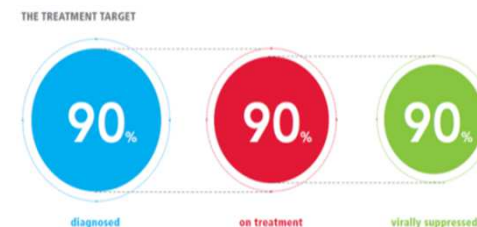
OMS Innovations dans le dépistage du VIH

- Auto dépistage
- Tests à la naissance possible et le dépistage du VIH intégré pour les enfants
- Dépistage ciblé dans les épidémies de faible prévalence
- Dépistage VIH et conseil à l'intérieur de campagnes de maladies



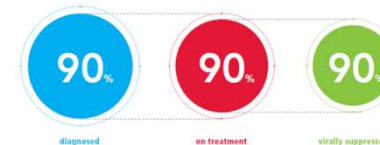


Ce que l'OMS attend: Innovations dans le traitement



- Des doses réduites pour les médicaments stratégiques (EFV, TDF, IP)
- Des combinaisons pour les 2ème et 3ème lignes
- Granules et combinaison 4 en 1 pour les enfants
- Les inhibiteurs d'intégrase à la fois pour les 1ère et 2e lignes
- DRV en combinaison boostée



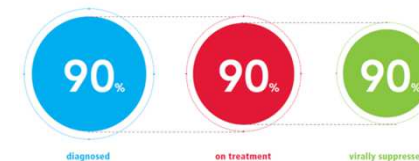


Innovations en matière de prestation de service

Apporter des services ARV plus proches pour le patient:

- Le transfert des tâches / partage, y compris en pédiatrie
- Intégration et décentralisation
- Modèles de prestation des ARV à base communautaire
- L'utilisation de POC CD4 au Point De Traitement pour une liaison / un engagement rapide





Innovations dans les Diagnostiques

- Accroître les options et les plates-formes
- Maintenir la qualité



Suivi ciblé de la charge virale
(suspicion d'insuffisance clinique
ou immunologique)

Suivi de la charge virale en routine
(de la détection précoce des
échec virologique)

Justification: surveillance de la charge virale

Test charge virale

Charge virale >1000 copies/ml

NEW

Évaluer si préoccupations sur
l'observance

Répéter Tests de charge virale
après 3-6 mois

Charge virale ≤ 1000
copies/ml

Maintenir traitement
de première ligne

Charge virale >1000
copies/ml

Mettre sous traitement
de deuxième ligne





CE QU'IL FAUT FAIRE?

- Quand commencer ou substituer
- Quel schéma utiliser
- Comment surveiller
- Co-infections
- **VIH et NCDS**
- **Adolescents**
- **Croissance et développement**
- **Toxicité des médicaments**

Comment décider?

Les approches de priorisation et séquençage

- **Des trousse d'outils pour l'adaptation et la mise en œuvre pays**

Clinique

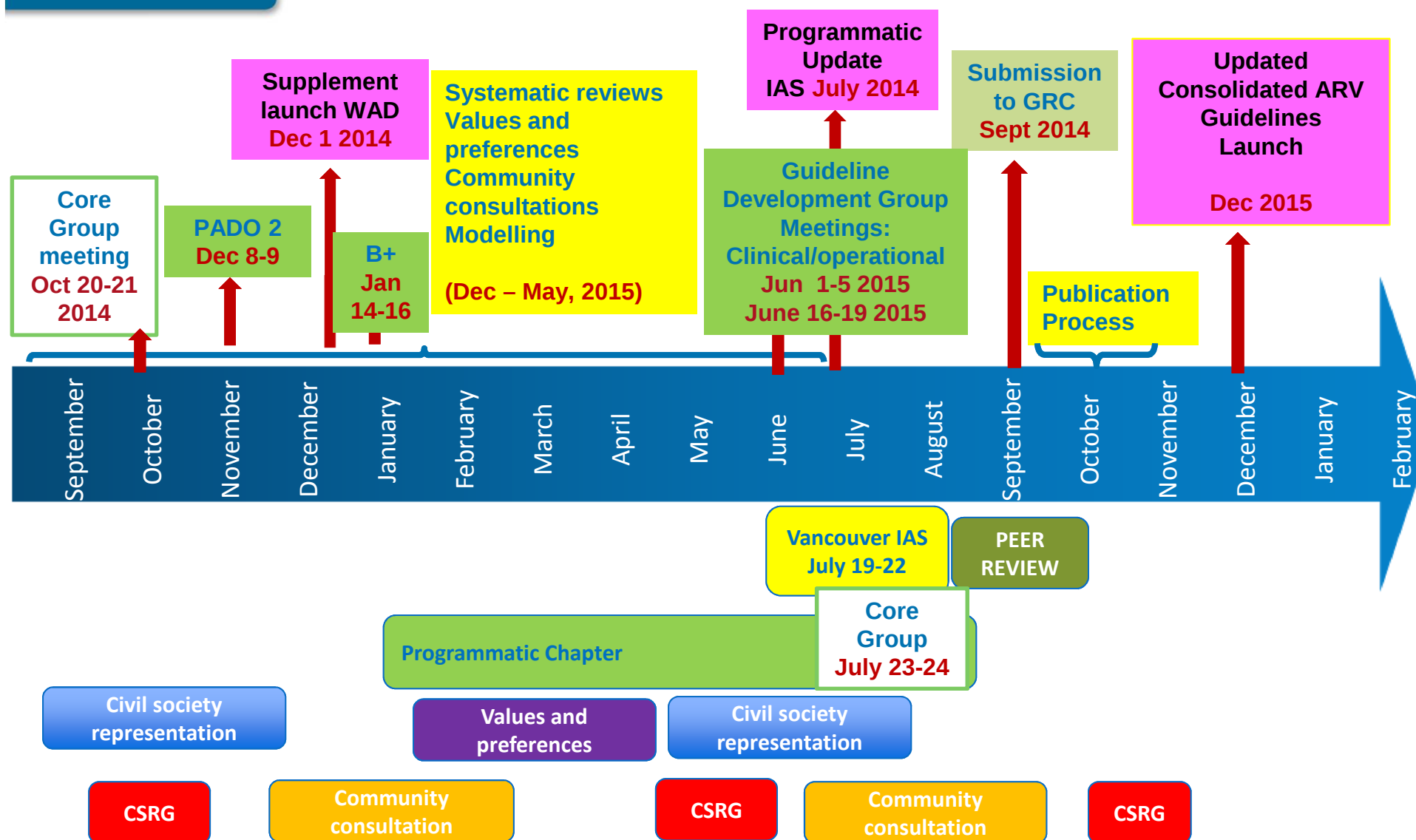
Opérationnel
&
prestations
de services

Priorités
programmatiques

COMMENT faire et comment le faire bien?

- **Paquets de soins (Adaptive soins)**
- **Les prestations de services**
- **Qualité des soins**
- **diagnostiques**
- **Circuit du médicament et diagnostique**

Calendrier Lignes Directrices 2015 HIV/AIDS Department



Plan de présentation

- Comment les Directives TARV OMS soutiennent le dépistage et le traitement précoce
- Etat de la mise en œuvre des directives OMS et perspectives
- **Autres lignes directrices**
 - **Unifiées populations clés**
 - **Infection par l'hépatite C**
 - **Infection par l'hépatite B**



OMS Lignes directrices Populations Clés 2014

Cinq populations clés: Adultes et adolescents

- Les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes
- Les gens dans les prisons et les milieux fermés
- Les personnes qui injectent des drogues
- Les travailleurs du sexe
- Populations transgenres, avec un accent sur les femmes transgenres

Pourquoi considérer les adolescent?

- Le risque de VIH et la vulnérabilité accrue dans tous les milieux
- Moins d'accès aux services
- Stigmatisation et discrimination accrue, et environnement juridique punitif
- Questions juridiques supplémentaires et consentement de services





Nouvelle recommandation: PPrE (PrEP) pour les HSM/MSM

Parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, la **PPrE est recommandée comme un choix supplémentaire de prévention du VIH dans un ensemble complet de prévention du VIH** (*forte recommandation, données de bonne qualité*).

- PPrE est meilleure si offerte comme une composante d'un ensemble complet d'interventions de prévention du VIH.

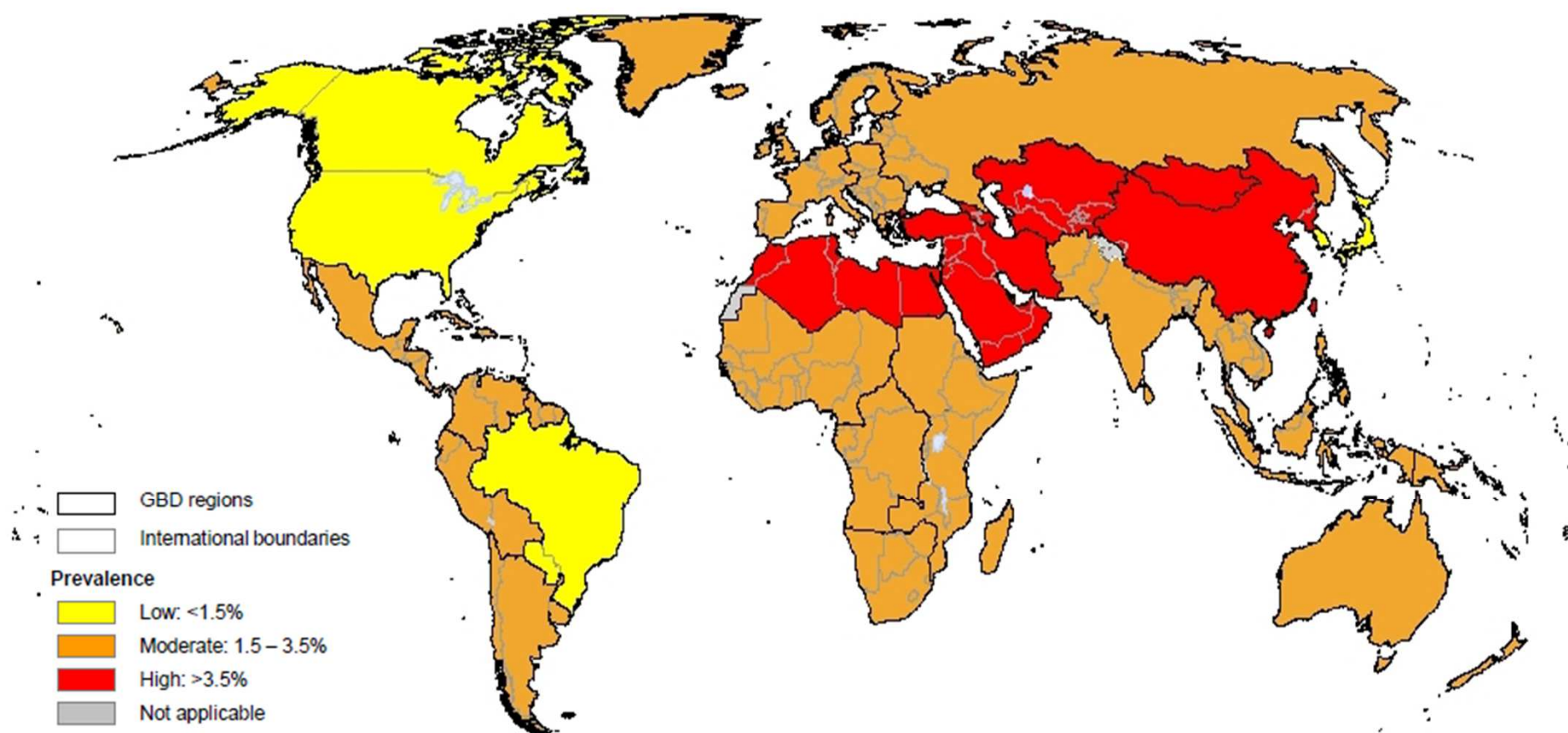
Délivrance communautaire de la naloxone

Les personnes susceptibles de surdose d'opiacés devraient **avoir accès à la naloxone et être formé à son utilisation pour la gestion d'une urgence de soupçon de surdosage opioïde** (*forte recommandation, données de qualité moyenne*)



La prévalence mondiale de l'infection de l'hépatite C, 2005 adultes (19-49 ans)

HIV/AIDS Department

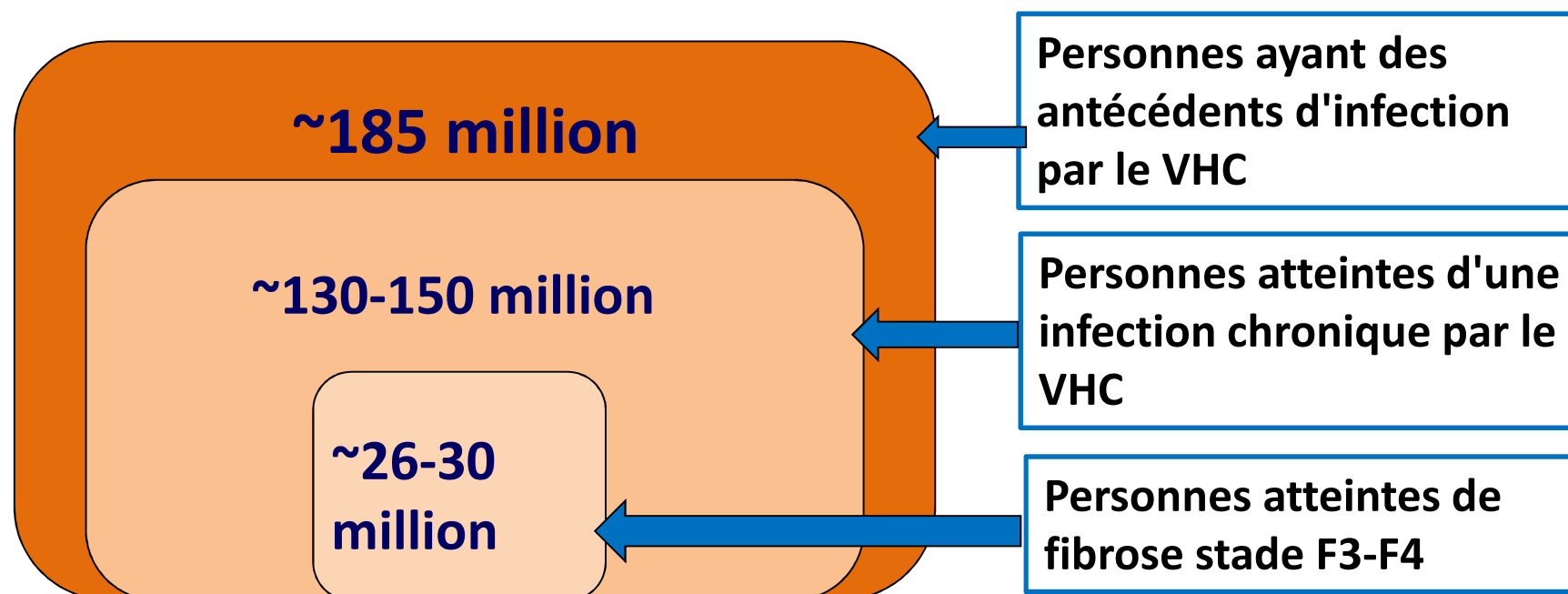


Source: Hannafiah et al. Hepatology 2013



Combien de personnes ont besoin de traitement du VHC?

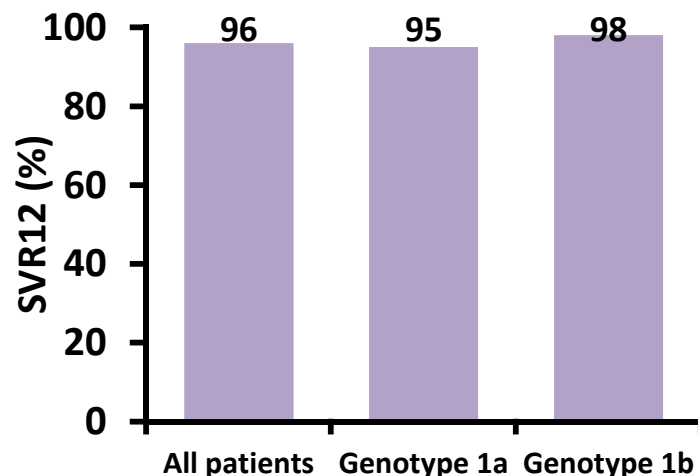
HIV/AIDS Department



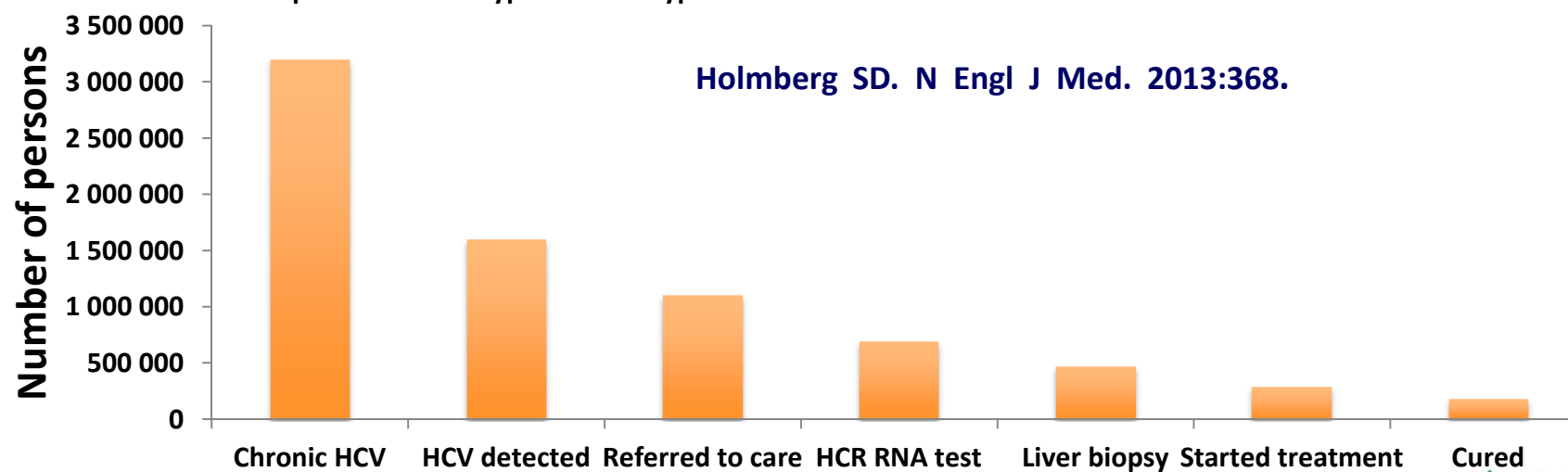
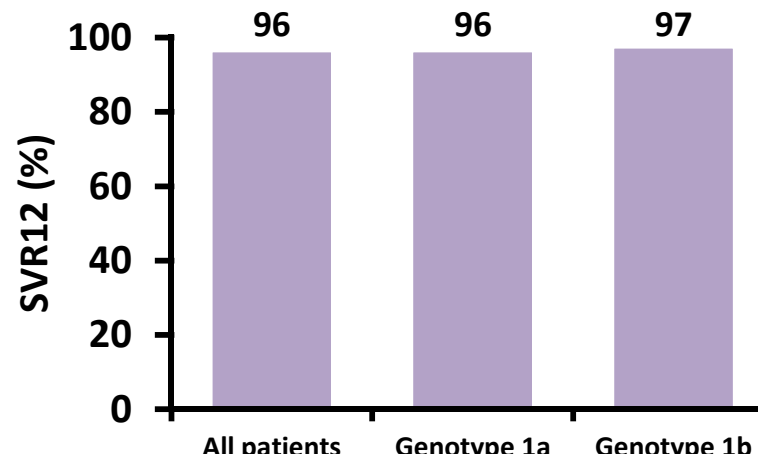


Traitement VHC - Passer de l'efficience à l'efficacité

SAPPHERE-1, Feld et al



SAPPHERE-2, Zeuzem et al



Holmberg SD. N Engl J Med. 2013;368.



Recommandations de l'OMS pour l'hépatite C (2014)



Recommandations

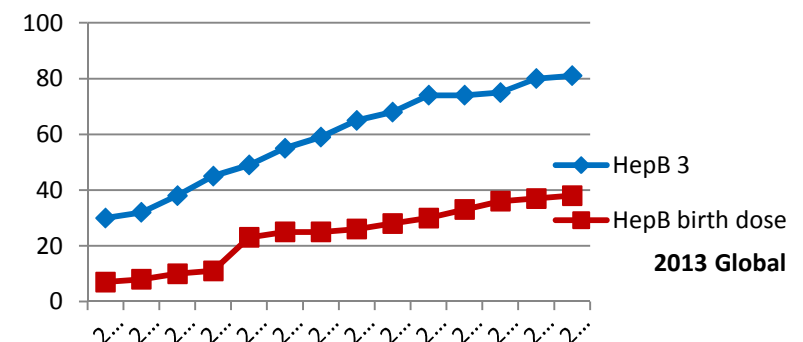
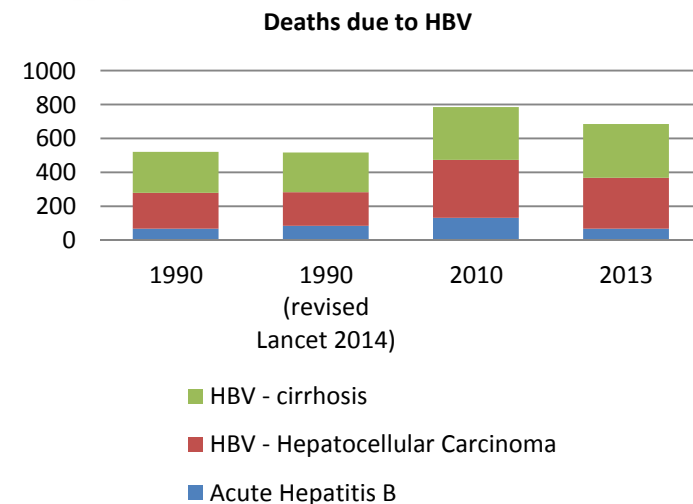
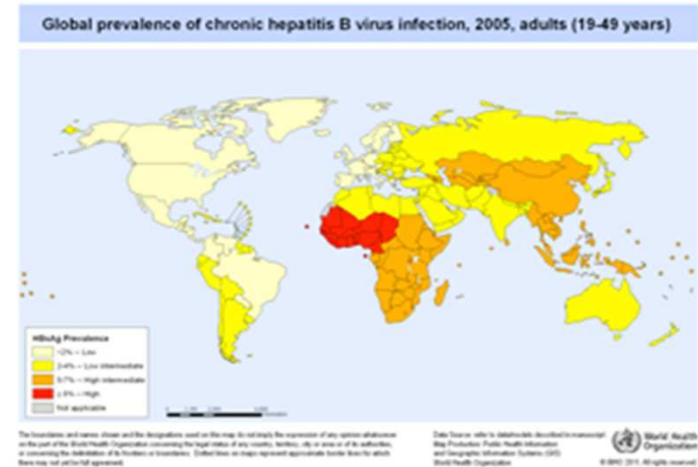
- Test VHC Ab offertes aux personnes faisant partie d'une population à haute prévalence du VHC ou à risque d'exposition au VHC
- tests ARN suivant VHC essai Ab pour établir le diagnostic d'une infection active et pour l'évaluation de traitement
- Utilisez tests non invasifs (APRI ou FIB4) pour l'évaluation de la fibrose hépatique
- PEG-IFN + ribavirine plutôt que la norme non PEG-IFN + ribavirine
- Telaprevir or boceprevir chez le genotype 1
- **Sofosbuvir + ribavirine ± PEG-IFN chez les génotypes 1, 2, 3 et 4**
- **Simeprevir + PEG-IFN + Ribavirin chez le genotype 1**

L'infection de hépatite B

- L'infection chronique par le VHB (CHB) est une cause importante de morbidité et de mortalité:
 - **240 millions de personnes avec CHB**
 - **686 000 décès annuels**
- Programme mondial de vaccination du VHB infantile a conduit à la diminution significative de la prévalence
- Test du VHB très limité et de faibles niveaux de couverture du traitement dans les pays a ressources limitées

† Ott J. et al. Vaccine 2012. & Murray, C. et al The Lancet 2014.

‡ WHO Position Paper. 2012





Recommandations VHB indicatives (2015)



RECOMMANDATION

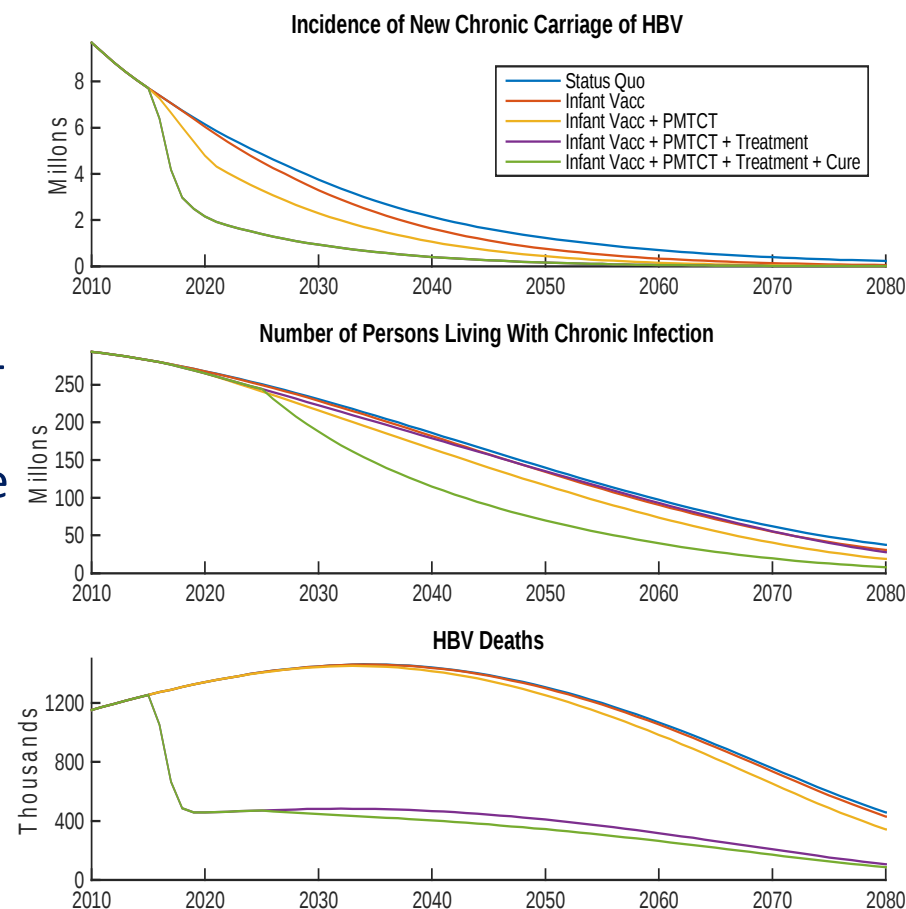
- **APRI préféré NIT pour évaluer la présence de cirrhose**
- **Traiter tous les malades avec une cirrhose décompensée ou une cirrhose** (critères cliniques ou le score APRI > 2)
- Traiter tous les niveaux, sans cirrhose, mais avec ALT constamment anormaux +/- réplication continue du VHB (ADN du VHB > 20 000 UI / ml ou HBeAg + ve).
- **Traiter avec des médicaments ayant une haute barrière à la résistance (TDF ou ETV).**
- **ETV chez les enfants âgés de 2 à 11 ans.**
- Passez à TDF si la preuve de la résistance au 3TC, ETV, ADF, TBV.
- Ne jamais arrêter chez les personnes souffrant d'une cirrhose.
- En l'absence de cirrhose, arrêt au cas par cas,
- **Surveiller - traitement ou pré-traitement:** ALT + ADN du VHB (HBsAg, HBeAg + APRI pré-traitement) chaque année.
- Évaluation de la fonction rénale initiale avant l'initiation du traitement.
- **HCC surveillance:** Ultrason + AFP tous les 6 mois chez les personnes souffrant d'une cirrhose et / ou des antécédents familiaux de CHC.



Quel pourrait être l'impact des nouvelles directives de traitement du VHB?

- **Modélisation de l'impact du paquet de traitement + la prévention intégrée sur l'incidence et la mortalité**
- Basé sur une couverture élevée de:
 - La vaccination des nourrissons + l'accès universel à la sécurité transfusionnelle et des injections + réduction des risques
 - Mise à l'échelle de diagnostic et de traitement
- Objectifs réalisables d'ici 2030?
 - Réduction de 90% des nouveaux cas d'infection chronique
 - Réduction de 65% des décès par le VHB
 - Décès de 13M évités, des cancers 6M

IMPACT (Mortality, incidence)





WHO/Michael Jensen



WHO



WHO/Viktor Suvorov

With global HIV goals now within reach, WHO is delivering results where it counts – in countries, for communities and people living with and affected by HIV.

Resources and contact

To learn more about the WHO HIV Programme, please visit our website at www.who.int/hiv

For more information, contact:

World Health Organization
Department of HIV/AIDS
20, avenue Appia
1211 Geneva 27
Switzerland
E-mail: hiv-aids@who.int

