

LIGNES DIRECTRICES POUR LA PRISE EN CHARGE DU STADE AVANCÉ DE LA MALADIE À VIH ET L'INITIATION RAPIDE DU TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL

JUILLET 2017



Une personne sur trois vivant avec le VIH se présente dans les services de soins à un stade avancé

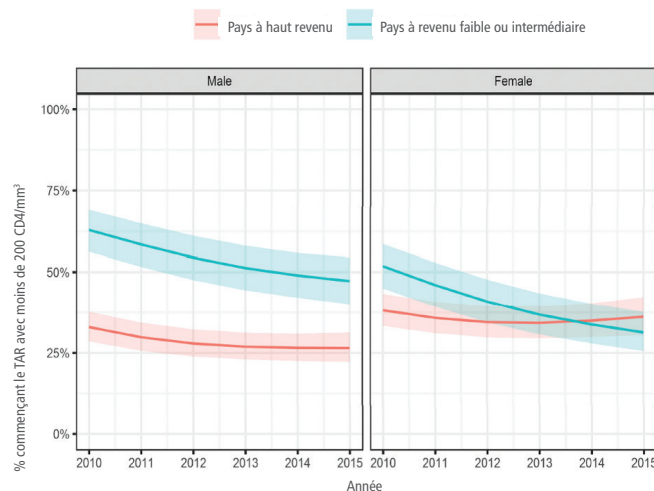
Qu'est-ce que la maladie à VIH à un stade avancé?

La charge de morbidité et la mortalité associées à l'infection à VIH ont baissé ces 10 dernières années avec le développement de l'accès aux traitements antirétroviraux (TAR). Néanmoins, environ une personne sur trois vivant avec le VIH se présente dans les services de soins à un stade avancé (Figure 1) et cette proportion est plus élevée dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Il s'y ajoute un certain nombre de personnes qui reviennent aux soins elles aussi à un stade avancé après une interruption de leur traitement.

Les personnes à un stade avancé de la maladie à VIH sont exposées à un risque élevé de décès, même après avoir commencé le TAR, ce risque augmentant avec la baisse de la numération des CD4. Les causes les plus courantes de mortalité sont la tuberculose, les infections bactériennes sévères et la méningite à cryptocoque.

L'OMS a publié de nouvelles lignes directrices recommandant que les personnes présentant un stade avancé de la maladie à VIH reçoivent un paquet défini de soins, qui comprend le dépistage, le traitement et la prévention d'infections opportunistes majeures, afin de réduire la morbidité et la mortalité.

Figure 1. Proportion de personnes à un stade avancé de l'infection à VIH et commençant le TAR en fonction du sexe et du groupe de revenu auquel appartiennent les pays, 2010-2015¹



Patient a stade avancé de l'infection à VIH, Conakry, Guinée. N'gadi Ikram/MSF. 2014

L'OMS donne la définition suivante du stade avancé:

- **pour les adultes, les adolescents et les enfants âgés ≥ 5 ans**, la maladie à VIH à un stade avancé se définit par une numération des CD4 < 200 cellules/mm³ ou une manifestation caractéristique d'un stade clinique III ou IV selon la classification de l'OMS.
- **tous les enfants âgés < 5 ans** ayant une infection à VIH sont considérés comme étant à un stade avancé².

¹ Résultats basés sur 951 855 adultes dans 55 pays après imputation des données manquantes. Les zones ombrées représentent les intervalles de confiance à 95 %. Source : Collaboration leDEA/COHERE-OMS.

² La plupart des enfants ayant le VIH se présentent dans les services de soins à un stade avancé d'immunosuppression et courent un risque élevé d'évolution de la maladie et de mortalité, quel que soit leur état clinique et immunitaire. De plus, les définitions variables de la numération des CD4 en fonction de l'âge pour établir un état avancé d'immunosuppression chez l'enfant de moins de cinq ans porteur du VIH rendent difficile leur application dans un cadre programmatique.

Que recommande l'OMS?

Pour réduire la morbidité et la mortalité associées au VIH, l'OMS recommande de fournir un ensemble défini d'intervention comportant le dépistage, le traitement et la prophylaxie des principales infections opportunistes, l'initiation rapide du traitement antirétroviral (TAR) et un soutien intensifié à l'observance du traitement. Cet ensemble de mesures doit être proposé à toutes les personnes se présentant à un stade avancé de la maladie à VIH, y compris celles qui reviennent aux soins après une période d'interruption du TAR.

La numération initiale des CD4 demeure importante pour identifier ceux qui sont à un stade avancé de la maladie à VIH et à qui il faut proposer cet ensemble d'interventions.

Éléments de l'ensemble d'interventions

Plusieurs essais randomisés de grande ampleur ont montré que la prestation d'un ensemble d'interventions peut diminuer la morbidité et la mortalité associées au stade avancé de la maladie à VIH. L'OMS recommande déjà chacun des éléments contenus dans cet ensemble et ils sont réunis dans un ensemble d'interventions prioritaires standardisé, simplifié et fondé sur des bases factuelles.

Nouvelle recommandation

Un ensemble d'interventions comportant le dépistage, le traitement et/ou la prophylaxie des principales infections opportunistes, la mise en route rapide du TAR et un soutien intensifié à l'observance du traitement doit être proposé à toute personne se présentant à un stade avancé de la maladie à VIH (*forte recommandation, données de qualité moyenne*).

Table 1: Éléments de l'ensemble d'interventions pour la maladie à VIH à un stade avancé

Domaines	Intervention	Numération des CD4	Adultes et adolescents	Enfants
Dépistage et diagnostic	Xpert MTB/RIF sur les expectorations comme premier test de diagnostic de la tuberculose chez les patients symptomatiques	Quel que soit le résultat	Oui	Oui
	Test urinaire « LAM » pour le diagnostic de la tuberculose chez les patients présentant des signes et symptômes de cette maladie	≤100 cellules/mm ³ ou quel que soit le résultat si gravement malade	Oui	Oui*
	Dépistage de l'antigène cryptococcique (CrAg)	≤ 100 cellules/mm ³	Oui	Non
Prophylaxie et traitement préemptif	Prophylaxie au cotrimoxazole [§]	≤350 cellules/mm ³ ou événement significatif du stade clinique III ou IV selon l'OMS. Quel que soit le résultat de la numération des CD4 en situation de forte prévalence du paludisme et/ou d'infections bactériennes sévères	Oui	Oui**
	Traitement antituberculeux préventif [§]	Quel que soit le résultat	Oui	Oui [#]
	Traitement préemptif au fluconazole pour les patients positifs au CrAg sans méningite apparente	< 100 cellules/mm ³	Oui	Sans objet (Dépistage déconseillé)
	Initiation rapide du TAR	Quel que soit le résultat	Oui	Oui
Initiation du TAR	Différer la mise en route du TAR si les signes et symptômes cliniques sont évocateurs d'une tuberculose ou d'une méningite à cryptocoque	Quel que soit le résultat	Oui	Oui
Soutien adapté à l'observance	Tailored counselling to ensure optimal adherence to advance disease care package, including home visits if feasible	< 200 cellules/mm ³	Oui	Oui

Pour les enfants âgés <12 mois, seuls ceux ayant des antécédents de contacts avec des cas de tuberculose auront le traitement antituberculeux préventif si l'évaluation ne met pas en évidence de tuberculose évolutive.

** La priorité sera donnée à tous les enfants de moins de cinq ans quels que soient la numération des CD4 ou le stade clinique, ainsi qu'à ceux étant à un stade clinique sévère ou avancé de la maladie à VIH (événement significatif du stade clinique III ou IV selon la classification de l'OMS et/ou ceux ayant une numération des CD4 ≤350 cellules/mm³).

§ On trouve le cotrimoxazole, l'isoniazide et la pyridoxine sous forme d'associations à doses fixes en comprimés.

* Données disponibles limitées pour les enfants.

Mise en œuvre de l'ensemble d'interventions

L'ensemble de soins pour les personnes à un stade avancé de la maladie à VIH doit être proposé dans les hôpitaux comme dans les dispensaires décentralisés de soins primaires selon l'état clinique du patient (ambulatoire ou nécessitant une hospitalisation), les compétences cliniques des personnels de santé et l'accès aux diagnostics dans les établissements.

Néanmoins, pour étendre l'accès à cet ensemble d'interventions, on encouragera l'amélioration de l'accès dans les sites périphériques au moyen d'équipes mobiles ou de la décentralisation. La fourniture de tests diagnostiques à faire sur le lieu des soins au niveau périphérique (numération des CD4, recherche de l'antigène cryptococcique, test urinaire « LAM » et Xpert® MTB/RIF) là où c'est faisable y contribuera, de même que des systèmes de transport des échantillons.

Là où les soins ont été décentralisés, des critères clairs d'orientation-recours doivent être établis pour garantir que les personnes nécessitant des examens plus approfondis ou une prise en charge par un spécialiste bénéficient de ces services en temps utile. De même, les mécanismes d'orientation et une communication optimale après la sortie doivent être mis en place pour le dispensaire périphérique et garantir un suivi suffisant (par exemple la poursuite du fluconazole, du traitement antituberculeux ou le moment du passage au TAR de seconde intention pour les personnes en situation d'échec thérapeutique).

Lorsque les orientations ne sont pas possibles en raison du coût ou des distances, il faut demander conseil à un clinicien expérimenté et, s'il est indiqué, un traitement présomptif sera entrepris sur le site périphérique. L'orientation et l'évaluation des patients ne doivent pas entraîner des retards injustifiés dans la mise en route du TAR et de la prophylaxie.



La délégation des tâches au personnel infirmier et à d'autres agents de santé de niveau intermédiaire pour la prise en charge des patients à un stade avancé de la maladie à VIH doit s'appuyer sur la formation, la supervision, le mentorat et des voies appropriées de soins et de transfert des patients pour ceux qui nécessitent des examens ou une prise en charge plus approfondis. Les tests diagnostiques sur le lieu des soins (par exemple la numération des CD4, le dépistage de l'antigène cryptococcique, le test urinaire « LAM » et Xpert® MTB/RIF) ou les systèmes de transport des échantillons de laboratoire peuvent faciliter la délégation des tâches et la prestation de l'ensemble des interventions sur les sites périphériques.

Initiation rapide du traitement antirétroviral

L'établissement du lien entre les personnes donnant un test positif pour le VIH et les services de TAR est difficile pour les programmes et, dans le passé, un grand nombre de personnes ont été perdues de vue au cours de la période entre le dépistage et l'initiation du TAR. L'attention s'est récemment portée sur la rapidité avec laquelle on pouvait commencer le TAR après la confirmation du diagnostic, voire le jour-même, et si cela pouvait réduire les abandons avant le commencement du TAR et améliorer les issues cliniques.

L'OMS a publié de nouvelles lignes directrices sur la rapidité avec laquelle démarrer le TAR pour les personnes qui sont prêtes à commencer le traitement après un diagnostic confirmé de VIH.

Que recommande l'OMS?

L'OMS recommande de démarrer rapidement le TAR pour toutes les personnes vivant avec le VIH, c'est-à-dire dans les sept jours suivant un diagnostic positif, dans la mesure où il n'y a pas de contre indications. Le TAR sera mis en route le jour-même où les patients sont prêts à le commencer.

Cette recommandation s'applique à toutes les personnes vivant avec le VIH, dans toutes les tranches d'âges, et elle est particulièrement importante pour celles qui ont une très faible numération des CD4 et donc un risque accru de mourir. Il faut cependant suivre les recommandations antérieures de l'OMS sur le démarrage du TAR en présence de la tuberculose ou d'une infection à cryptocoque.

Nouvelles recommandations

L'initiation rapide du TAR sera proposée à toutes les personnes vivant avec le VIH après une confirmation du diagnostic et l'évaluation clinique.
(forte recommandation: données de qualité élevée pour les adultes et les adolescents; données de faible qualité pour les enfants).

L'initiation rapide est définie par un délai de sept jours au plus à compter du diagnostic du VIH ; la priorité pour l'évaluation et la mise en route sera donnée aux personnes à un stade avancé de la maladie.

L'initiation du TAR sera proposée le jour-même aux personnes qui sont prêtes à le commencer
(forte recommandation : données de qualité élevée pour les adultes et les adolescents; données de faible qualité pour les enfants).

Les lignes directrices pour la gestion de la maladie avancée à VIH et l'initiation rapide du traitement antirétroviral sont disponibles sur le site Web de l'OMS à l'adresse suivante:
<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/advanced-HIV-disease/en/>

Données pour l'initiation rapide du TAR

Un examen des données disponibles a révélé que la proposition d'un démarrage rapide du TAR, y compris le jour-même, augmente le nombre de personnes qui commencent leur traitement, réduit la mortalité et pourrait faire davantage baisser à la fois la transmission de la mère à l'enfant et la transmission aux partenaires séronégatifs. L'initiation rapide du TAR a été largement jugée acceptable par les personnes vivant avec le VIH.

Considérations pour la mise en œuvre de l'initiation rapide ou le jour-même du TAR

Les personnes vivant avec le VIH ne seront peut-être pas toutes prêtes à démarrer le TAR immédiatement le jour du diagnostic et il ne faut pas les forcer à commencer tout de suite à prendre ces médicaments ; en revanche il faut les informer des bienfaits du TAR, y compris de l'option de commencer le jour-même et les soutenir pour choisir en toute connaissance de cause quand commencer leur traitement. L'initiation du TAR doit obéir aux principes supérieurs de dispenser des soins centrés sur la personne et axés sur les besoins sanitaires, les préférences et les attentes des gens et des communautés. La décision de commencer le TAR doit résulter d'un processus de collaboration entre l'agent de santé et la personne vivant avec le VIH.

Le **moment du conseil** doit être adapté. La priorité sera donnée à l'élaboration d'un plan d'observance immédiat et à la reconnaissance des effets secondaires des médicaments. Les séances ultérieures de conseil au cours des premiers mois du TAR devront couvrir d'autres sujets, comme la connaissance du traitement, dont la nécessité d'une observance optimale durant toute la vie, les modalités du contrôle du TAR et les possibilités de différencier les soins du VIH à l'avenir.

Enfin, il faudra accorder une attention particulière aux enfants et aux personnes qui s'en occupent, **aux adolescents et aux personnes qui s'injectent des drogues**, pour lesquels l'observance peut présenter des difficultés spécifiques et pour lesquels on dispose de données limitées sur l'acceptabilité de l'initiation du traitement le même jour que le diagnostic.



WHO / SEARO /Arifin Fitrianto, 2010: Indonesia

Pour plus d'informations, veuillez contacter :

Organisation mondiale de la Santé
Département VIH/sida
20, avenue Appia
1211 Genève 27
Suisse

Courriel : hiv-aids@who.int
<http://www.who.int/hiv>
WHO/HIV/2017.18
© Organisation mondiale de la Santé 2017
Certains droits réservés.
Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO



NOTE D'INFORMATION

VIH DIAGNOSTIC