

Prise en charge des patients VIH en temps de COVID-19: ce qui restera de la pandémie

Bertrand LÉBOUCHÉ
Centre Universitaire de Santé McGill

27e Symposium sur les aspects cliniques de l'infection par le VIH



PNMVH

PROGRAMME NATIONAL
DE MENTORAT SUR LE VIH
ET LES HÉPATITES

Déclarations de possibles conflits d'intérêts B. Lebouché



Titulaire d'une chaire de mentorat de la Stratégie de recherche axée sur le patient (SRAP) des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) en essais cliniques novateurs



Récipiendaire d'une bourse de recherche dans le cadre de la Lettre d'entente n° 250 FMOQ/MSSS (ministère de la Santé, Québec, Canada)



A reçu des honoraires pour des consultations ou à titre de consultant de la part de MSD/Merck, ViiV et Gilead

A reçu des subventions de recherche (versées à l'Institut de recherche du CUSM) de la part de MSD/Merck, Gilead, Abbvie et ViiV



Objectifs

- Connaître l'impact de la pandémie de COVID-19 sur la prise en charge du VIH et de la prévention du VIH
- Connaître les stratégies mises en place pour maintenir la continuité des soins et des antirétroviraux durant la pandémie de COVID-19
- Évaluer comment la santé connectée peut améliorer l'autogestion et le maintien dans les soins de nos patients, même « après » la pandémie de COVID-19

Points forts

- Montréal face à la Covid-19
- Et ailleurs....
- Soins du VIH durant la Covid-19: retour d'expérience
- Et maintenant on fait quoi ?

Impact De La Pandémie De COVID-19 Sur La Prise En Charge Et La Prévention Du VIH

Impact de la Covid-19 sur le VIH

Susceptibilité

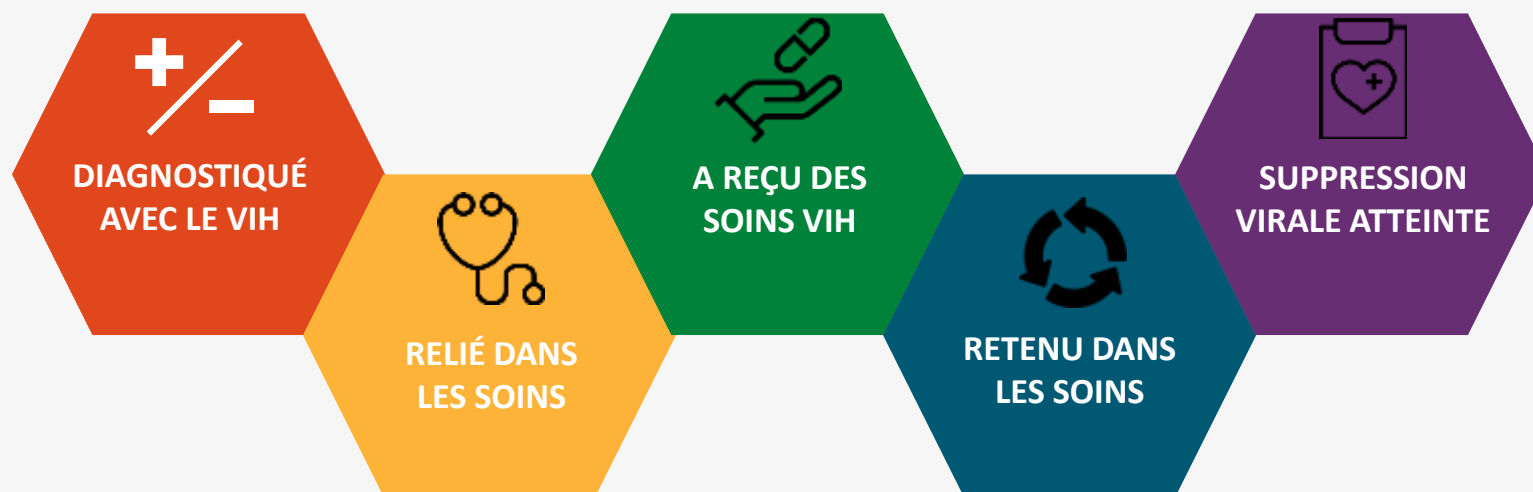
Dépistage

Traitement

Prévention

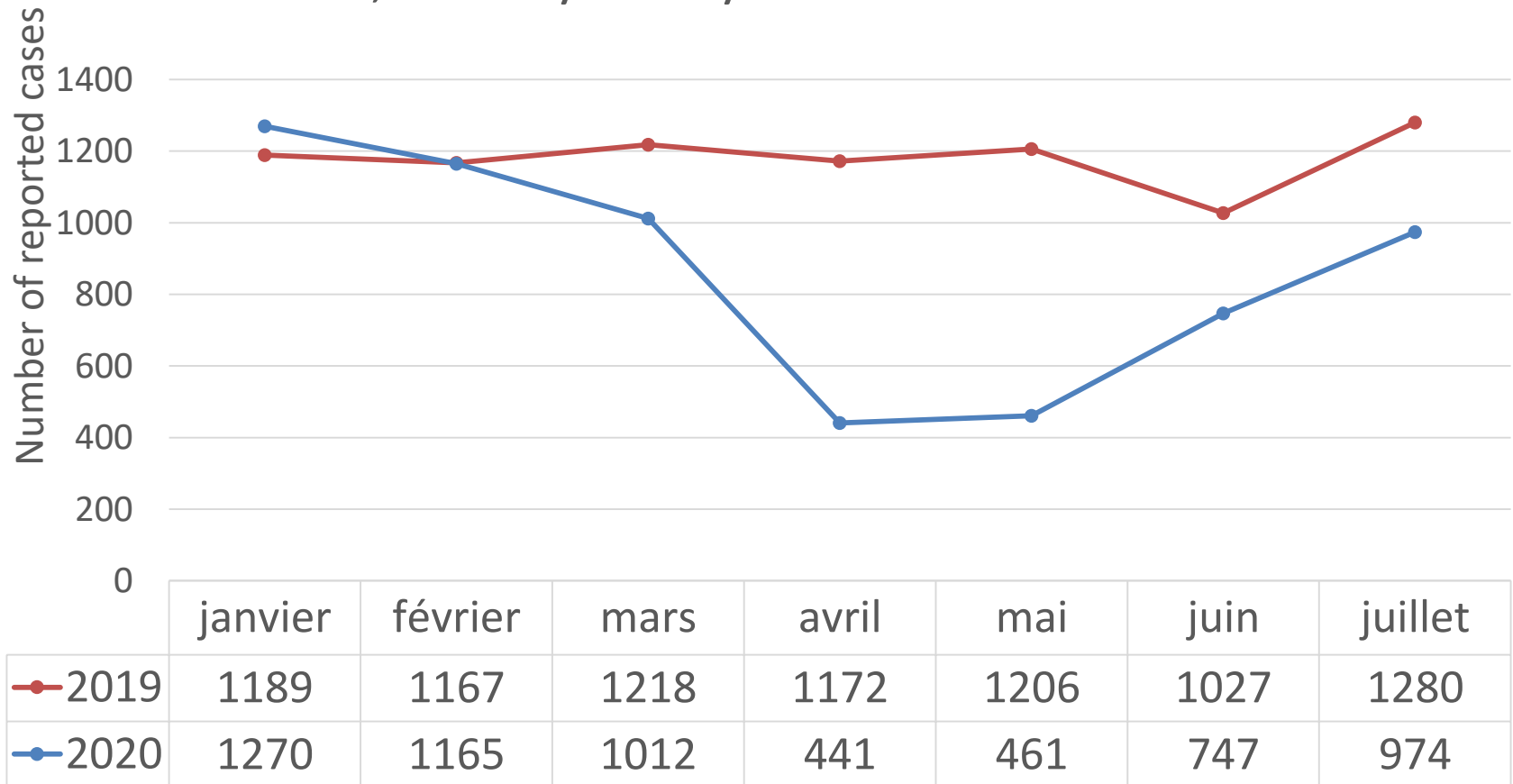
Impact de la Covid-19 sur le continuum des soins du VIH

- Modèle de santé publique qui décrit les étapes par lesquelles les personnes vivant avec le VIH passent du diagnostic à l'obtention et au maintien de la suppression virale
- Impact de la Covid-19 à tous les niveaux.



Montréal face à la Covid-19

Number of reported bacterial STIs Montréal, January to July 2019 and 2020



Dans les 1ers mois de la pandémie: réduction de l'accès aux services de dépistage, de la demande et de l'incidence des ITSS? Retour graduel à la normal ensuite.

Comment s'est on adapté à Montréal ?



- Autorisations temporaires pour des services de télémédecine élargis, y compris le traitement du VIH et le suivi de la PrEP tous les 6 mois au lieu de 3 et la possibilité d'initier la méthadone ou la suboxone
- Autorisations temporaires pour les pharmaciens de renouveler et de transférer certaines ordonnances, ainsi que d'ajuster certains dosages
- Reconnaissance officielle des organisations communautaires en tant que services essentiels
- Prestation de remplacement du revenu «universelle» - 2 000 \$ par mois de mars à septembre

Quelles leçons pour Montréal ?



- Les organismes communautaires sont indispensables dans une crise sanitaire
- Les communautés affectées par le VIH ont développé des réflexes autour du dépistage, des conseils de santé publique, pour vivre face au risque viral.
- Leur faire confiance pour prendre les meilleures décisions adaptées à leur propre situation

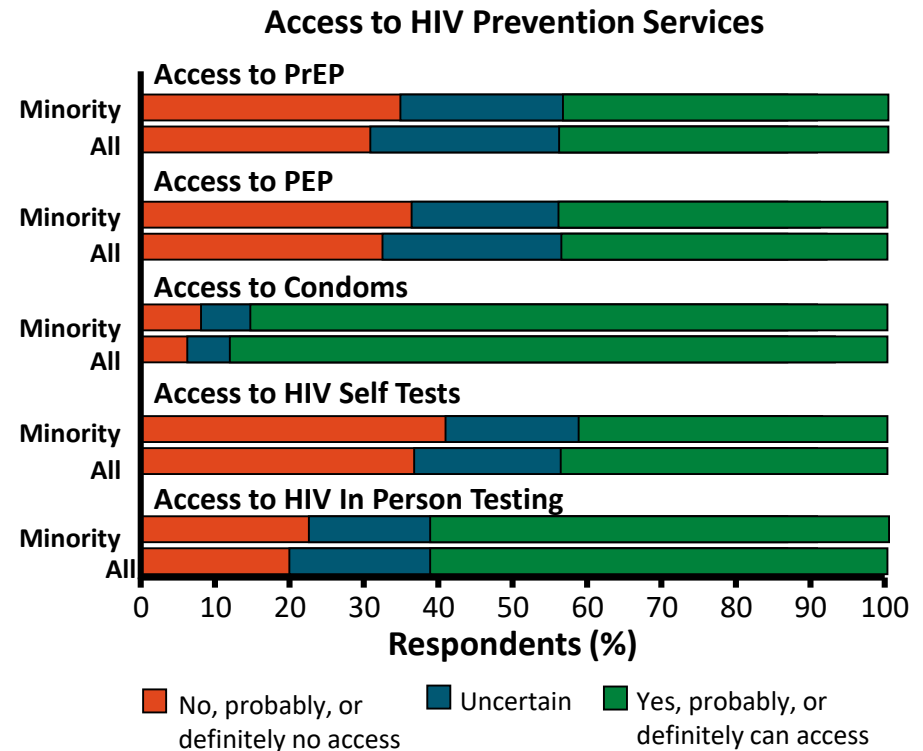
Ailleurs face à la Covid-19

Vulnérabilité socioéconomique et au VIH des communautés LGBT+ durant la COVID-19



- Cross-sectional online survey of LGBT+ individuals from 138 countries in April/May (N = 20,238)

Response, %	All (N = 20,238)
Lost job	13
At high risk of losing job	21.4
Unsure about employment in the near future	23.4
Anticipated reductions in salary of 30% or more	44
Started to cut meal sizes or skip meals to cut food costs	23
Continued to sell sex	2
Started to sell sex	1



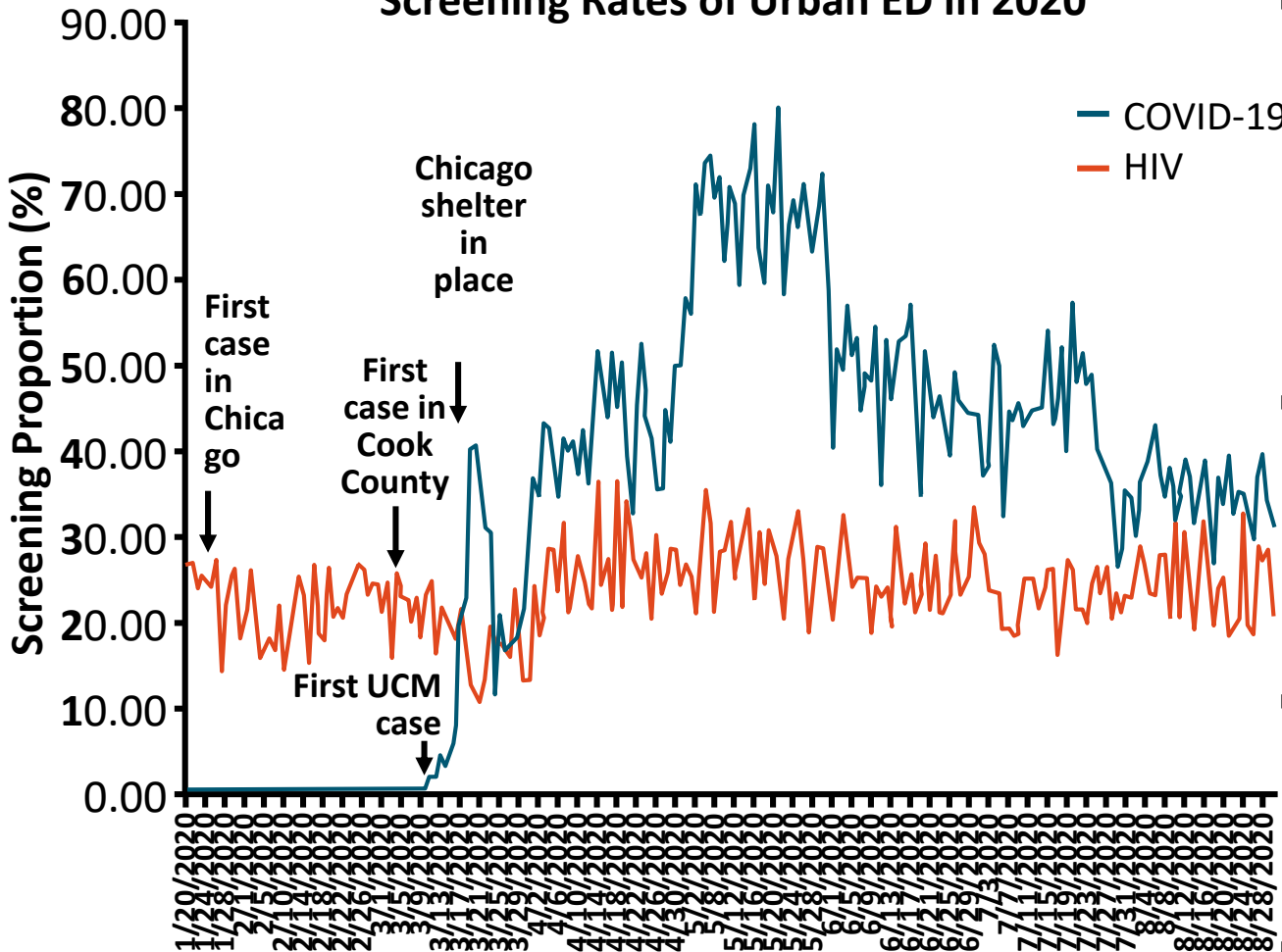
2 pandémies qui s'entrecroisent : diagnostics du VIH durant la COVID-19



- Évaluation du volume de tests en contexte de COVID-19 à *L'University of Chicago Medicine* (UCM), avec un focus sur les urgences les autres centres de soins du x-TLC consortium ^[1]
 - Programme d'initiation rapide des ARV et de liens avec les soins pour les primo-infections dans les *x-TLC sites* du Sud et Ouest de Chicago^[2]
- Urgences du UCM : dépistage VIH “fast track” incluant aussi ceux en évaluation pour la grippe ^[3]
- Primo-infection VIH: + *4th generation HIV combo Ag/Ab assay*, si test Ag négatif ou indéterminé : , + qPCR for HIV^[1]

Baisse du nombre de tests VIH durant la Covid-19

Screening Rates of Urban ED in 2020



- Dans les sites affiliés hors urgences (x-TLC program), baisse de 48% des tests entre Jan/Fev (n = 22,502) et April/May 2020 (n = 11,766)
- Au pic de l'épidémie de COVID-19: baisse Moyenne des tests. VIH : -58% (range: 13% to -74%)
- Baisse Moyenne des tests en juin 2020 : -32% (range: -4% to -62%)
- Poursuite des tests aux urgences

Augmentation des diagnostics de primo-infection VIH aux urgences

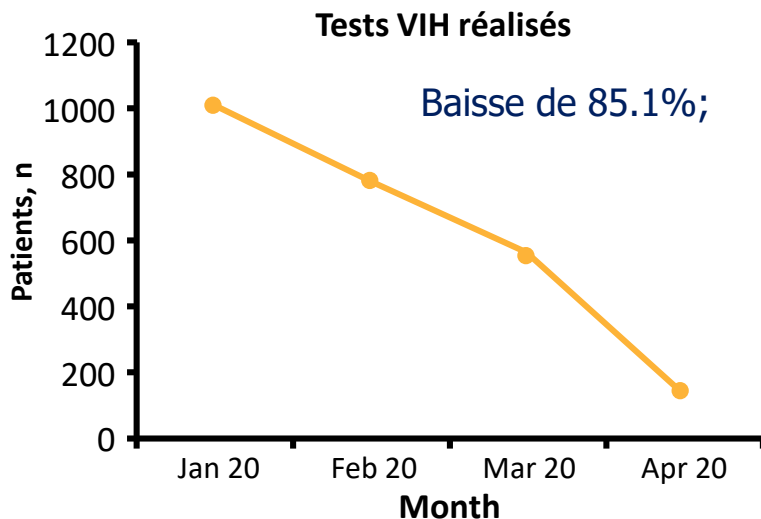


Entre 1^{er} Jan 2020 et 17 Août 2020, N = 19,111 tests VIH à *University of Chicago Medicine* avec 9 primo-infections VIH (100% aux Urgences) après le 1er cas Covid-19 à Chicago

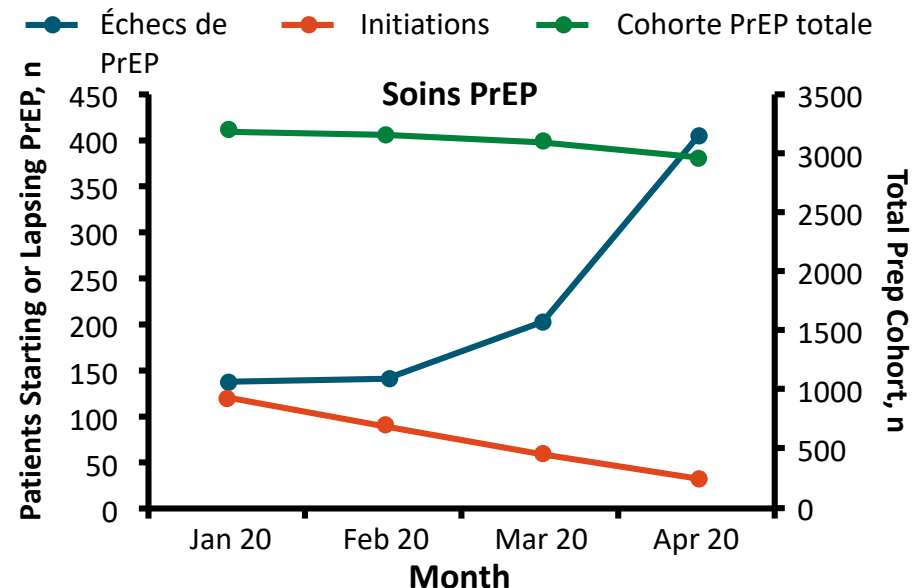
- Le taux de diagnostics aigus significativement + élevé en 2020 (14.4/an) vs 2016-19 (6.8/an)
- 25.7% (9/35) des nouveaux diagnostics de VIH étaient des cas aigus, la proportion la plus élevée jamais observée
- 8/9 (89%) des patients en primo-infection avec un tableau clinique évoquant la COVID-19
 - 100% reliés dans les soins avec des ARV débutés en moyenne 1 jours après le diagnostic

COVID-19 et soins PrEP: Centre communautaire de santé à Boston

La COVID-19 était associée à des perturbations majeures dans les renouvellements de PrEP, nouveaux départs, et dépistages de VIH/ITSS, malgré un quasi virage complet à la télésanté



Krakower. AIDS 2020. Abstr OACLB01.



Baisse de 18.3 % des patients activement sous PrEP

Baisse de 72% des initiations de PrEP

Facteurs associés avec ARN-VIH détectable et visites ratées avant/après Covid-19 (SF)

- Évaluation de la suppression virale et de la rétention dans les soins après la transition en télémédecine (Ward 86) Jan/Fev 2020 vs Avril 2020
- Avant la Covid-19: 1/5 des patients détectables
- Augmentation de 32% en Avril 2020 vs pre-COVID (aOR: 1.32; 95% CI: 1.08-1.53)
 - Probabilités 3 fois plus élevées pour les sans-abri en avril 2020 par rapport aux autres groupes
 - Les patients afro-américains avaient des chances plus faibles de suppression virale avant et après le début du COVID-19
- 54% des visites prévues en télémédecine
- 31% on raté leur visite en did not attend visits pré-COVID vs 30% après le passage en télémédecine
 - Les + jeunes (< 35 ans) avaient moins de “no shows” après la transition à la télémédecine
 - Moins de “no shows” avec les visites par telephone

Adapté de clinicaloptions.com

Spinelli et al, Viral suppression rates in a safety-net HIV clinic in San Francisco destabilized during COVID-19, AIDS December 1, 2020.

19

The Pandemic's Hidden Victims: Sick or Dying, but Not From the Virus

As the coronavirus overwhelms the health care system, people with other illnesses struggle to find treatment.

- COVID-19 a fait dérailler le traitement du VIH et l'adoption de la PrEP
- A augmenté la solitude, la consommation de substances et la dépression

Le bien-être physique, émotionnel et social de nos patients est mis à mal par la Covid-19

Psychosocial/Structural Barriers

- Minority stress
- Racism
- Misogyny
- Homophobia
- Xenophobia
- Lack of resilience
- Violence
- Homelessness
- Incarceration
- Loneliness
- Social isolation
- Lack of social support
- Lack of access to information and technology
- Lack of access to healthcare
- Lack of access to parks and outdoor space
- Poverty
- Food insecurity
- Lack of transportation
- Pandemic-related stress

Syndemic Health Problems

- COVID-19
- HIV
- Non-communicable diseases
- STIs
- Coinfections
- Malnutrition
- Mental health
- Substance use

- Santé Mentale
- Consommation de substances
- Pauvreté
- Isolement
- Méfiance médicale
- Insécurité alimentaire
- Insécurité de logement
- Racisme, homophobie

... tous susceptibles d'affecter les PVVIH de manière disproportionnée
La vulnérabilité des PVVIH/Covid-19 se trouve plutôt dans ces domaines psycho-sociaux

Soins du VIH durant la Covid-19 : retour d'expérience

Lors des premiers mois de la pandémie de COVID-19

- Notre principale question : le statut VIH augmente-t-il le risque d'infection au COVID-19 ou la gravité de la maladie?
- Répondre sans cesse à ces 2 questions:
 - Suis-je plus à risque de contracter une maladie COVID-19 plus grave?
 - Comment puis-je me protéger et protéger mes proches contre l'infection par le SRAS-CoV-2
- Possiblement nous avons pas vu les possible effets indirects de la COVID-19 sur la santé et le bien-être des PVVIH

Perspective d'un médecin hospitalier ...

- Rester connectés malgré la distanciation sociale
- Défi: Surmonter les obstacles aux soins du VIH existants avant et exacerbés par la pandémie
- Manque de littératie dans l'utilisation des technologies, numéros de téléphone non à jour, sans boîte vocale,....

Naïf de traitement: après le diagnostic, traiter dès que possible

- Traiter pour une suppression virale rapidement acquise et maintenue
- Non nécessaire pour initier: charge virale VIH – test de résistance – CD4 – statut HLA-B*5701

DHHS

- Initier les ARV immédiatement (ou dès que possible) après un diagnostic VIH

IAS-USA

- Commencer les ARV dès que possible, y compris immédiatement après le diagnostic, si le patient est prêt

Covid-19 et continuité des soins VIH

- Virosupprimé et santé stable: les visites médicales et prise de sang de routine doivent être reportées dans la mesure du possible
- Téléconsultations (Téléphone ou visite virtuelle/Zoom) pour les visites de routine, non urgente et pour supporter l'adhérence peuvent remplacer les visites sur place
- Barrières de soins liées à l'utilisation des technologies: téléphone, zoom,....

Covid-19 et maintien des ARV

- Perte d'emploi et des couvertures du coût des ARV (souvent traitées en urgence)
- Importance des programmes de support des compagnies pharmaceutiques
- 30 à 90 jours d'ARV et autres médicaments à domicile
- Renouvellement d'ordonnances par fax

Patients avec immunodépression sévère (CD4<200)

- Possible risque de Covid-19 plus sévère car risque augmenté pour de nombreuses infections
- Expérience sur 3 cas au stade sida et/ou hospitalisés lors de leur diagnostic initial:
 - Moins de visites disponibles
 - Traitement dès que possible envisagé en 2 temps après initiation des prophylaxies antibiotiques
 - Réduction du temps entre la première visite et l'initiation des ARV
 - (étude ASAP) 3-6 mois de traitement fournis

En cas de switch

- Réduction des switchs :
 - Attente dans une indication de simplification (pour un traitement à comprimé unique)
 - Dans le cas de charge virale instable
- Si inévitable:
 - Charge virale (ARN-VIH) + test de résistance
 - Intervention des pharmaciens cliniques
 - Téléconsultation pour décision du choix des ARV
 - Ordonnance transmise par fax
 - Délivrance 90 jours
 - Contrôle (ARN-VIH) à un mois

Et maintenant on fait quoi?

Limites et futur de la télémédecine VIH



- Offre une plus grande commodité pour certains patients
- Peut réduire l'accès aux services de soutien social en clinique essentiels à la suppression virale parmi les groupes vulnérables.
- Simplement demander aux gens comment ils vont *vraiment* et quels sont leurs mécanismes d'adaptation.
- Un nouvel équilibre: 30% des patients semblent poursuivre en télémédecine et 70% de retour à la clinique

4 niveaux de soins



- **1^{er} niveau** standard de sensibilisation : courriels, dossiers de santé électroniques, appels automatisés pour rappeler aux gens leurs rendez-vous et renouveler leurs médicaments
- **2^{ème} niveau** : ceux qui ont une suppression virale soutenue peuvent n'avoir besoin que de renouvellements automatiques de 90 jours de leurs médicaments.
- **3^{ème} niveau** : Ceux qui sont vulnérables à la non-observance peuvent avoir besoin d'être contactés chaque semaine ou plus souvent par la clinique. Un tel contact peut être établi par un travailleur social, un agent de santé communautaire ou par le biais d'une forme de soutien virtuel
- **4^{ème} niveau** : qui ont une suppression virale inconstante, ont besoin de bien plus que cela (15% avant la pandémie + les perdus de vue): suivi + serré, mixte virtuel et en personne,...

Niveau 4



Par un membre de l'équipe:

- Évaluation pour chaque patient des plus grands besoins, médicaux ou non, pendant la pandémie
- Évaluation de la capacité du patient à recevoir des appels vidéo ou des messages texte

Transition vers le virtuel:

- Des programmes de soutien de groupe qui s'attaquent à la stigmatisation ou aux déterminants sociaux de la santé (groupe communautaires)
- programmes de rétablissement en ligne pour les patients convalescents

Conclusion

- Principaux effets du COVID-19 sur le VIH : accès au traitement, efficacité du traitement, taux de dépistage, l'accès à la PrEP et la vulnérabilité au VIH
- Préoccupations concernant les effets sur la santé mentale, la consommation de substances, l'insécurité alimentaire, l'insécurité du logement chez les personnes vivant avec le VIH

Conclusion

- Comment faire pour que le COVID-19 n'exacerbe pas davantage les écarts de santé dans ces populations?
- Maintenir le lien dans les soins: en personne/téléconsultation
- Initier les ART et »switcher » dès que possible (+réduction des indications)
- Donner les moyens à nos patients pour l'autogestion de leur VIH