

6/01/2 REPUBLIQUE DU CAMEROUN
PAIX-TRAVAIL-PATRIE

MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

CABINET DU MINISTRE

UNITE DE COORDINATION DES SUBVENTIONS DU
FONDS MONDIAL ET DES PARTENAIRES DE LA LUTTE
CONTRE LE SIDA, LA TUBERCULOSE ET LE PALUDISME

COMITE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA

GROUPE TECHNIQUE CENTRAL

SECRETARIAT PERMANENT



REPUBLIC OF CAMEROON
PEACE - WORK - FATHERLAND

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

MINISTER'S OFFICE

COORDINATION UNIT OF THE GLOBAL FUNDS
AND PARTNERS GRANTS FOR FIGHT
AGAINST AIDS, TUBERCULOSIS AND MALARIA

NATIONAL AIDS CONTROL COMMITTEE

CENTRAL TECHNICAL GROUP

PERMANENT SECRETARIAT

RAPPORT DE PROGRES

DE LA PRISE EN CHARGE DU VIH PEDIATRIQUE ET DES ADOLESCENTS [PECPA] 2019-2021

N°1



Année | 2021

Table des matières

Table des matières	iii
Abréviation	vii
Liste de figures.....	ix
Liste des tableaux	xi
Introduction	1
Chapitre 1 : Situation de l'épidémie du VIH pédiatrique y compris les adolescents au Cameroun	3
Chapitre 2 : Performance programmatique en 2021.....	7
2.1 Prévention de l'infection à VIH.....	8
a. Dépistage	8
b. Prévention Transmission mère-enfant.....	8
2.2 Prise en charge des PvVIH.....	9
a. Lien et couverture au TARV	9
Chapitre 3 : Initiatives sur la PECP entre 2019 et 2021	12
3.1 Opérationnalisation de la décentralisation de la PECPA.....	12
a. Objectif général :	14
b. Objectifs spécifiques.....	14
c. Les différentes étapes de la mise en œuvre des centres d'excellence :	14
3.2 Initiative NEW HORIZONS advancing pediatric HIV Care collaborative	15
3.3 Optimisation des protocoles pédiatriques.....	20
3.4 Recherche active des enfants exposés.....	21
3.5 Consultation nationale multipartite sur le VIH et la tuberculose pédiatriques.....	23
3.6 Le Réseau Camerounais des Adolescents et Jeunes vivant avec le VIH (RECAJ+).....	27
a. Missions et objectif du RéCAJ+	28
b. Approche Teenager Mentor (TM)	29
Chapitre 4 : Offre de service en PECPA.....	31
4.1 Couverture géographique en site PECPA.....	31
4.2 Couverture géographique en site de prélèvement DBS.....	32
4.3 Renforcement des capacités du personnel de soins	35
4.4 Couverture des sites en APS par rapport à la file active	37

Chapitre 5 : Prévention et dépistage du VIH chez les enfants et adolescents.....	40
5.1 Prévention du VIH.....	40
a. Prévalence du VIH	40
b. Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant	41
5.2 Dépistage des femmes enceintes et allaitantes	43
a. Connaissance du statut sérologique	43
5.3 L'accès au TARV pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant	44
5.4 Couverture en ARV prophylactique chez l'enfant exposé.....	46
5.5 Identification des enfants séropositifs et lien avec les unités de prise en charge	48
a. Portes d'entrée pour l'identification des enfants et adolescents VIH positifs.....	48
5.6 Dépistage du VIH chez les enfants de 0 à 4 ans.....	49
a. Le diagnostic précoce chez les enfants exposés (moins de 1 an)	49
b. Sérologie chez les enfants de 1-4 ans.....	53
5.7 Sérologie chez les enfants âgés de 5-9 ans	54
5.8 Sérologie des adolescents de 10-14 ans.....	55
5.9 Sérologie des adolescents de 15-19 ans.....	55
5.10 Taux de séropositivité par sexe et par tranche d'âge.....	56
Chapitre 6 : Prise en charge des EVVIH de moins de 15 ans.....	58
6.1 Mise en relation avec les services de soins et maintien dans le circuit de soins (lien au TARV)	60
a. Disparités régionales du lien au TARV	61
b. Disparité du lien au TARV par tranche d'âge	63
6.2 File active des enfants de moins de 15 ans	63
a. Analyse de la situation de la FA chez les moins de 15 ans	63
b. File active désagrégée par région	64
c. Répartition de la file active par tranche d'âge	66
d. File active désagrégée par tranche d'âge et par région.....	66
e. Suppression virale.....	67
6.3 Enfants vivant avec le VIH de moins de 10 ans.....	68
a. Lien au TARV.....	70

b.	File active des enfants de 0-9 ans.....	71
c.	Suppression virale EVVIH de moins de 10 ans.	72
6.4	Patients par protocole (formulations pédiatriques)	72
Chapitre 7 :	Prise en charge des AVVIH de 10 - 19 ans.....	75
7.1	Mise en relation avec les services de soins et maintien dans le circuit de soins (lien au TARV)	78
a.	Disparité du lien au TARV par tranche d'âge	78
b.	Adolescent de 10-14 ans.	79
c.	Disparités régionales du lien au TARV	80
7.2	File active des AVVIH 10-19 ans	84
a.	Analyse de la situation de la FA.....	84
b.	File active désagrégée par région	84
c.	File active désagrégée par tranche d'âge et par région.....	85
d.	Suppression virale AVVIH de 10-19 ans.	86
7.3	Cascade de la PEC des AVVIH 10-19 ans en région entre 2019 et 2021	87
A.	Région de l'Ouest.....	87
b.	Région du Sud-Ouest.....	88
7.4	Patients par protocole (formulations pédiatriques)	89
a.	AVVIH 10-14 ans.....	89
b.	ADVIH 15-19 ans.....	90
7.5	Suivi Psychosocial.....	92
Chapitre 8 :	Réduction de l'impact socio-économique du VIH/SIDA sur les Orphelins et enfants vulnérables	94
8.1	Mettre en œuvre des stratégies pour améliorer le dépistage des cas chez les enfants et les adolescents.....	96
8.2	Offrir de la formation et recyclage aux prestataires de soins en matière de gestion des cas familiaux	96
8.3	Réduction de la morbidité et de la mortalité et amélioration du bien-être général des enfants vivant avec le VIH.....	96
a.	Amélioration des liens avec les services de TAR	96
b.	Amélioration de la rétention chez les enfants et les adolescents VIH positifs.....	97
8.4	Mettre en œuvre une divulgation du VIH adaptée à l'âge des enfants et des adolescents.....	97
a.	Soutenir l'accès au test de la charge virale	97

Chapitre 9 : Recherche	99
9.1 Etudes de la transmission mère-enfant du VIH et les facteurs de risque 99	
9.2 Evaluation des POC pour l'amélioration du diagnostic précoce du VIH chez les enfants	100
9.3 Echec virologique et résistance acquise du VIH chez les adolescents verticalement infectés par le VIH au Cameroun (Projet EDCTP 2018-2019),.....	101
9.4 Evaluations de l'observance et la réponse thérapeutique chez les adolescents sous ARV (Etude de la DLMEP et étude du CME-FCB), 102	
9.5 Étude sur les facteurs associés à la non-adhésion au traitement antirétroviral chez les adolescents séropositifs âgés de 15 à 19 ans au Centre mère-enfant de Yaoundé (Lantche et al en 2021)	103
9.6 Indicateurs de qualité des programmes de résistance aux médicaments anti-VIH chez les adolescents en milieu urbain par rapport aux milieux ruraux de la région du centre du Cameroun par Fokam et al. en 2020.....	104
9.7 Résistance aux médicaments contre le VIH chez les enfants au Cameroun.....	105
Chapitre 10 : Analyse des gaps	110
Conclusion	115
Equipe de rédaction	116

Abréviation

ACESA	Association camerounaise pour l'éducation sexuelle des adolescents
ACRR	Agent Chargé de Remplissage de Registre
APS	Accompagnateur Psychosocial
ARV	Antirétroviral
AVVIH	Adolescent vivant avec le VIH
AvVIH	Adolescent vivant avec le VIH
	Communication pour le Changement de
CCC	Comportement
CENC	Conférence Episcople Nationale du Cameroun
CIRCB	Centre International de Recherche Chantal Biya
CIS	Cellule Information Sanitaire
CMA	Centre Médical d'Arrondissement
CME	Centre Médical Mere-enfant
CNLS	Comité National de Lutte contre le Sida
CPC	Centre Pasteur du Cameroun
CPoN	Consultation PostNatale
CRS	Catholic Relief Services
CSI	Centre de santé intégré
CSI	Centre de santé intégré
CV	Charge Virale
DHIS2	District health information soft ware
DS	District de Sante
DTG	Dolutégravir
ECHO	Extension for Community Healthcare Outcomes
	Enquête Démographique et de Santé au
EDS-V	Cameroun
EE	Enfant Exposé
EGPAF	Elizabeth Glaser Pediatric Foundation
ETP	Education thérapeutique
EVVIH	Enfant vivant avec le VIH
FA	File Active

FEC	Femme Enceinte
FM	Fond Mondial
FOSA	Formation Sanitaire
GTR	Groupe Technique Régional
HD	Hopital de District
KIDSS	Key Intervention to develop Systems and Services
MINSANTE	Ministère de la Santé
MOH	Ministère de la Santé Publique du Cameroun
NFM3	note conceptuelle du Fonds mondial
NVP	Nivérapine
OEV	Orphelin Enfant Vulnérable
ONUSIDA	Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PCR/ADN	Polymérase chain Réaction par ADN
PDV	Perdu De Vue
PEC	Prise En Charge
PECG	Prise En Charge Globale
PECPA	Prise en Charge Pédiatrique et Adolescent
POC	Point Of Care
PSN	Plan Stratégique National
PTME	Prévention de la transmission mere-enfant
PvVIH	Personnes vivant avec le VIH
RECAJ	RéseauCamerounais des Jeunes VIH+
Sida	Syndrome de l'immunodéficience acquise
TARV	Traitement Antiretroviral
TB	Tuberculose
TLD	Ténofovir-Lamivudine-Dolutégravir
TM	Teenager-Mentor
TME	Transmission Mère-Enfant
UPEC	Unité de Prise en Charge
VAD	Visite à Domicile
VIH	Virus de l'immunodéficience Humaine

Liste de figures

Figure 1: Évolution du pourcentage d'Enfants et Adolescents vivant avec le VIH, entre 2010 et 2021.	3
Figure 2: Evolution du nombre d'EVVIH et entre 2009 et 2021.	4
Figure 3: Evolution des nouvelles infections VIH chez les enfants et adolescents entre 2009 et 2021.	5
Figure 4: Evolution des décès chez les enfants et adolescents entre 2009 et 2021.	6
Figure 5: Evolution de la couverture en sites de prélèvements DBS entre 2019 et 2021.	34
Figure 6: Evolution de la couverture régionale en sites de prélèvements DBS entre 2019 et 2021.	35
Figure 7: Evolution de la prévalence du VIH chez les adolescents de 15-19 ans fonction du sexe entre 2004 et 2018.	40
Figure 8: Evolution du taux de TME entre 2009 et 2021.	41
Figure 9: Evolution des indicateurs majeurs de la femme enceinte en PTME 2019-2021.	42
Figure 10: Evolution des indicateurs majeurs de l'enfant exposé en PTME 2019-2021.	42
Figure 11: Couverture régionale en test de dépistage VIH en 2021.	43
Figure 12: Evolution de la couverture programmatique en ARV chez la femme enceinte VIH entre 2019 et 2021.	45
Figure 13: Evolution du gap programmatique et populationnelle en couverture en ARV chez la femme enceinte VIH entre 2019 et 2021.	46
Figure 14 : Couverture en ARV prophylactique chez les EE en 2019, 2020 et 2021.	47
Figure 15 : Evolution de la couverture en diagnostic précoce chez les EE en 2019, 2020 et 2021.	50
Figure 16: Taux de séropositivité par tranche d'âge et par sexe.	57
Figure 17: Cascade de prise en charge des EVVIH de moins de 15 ans nationale.	58
Figure 18: Evolution du Lien au TARV chez les EVVIH de 0-14 ans entre 2019 et 2021.	60
Figure 19: Evolution régionale du Lien au TARV chez les EVVIH de 0-14 ans entre 2019 et 2021.	62
Figure 20: Evolution du Lien au TARV chez les EVVIH de 0-14 ans par tranche d'âge entre 2019 et 2021.	63
Figure 21 : Evolution de la file active des enfants de moins de 15 ans.	64
Figure 22 : Répartition de la file active des enfants et poids des régions.	65
Figure 23 : Evolution régionale de la file active des EVVIH de moins de 15 ans entre 2020 et 2021.	65
Figure 24 : Répartition de la file active par tranche d'âge et par sexe.	66
Figure 25 : Répartition de la file active par tranche d'âge et par région.	67
Figure 26: Cascade de prise en charge des EVVIH de moins de 10 ans nationale.	68
Figure 27 : Evolution du lien au traitement chez les enfants de moins de 10 ans entre 2019 et 2021.	70
Figure 28 : Evolution régionale du lien au traitement chez les enfants de moins de 10 ans entre 2019 et 2021.	71
Figure 29 : Cascade de PEC des adolescents de 10-19 ans.	75

Figure 30 : Evolution des taux d'identification et du lien au TARV chez les adolescents de 10-19 ans entre 2019 et 2021.....	77
Figure 31: Evolution du Lien au TARV chez les AVVIH de 10-19 ans par tranche d'âge entre 2019 et 2021.	78
Figure 32: Evolution du Lien au TARV chez les AVVIH de 10-14 ans entre 2019 et 2021.....	79
Figure 33: Evolution du Lien au TARV chez les AVVIH de 15-19 ans entre 2019 et 2021.....	80
Figure 34 : Evolution régionale du Lien au TARV chez les AVVIH de 10-19 ans entre 2019 et 2021.	81
Figure 35: Lien au TARV chez les 10-14 ans en fonction des régions.	82
Figure 36: Lien au TARV chez les 15-19 ans en fonction des régions.	83
Figure 37 : Evolution de la File active des AVVIH de 10-19 ans entre 2019 et 2021.	84
Figure 38 : Répartition de la file active des AVVIH 10-19 ans et poids des régions.	85
Figure 39 : Répartition de la file active des ADVVIH 10-19 ans par tranche d'âge et par région.	86
Figure 40: Cascade de prise en charge chez les adolescents de 10-19 ans dans la région de l'Ouest en 2019 et 2020.	88
Figure 41: Cascade de prise en charge chez les adolescents de 10-19 ans dans la région du Sud-Ouest en 2019 et 2020.....	89
Figure 42: Cascade de la charge virale (suppression virale) chez les OEV de moins de 18 mois, 2020.	98

Liste des tableaux

Tableau 1: Nombre de PVVIH estimés selon Spectrum.	7
Tableau 2: Nombre de décès liés au VIH selon Spectrum.	7
Tableau 3: Nombre de personnes testées pour le VIH.	8
Tableau 4: Prévention de la transmission mère-enfant du VIH.	8
Tableau 5: Lien au TARV enfants et adolescents VIH+.	9
Tableau 6: Enfants et adolescents sous TARV.	9
<i>Tableau 7: Résumé des données programmatiques régionales en 2021</i>	10
Tableau 8: Activités réalisées dans le cadre du projet NHC.	18
Tableau 9: Résultats de la recherche active des EE en 2021.	22
Tableau 10: Résultats de la recherche active des EE en 2021.	24
Tableau 11: Résultats des activités du RECAJ+	29
Tableau 12: Répartition des sites de PECG, PTME et PECPA, 2021.	32
Tableau 13: Répartition des sites DBS et EID/POC par région	33
Tableau 14 : Formations dispensées en 2021	37
Tableau 15: Répartition des APS par région.....	38
Tableau 16: Couverture en ARV prophylactique chez les EE en 2021 par région	48
Tableau 38: Couverture en offre d'EID et mise sous TARV en 2021 par région	50
Tableau 18: Dépistage du VIH chez les enfants de 1- 4 ans en 2021 par région.....	54
Tableau 19: Dépistage du VIH chez les enfants de 5- 9 ans en 2021 par région.....	54
Tableau 20: Dépistage du VIH chez les adolescents de 10-14 ans en 2021 par région	55
Tableau 21: Dépistage du VIH chez les adolescents de 15-19 ans en 2021 par région	56
Tableau 22: Comparaison cascade EVVIH de moins de 15 ans et PVVIH.	60
Tableau 23: File active des EVVIH de moins de 15 ans par région.	67
Tableau 24 : Répartition de la couverture en charge virale, et de la suppression virale par région	68
Tableau 25: Comparaison cascade EVVIH de moins de 10 ans et PVVIH.	70
Tableau 26: File active par tranche d'âge et sexe en 2020.	71
Tableau 27 : Répartition de la couverture en charge virale, et de la suppression virale par région	72
Tableau 28: Proportion des enfants par protocole thérapeutique.	73
Tableau 29: Comparaison cascade AVVIH de 10-19 ans et PVVIH.	77
Tableau 30 : Répartition de la couverture en charge virale, et de la suppression virale par région	87
Tableau 31: Proportion des AVVIH 10-14 ans par protocole thérapeutique.	89
Tableau 32: Proportion des AVVIH 15-19 ans par protocole thérapeutique.	90
Tableau 32: Cascade de prise en charge des OEV entre 2019 et 2021.....	95
Tableau 34: Articles dans la PTME et PECPA.....	108

Introduction

Le Cameroun est le 2^e pays d'Afrique Centrale et de l'Ouest le plus touché par l'épidémie à VIH/Sida. Les résultats de la 5^e Enquête Démographique et de Santé au Cameroun (EDS-V) de 2018, ont montré une baisse significative de la prévalence globale du VIH/Sida, passant de 5,5% en 2004 à 2,7% au sein de la population générale de 15-49 ans. Cette tendance à la baisse n'a pas été observée chez les adolescents de 15-19 ans car la prévalence a pratiquement doublé, de 0,8% à 1,4%.

La Transmission Mère-Enfant (TME) constitue le principal mode d'infection par le VIH des enfants de moins de 5 ans. Elle demeure élevée au Cameroun avec un taux de 12% à 6 semaines et un taux final de 17% selon le rapport ONUSIDA (2022). Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette situation (i) *l'offre réduite de diagnostic précoce* par PCR insuffisamment liée aux services de santé maternelle néonatale et infantile (SMNI) et (ii) *l'accès aux ARV pédiatriques*. Concernant le diagnostic précoce, sur 13 807 enfants nés de mères séropositives testés par PCR/ADN, 3,5% ont été testés VIH+ en 2021. Ce pourcentage était deux fois inférieur à celui de 2010, mais demeure élevé. Il s'agit d'un effet positif de la PTME, même si c'est aussi une preuve de son échec.

Outre la question de l'accès au diagnostic précoce, celle de l'accès aux médicaments ARV pédiatriques reste entière. A l'introduction des ARV au Cameroun, au milieu des années 2000, les formes pédiatriques étaient pratiquement inexistantes. Mettre un enfant vivant avec le VIH (EVVIH) sous TARV relevait d'une gymnastique, le protocole était fait à base des présentations adultes. Récemment, à partir des années 2015, les formes pédiatriques étaient disponibles mais le stockage (sirop), le goût ou encore les difficultés d'administration peuvent être d'autres facteurs limitant la prise en charge pédiatrique.

Les enfants de moins de 15 ans qui représentaient 7% (33 085/499 330) des PvVIH estimés selon SPECTRUM¹ constituaient seulement 3% (11 351/388 258) des patients sous TARV, tandis que la couverture

¹ SPECTRUM, 2022

populationnelle en ARV chez ces enfants était de 34%². S'agissant des adolescents vivant avec le VIH (AVVIH) de 10-19 ans, ils représentaient 6% (30 461/499 330) des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) estimés selon Spectrum, 3,1% (11 873/388 258) des PVVIH sous TARV et 39% (11 873/30 461) des AVVIH. Par ailleurs, en 2010 l'on estimait à 304 210 le nombre d'orphelins du fait du sida vivant au Cameroun.

² Rapport annuel CNLS, 2021.

Chapitre 1 : Situation de l'épidémie du VIH pédiatrique y compris les adolescents au Cameroun

Au Cameroun, en dépit de l'amélioration de la couverture et de l'efficacité des interventions de PTME réalisées, l'épidémie de l'infection VIH pédiatrique persiste avec 33 085 EVVIH de moins de 15 ans et 17 946 AVVIH de 15-19 ans en 2021 (SPECTRUM, 2022). La région du Centre était celle qui dénombrait le plus grand nombre d'EVVIH de moins de 15 ans et d'AVVIH respectivement 21% (6 543) et 20,5% (3 679). Malgré des variations de leur nombre absolu, le pourcentage d'enfants et adolescents vivant avec le VIH était stable.

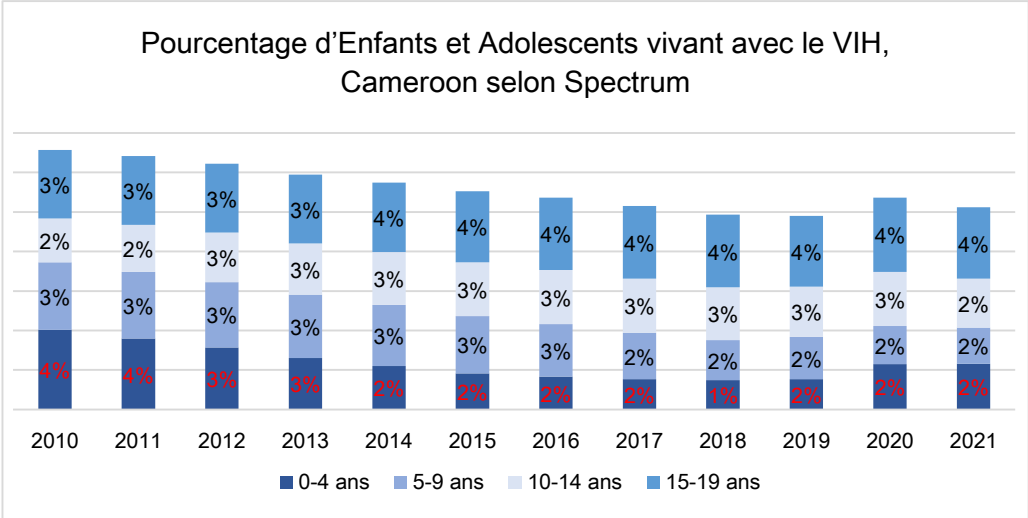


Figure 1: Évolution du pourcentage d'Enfants et Adolescents vivant avec le VIH, entre 2010 et 2021.

Source : rapports EPP Spectrum. *Les enfants et adolescents vivants avec le VIH*

Une évolution démographique s’est produite au niveau de la population des EVVIH de moins de 5 ans. En effet, on a noté une augmentation du nombre d'enfants de cette tranche d'âge qui ont besoin d'un TARV. Le fait qu'un si grand nombre d'entre eux ne soient pas diagnostiqués constitue un défi majeur pour ces enfants. On estime que 11 111 enfants de moins de 10 ans et vivant avec le VIH ne recevaient

pas de traitement en 2021, très probablement parce qu'ils n'avaient pas été diagnostiqués (46% des EVVIH de 0-9ans ont été identifiés). Si ces enfants VIH+ non diagnostiqués ne bénéficient de services de dépistage et ne sont pas liés vers des structures de soins, ils connaîtront des taux élevés de morbidité et de mortalité à mesure qu'ils grandiront jusqu'à l'adolescence et au-delà.

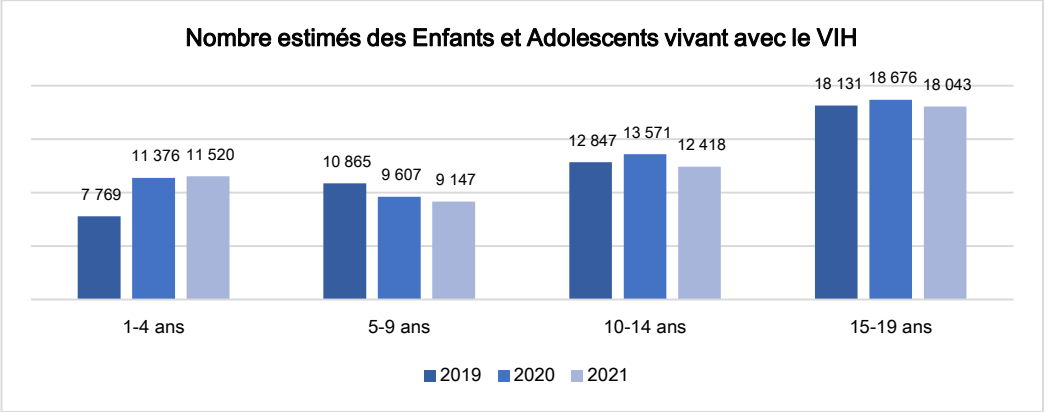


Figure 2: Evolution du nombre d'EVVIH et entre 2019 et 2021.

Source : Spectrum.

Nouvelles infections

En 2021, on estimait à 14 451 le nombre de nouvelles infections au Cameroun, les enfants de moins de 15 ans représentaient 30% (4 363), les adolescents de 15-19 ans vs 16,4% chez les 15-19 ans. Malgré une augmentation du nombre de nouvelles infections entre 2019 et 2020, on observe globalement une réduction de **36%** des nouvelles infections chez les enfants de 0-14 ans entre 2010 et 2020. Une mortalité et une morbidité élevées en l'absence de traitement antirétroviral

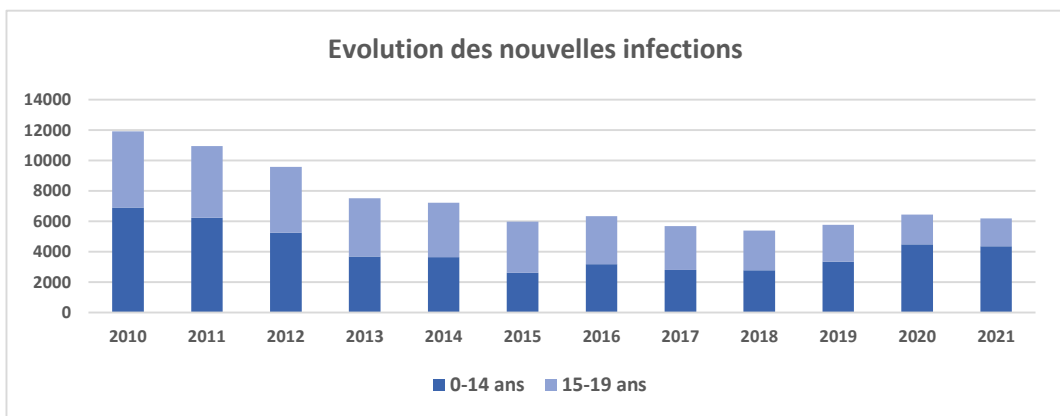


Figure 3: Evolution des nouvelles infections VIH chez les enfants et adolescents entre 2010 et 2021.

Source : rapports ONUSIDA.

En absence de toute intervention, un nombre important de ces enfants infectés par le VIH mourront précocement. En effet, il a été démontré que la mortalité était de 35% à l'âge d'un an pour les enfants infectés, contre 4,9% pour les enfants non infectés par le VIH. A l'âge de deux ans cette mortalité précoce s'élevait à 52% pour les enfants infectés versus 7,9% pour les non infectés.

Décès liés au VIH chez les enfants et adolescents vivant avec le VIH

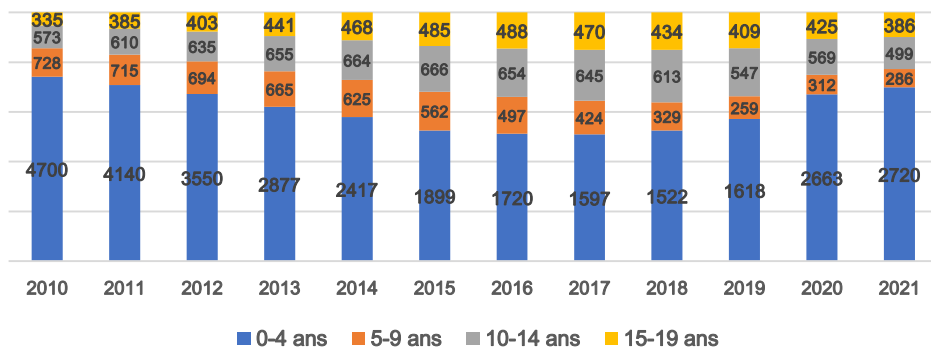


Figure 4: Evolution des décès chez les enfants et adolescents entre 2010 et 2021.

Source : rapports ONUSIDA.

Il a été noté une réduction de 41% de la mortalité chez les enfants 0-14 ans entre 2010 et 2020. Cependant, on observe une remontée des décès chez les 0-4 ans depuis 2019 probablement due à un accès limité au diagnostic précoce ainsi qu'aux ARV prophylactique. En 2021, parmi les 12 604 décès liés au VIH estimés, 28% sont survenus chez les moins de 15 ans dont 21,6% chez les 0-4 ans.

Chapitre 2 : Performance programmatique en 2021

Au Cameroun, le nombre de PvVIH estimés en 2021 était de **499 330** (Spectrum 2022), parmi lesquels 33 085 enfants de moins de 15 ans (6,6%) et 18 043 adolescents de 15-19 ans (3,6%).

Tableau 1: Nombre de PVVIH estimés selon Spectrum.

	2019	2020	2021	Tendance
Nbre de PvVIH (total)	506 432	496 506	499 930	
EVVIH < 10 ans VIH+	18 634	20 963	20 667	
EVVIH < 15 ans VIH+	31 481	34 554	33 085	
AVVIH 10-19 ans	30 978	32 247	30 463	
AVVIH 15-19 ans	18 131	18 676	18 043	

Réduction des nouvelles infections : Les récentes estimations (Spectrum 2022) laissent observer une baisse de nouvelles infections dans la population générale, de **54,7%** entre 2010 et 2020 (de 33 183 en 2010 à 15 038 en 2020) proche des 60% projeté par le PSN 2018-2022. Cette tendance a continué en 2021 où a noté 14 451 nouvelles infections.

Chez les enfants de moins de 15 ans, cette baisse était de **34,3%** (6 821 en 2010 et 4 482 en 2020). Après une augmentation du nombre de nouvelles infections entre 2019 (3 308) et 2020, (4 482) on a observé une légère baisse en 2021 (4 363).

Décès liés au VIH : En 2021, le nombre de décès liés au VIH était de 12 604 en baisse par rapport à 2020 (**14 140**).

Tableau 2: Nombre de décès liés au VIH selon Spectrum.

	2019	2020	2021	Tendance
Nombre de décès liés au VIH	14 058	14 140	12 604	
Adultes 15-49 ans	8 668	10 595	6 873	
Hommes	3 797	4 800	3 133	
Femmes	4 871	5 796	3 740	
Adolescents 15-19 ans	409	425	386	
Garçons	210	222	201	
Filles	199	203	184	
Enfants < 15 ans	2 515	3 544	3 505	
Garçons	1 266	1 796	1 775	
Filles	1 249	1 749	1 730	

Comme avec les nouvelles infections, on a observé une tendance à la baisse des décès liés au VIH depuis 2010 passant de 22 244 en 2010 à 12 604 en 2021 correspondant à une baisse de **43,3%**. Parmi les décès de 2021, environ 27,8% (3 505) étaient survenus chez les enfants de moins de 15 ans en hausse par rapport à 2020, où ce taux était de 25% (3 544) sans différence garçon/fille.

2.1 Prévention de l'infection à VIH

a. Dépistage

Tableau 3: Nombre de personnes testées pour le VIH.

	2019	2020	2021	Tendance
Enfants < 10 ans				
Testés pour le VIH	157 467	113 648	123 986	
Testés VIH+	2 090	2 276	2 009	
Taux de séropositivité	1,3%	2,0%	1,6%	
Adolescents 10 – 14 ans				
Testés pour le VIH	72 677	93 474	72 159	
Testés VIH+	725	1 278	670	
Taux de séropositivité	1,0%	1,4%	0,9%	
Adolescents 15 – 19 ans				
Testés pour le VIH	276 173	423 577	354 924	
Testés VIH+	3 543	5 511	3 423	
Taux de séropositivité	1,3%	1,3%	1,0%	

b. Prévention Transmission mère-enfant

Tableau 4: Prévention de la transmission mère-enfant du VIH.

	2019	2020	2021	Tendance
FEC reçues en CPN	737 161	785 253	869 313	
FEC testées connaissant leur statut (%)	83,5%	89,6%	94,8%	
FEC VIH+ identifiées	20 168	20 852	19 081	
FEC VIH+ sous TARV	17 046	16 731	17 304	
EE identifiés	15 195	14 137	13 807	
EE ayant fait une PCR	14 970	13 777	12 160	
EE ayant bénéficié d'une PCR (%)	98,5%	97,4%	88,2%	
EE sous prophylaxie ARV (%)	87,5%	85,2%	91,5%	
Taux de séropositivité des EE	4,8%	4,3%	4,0%	
EE ayant une PCR+ sous TARV (%)	46,1%	62,3%	72,6%	

2.2 Prise en charge des PvVIH

a. Lien et couverture au TARV

Tableau 5: Lien au TARV enfants et adolescents VIH+.

	2019	2020	2021	Tendance
Pourcentage de lien au TARV				
Enfants < 10 ans VIH+	74,7% (1 562)	94,2% (2 144)	75,6% (1 518)	
Adolescents 10-14 ans	60,7% (440)	39,7% (507)	65,7% (440)	
Adolescents 15-19 ans	71,7% (2 542)	45,1% (2 486)	74,6% (2 555)	

Tableau 6: Enfants et adolescents sous TARV.

	2019	2020	2021	Tendance
Enfants < 10 ans VIH+	34,2% (6 377)	32,9% (6 715)	32,1% (6 738)	
Adolescents 10-19 ans	32,2% (9 980)	35,2% (10 865)	39,0% (11 873)	

Tableau 7: Résumé des données programmatiques régionales en 2021

	Adamaoua	Centre	Est	Extrême Nord	Littoral	Nord	Nord-Ouest	Ouest	Sud	Sud-Ouest	National
Prévention de la Transmission Mère-Enfant											
Couverture TARV FEC	95,2%	82,4%	75,8%	77,9%	88,0%	75,9%	89,8%	92,1%	95,2%	78,4%	85,2%
Couverture TARV EE	98,9%	74,4%	73,3%	83,4%	76,3%	91,1%	78,2%	96,0%	95,0%	72,5%	80,5%
Taux de séropositivité											
Enfants de 1-4 ans	2,4%	3,0%	4,3%	2,6%	0,9%	3,2%	0,8%	1,2%	3,1%	0,5%	1,9%
Enfants de 5-9 ans	1,6%	2,2%	1,8%	1,8%	0,8%	2,2%	0,4%	1,0%	3,0%	0,5%	1,3%
Adolescents de 10-14 ans	0,9%	2,2%	0,9%	1,8%	0,7%	0,5%	0,3%	0,8%	1,5%	0,4%	0,9%
Adolescents de 15-19	1,3%	1,9%	1,3%	0,6%	0,8%	0,6%	0,2%	0,5%	1,6%	0,6%	1,0%
Lien direct au TARV chez les enfants et adolescents VIH											
Lien au TARV 0-9 ans	90,2%	53,6%	85,8%	83,9%	69,3%	81,5%	91,8%	88,0%	81,1%	80,0%	75,6%
Lien TARV chez les 10-14	91,1%	37,4%	84,8%	74,4%	65,1%	88,5%	80,8%	76,6%	91,9%	84,6%	65,7%
Lien TARV chez les 15-19	95,5%	49,2%	87,2%	65,9%	70,0%	91,0%	88,6%	84,2%	88,7%	83,8%	74,6%
Connaissance du statut chez les enfants et adolescents											
Enfants 0-9 ans	53,7%	47,9%	53,2%	46,3%	37,7%	39,6%	56,0%	34,4%	45,9%	51,9%	43,2%
Enfants de moins de 15 ans	46,8%	49,9%	43,7%	41,2%	42,2%	32,9%	63,2%	38,7%	39,6%	58,7%	46,3%
Adolescents 10-19 ans	62,6%	64,9%	71,8%	42,6%	52,7%	40,6%	66,5%	52,8%	48,0%	67,4%	58,0%
Couverture en ARV											
Enfants 0-9 ans	77,0%	66,3%	75,4%	66,0%	68,8%	74,7%	77,8%	78,5%	80,5%	52,5%	70,5%
Enfants de moins de 15 ans	81,6%	70,6%	78,2%	71,9%	75,3%	78,3%	84,3%	80,4%	86,4%	59,0%	75,3%
Adolescents 10-19 ans	66,8%	60,7%	63,9%	58,5%	74,7%	72,8%	86,4%	66,8%	65,7%	58,9%	67,2%

Suppression virale											
Enfants 0-9 ans	69,6%	82,7%	58,2%	74,8%	84,3%	77,7%	83,1%	84,2%	100%	100%	80,4%
Enfants de moins de 15 ans	69,4%	84,2%	61,8%	74,9%	86,7%	71,2%	87,1%	88,9%	92,2%	87,5%	82,4%
Adolescents 10-19 ans	72,8%	86,9%	73,1%	77,1%	87,9%	69,8%	90,2%	93,5%	94,3%	89,8%	86,0%
File active											
Enfants 0-9 ans	503	1 509	725	555	777	528	897	464	363	417	6 738
Enfants de moins de 15 ans	742	2 646	1 023	881	1 480	735	1 768	892	558	814	11 531
Adolescents 10-19 ans	788	2 652	1 389	726	1 556	791	1 714	946	491	820	1173

Chapitre 3 : Initiatives sur la PECP entre 2019 et 2021

- Opérationnalisation de la décentralisation de la PECPA
- NEW HORIZONS advancing pediatric HIV Care collaborative
- Optimisation du TARV pédiatrique
- Mise en œuvre de la stratégie teenager Mentor (TM) par RECAJ+
- Recherche active des enfants exposés
- Consultation nationale multipartite sur le VIH et la tuberculose pédiatriques



3.1 Opérationnalisation de la décentralisation de la PECPA

Depuis 2017, le Cameroun a mis en œuvre les centres d'excellence de PEC du VIH pédiatrique sous forme pilote dans 4 régions qui a contribué à une décentralisation limitée des soins pédiatriques uniquement dans ces quatre régions soutenues par PEPFAR (Centre, Littoral, Nord-Ouest et Sud-Ouest). L'objectif de la mise en œuvre de ce pilote était de permettre au Ministère de la Santé d'adhérer au projet et de l'étendre rapidement aux dix régions, ce qui n'a pas été le cas, ceci dû à un manque de financement.

Par ailleurs, lors de l'évaluation du plan stratégique national 2018-2021, la prise en charge pédiatrique a été identifiée comme l'un des domaines les plus faibles de la réponse nationale de la lutte contre le VIH. L'une des recommandations fortes intégrée lors de l'élaboration de la note conceptuelle du Fonds mondial (NFM3) était de décentraliser la prévention, les soins et le traitement du VIH chez les enfants et les adolescents des quelques sites à fort volume offrant des services VIH vers les sites à moyen et faible volume.

En effet, en 2018, le MINSANTE avait signé une décision pour la décentralisation de la prise en charge à tous les niveaux de la pyramide sanitaire y compris les Centres de santé intégrés (CSI). Cependant, on a vu une hausse des unités de prise en charge adulte, les sites de PECPA ne représentant que **23% des sites au niveau national**.

Le programme PEPFAR aligné sur cette recommandation a proposé d'accompagner le ministère de la santé dans le processus de décentralisation en s'appuyant sur le pilote mis en œuvre par EGPAF avec le financement de CDC-PEPFAR.

Mise en place des centres d'excellence de formation pédiatrique

Le processus de décentralisation sera axé sur la **création de centres de formation pédiatrique** qui serviront de pôles pour accompagner les sites satellites (système Hubs and spokes). L'opérationnalisation de cette décentralisation des sites de PECP nécessitera :

- Des approches de **formation/recyclage** continue et de **mentorat** utilisant les directives, les protocoles et les approches révisés en matière de VIH/SIDA.
- La mise en place d'un système de partage d'informations sur la prise en charge du VIH (bonnes pratiques), qui sont en constante évolution.

La diffusion des connaissances se fera à l'aide des facilitateurs et des mentors identifiés et formés qui aideront en utilisant la plateforme ECHO (Extension for Community Healthcare Outcome) de nombreux prestataires de soins de santé à fournir des services VIH de qualité. L'amélioration significative du paquet minimum approuvé de services VIH

et l'offre de services de qualité contribueront à la réalisation des résultats pour les enfants et les adolescents.

a. Objectif général :

L'objectif global de la mise en place de ces centres d'excellence de formation sera de renforcer la capacité des prestataires de santé à offrir des services de qualité en termes de prévention, de soins, de traitement et de soutien du VIH basés sur des données probantes, pour les enfants et les adolescents (âgés de moins de 19 ans) dans les sites satellites au centre d'excellence.

b. Objectifs spécifiques

- Offrir un ensemble minimum de services et servir de centre d'apprentissage pour les formations sanitaires.
- Mener une formation continue, un mentorat et des discussions basées sur des cas pour les prestataires de santé dans le centre et les structures secondaires par le biais d'un mentorat physique ou de l'utilisation de la plateforme ECHO.
- Offrir un mentorat et discussion sur des cas difficiles pour les prestataires de santé dans les centres satellites à travers ECHO.

c. Les différentes étapes de la mise en œuvre des centres d'excellence :

- Etape 1 : Identifier les installations Hub et Spoke et impliquer les parties prenantes
 - Définir les critères de sélection des centres HUB pédiatrique et des sites Spoke.
 - Discuter avec la direction de l'établissement et le personnel concerné
 - Identifier les experts en la matière au PEC et définir les rôles et responsabilités de tous les acteurs concernés.
- Etape 2 : Réaliser une évaluation de l'état de préparation et de la situation de base pour les sites Hub et de Spoke.
- Etape 3 : Soutien pour combler les lacunes sur la base des résultats
- Etape 4 : Fournir une orientation sur les PTCE aux prestataires de soins dans les FOSA concernés.

- Etape 5 : Initier les activités de PTCE (Projet ECHO) et les consultations de cas.
- Etape 6 : Extraire et documenter les leçons apprises
- Etape 7 : Suivi et évaluation des processus et des indicateurs de résultats.

3.2 Initiative NEW HORIZONS advancing pediatric HIV Care collaborative

En 2020, le Ministère de la Santé Publique du Cameroun (MOH) et Product LP Johnson & Johnson ont signé un protocole d'accord pour la mise en place de cette initiative qui a pour principal objectif la prise en charge des échecs thérapeutiques chez les enfants et adolescents VIH sous 2^e et 3^e ligne. Par ailleurs, le pays a reçu une assistance technique et financière à travers Elizabeth Glaser Pediatric Foundation (EGPAF) pour ce projet pour le compte de Johnson & Johnson. Le Cameroun a ainsi rejoint dix autres pays membres à savoir l'Eswatini (ex-Swaziland), l'Éthiopie, le Kenya, le Lesotho, le Nigéria, le Rwanda, l'Afrique du Sud, l'Ouganda, la Zambie et Zimbabwe.

Ce programme visait au :

- **Renforcement du système de santé** dans la PEC des échecs thérapeutiques 2L
- **Coordination de la mise en œuvre du paquet de soins pour la PECP** du VIH et augmenter l'offre des médicaments ARV de 3L pour les enfants et adolescents
- **Renforcer les compétences des prestataires de soins** sur la gestion des résistances, sur la transition des enfants et adolescents des unités de pédiatrie vers celle des adultes ainsi que sur la collecte des données

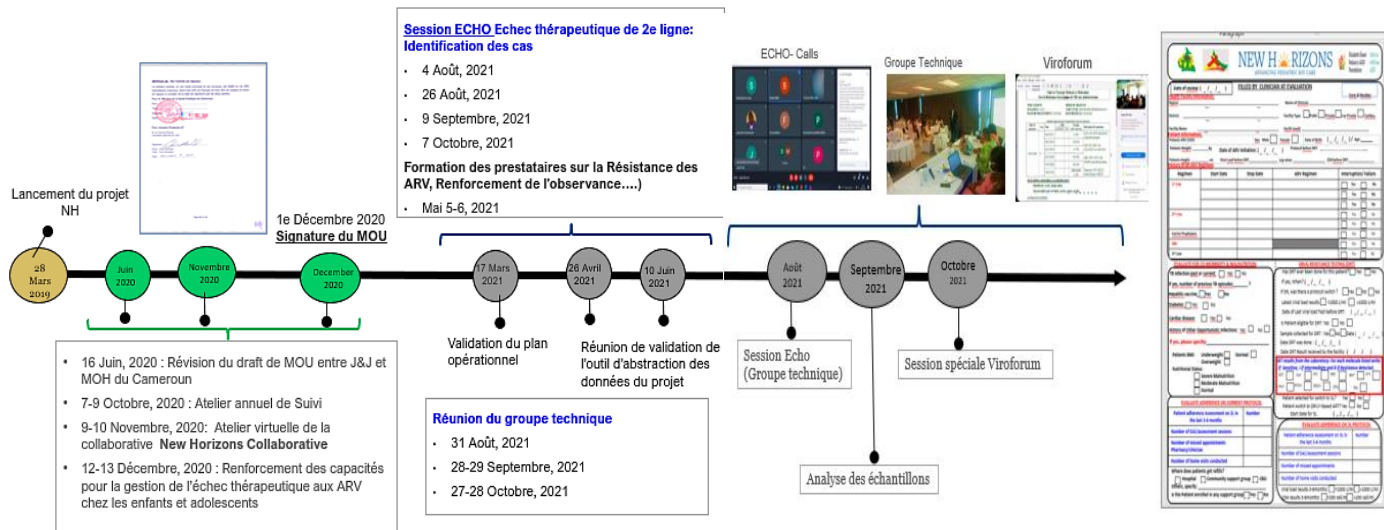
Le projet prévoyait enrôler 5000 enfants, adolescents et jeunes infectés par le VIH âgés de 24 ans au plus en échec thérapeutique. Cet enrôlement devrait se jusqu'au 31 décembre 2020 puis continuer avec une phase de suivi jusqu'au 31 décembre 2030.

Une des contraintes au projet : Donation uniquement du Darunavir non boosté par le ritonavir, protocole adopté dans les directives nationales de prise en charge du VIH. Par conséquent, le pays devra fournir le Ritonavir. La mise en œuvre de ce projet a été effective dans la région du Centre et du Littoral dans 14 sites Pilotes représentant 70% de la FA des enfants et adolescents jeunes sous 2L dans ces deux régions.

L'année a été clôturée par une revue annuelle du projet avec la participation des autres six pays. Des résultats il en ressort que sur les 44 échantillons prélevés pour le *test de Résistance*, des 35 résultats disponibles 38% (17/44) des échantillons présentaient au moins une résistance à une molécule. Les autres échecs étaient probablement dus à la non ou mauvaise observance au traitement.

En perspective, une extension des sites sera faite pour six régions dans 28 sites.

Étapes de mise en œuvre du projet



Le tableau ci-dessous regroupe les principales activités réalisées au cours des deux années de mise en œuvre.

Tableau 8: Activités réalisées dans le cadre du projet NHC.

Activités Menées	Fréquences	Avantages	Leçons apprises
Viroforum	Mensuellement	• Identification et PEC d'un cas de résistance aux ARV de 2^{ème} ligne chez un enfant • Formation continue sur la collecte, le stockage et le transport des échantillons	• Partage d'expérience • Aider à améliorer la gestion des cas par les prestataires de soins de santé
ECHO sessions	Mensuelle ou trimestrielle	• Partage d'expérience de l'adolescent champion • Soutien par l'adolescent champion	• Renforcement de l'ETP • Identification du patient pour le test de résistance et interprétation du résultat de test de résistance • L'observance est la principale cause d'échec du TAR chez l'enfant et l'adolescent.
Groupe Technique d'accompagnement	Mensuellement et trimestriellement	• Discussion sur les différents cas identifiés par les sites • Formation sur l'ETP, le remplissage des formulaires de demande d'examen de laboratoire • Renforcement de la collaboration	• Bonnes pratiques d'éducation thérapeutique des patients • Partage d'expérience pour améliorer les performances des sites

Formation du prestataire de soins sur la résistance aux médicaments, l'aide à l'observance)	Formation délocalisée en début du projet	• Bonnes concentrations de participants • Participation effective des participants	• Renforcement des capacités des participants pour la gestion du TAR de deuxième ligne • Les participants ont été en mesure de collecter des échantillons
Monitoring des sites sur la gestion des données et collecte de données	Quotidiennement	• Bonne collaboration entre les sites et acteurs du projet • Suivi quotidien des activités sur les sites	• Le suivi quotidien de la mise en œuvre du projet est indispensable pour l'atteinte des résultats escomptés

3.3 Optimisation des protocoles pédiatriques

L'administration du TARV aux enfants peut s'avérer particulièrement difficile. Les formulations pédiatriques des médicaments ARV pour nourrissons et jeunes enfants sont souvent présentées sous forme liquide ou de sirop et sont difficiles à prendre pour les enfants en raison du mauvais goût et des grandes quantités à avaler.



Ces formulations posaient également des problèmes aux prestataires de soins et aux personnes responsables de ces enfants, car les médicaments peuvent nécessiter une réfrigération, ce qui s'avère difficile dans notre contexte (accès limité à l'électricité) ou encore des difficultés



En ce qui concerne les formulations destinées aux enfants plus âgés qui peuvent avaler des comprimés, la grosse taille de ces comprimés et leur lourd fardeau posologique posaient également des problèmes. Étant donné que les doses des médicaments antirétroviraux pédiatriques dépendent de l'âge et de la catégorie de poids des enfants, ces

médicaments peuvent être compliqués à prescrire et à administrer pour les prestataires de soins et les personnes responsables des enfants.

Pour pallier à ces problèmes, le Cameroun a révisé ses directives de prise en charge du VIH en 2019 afin d'optimiser le TARV chez les enfants et adolescents vivant avec le VIH. Cette révision a permis d'introduire le DTG 50 mg dans les protocoles pédiatriques chez les enfants et adolescents de plus de 20kg (DTG 50) ou 30kg (TLD).

L'introduction du DTG 50 s'est faite progressivement en 2020, et on a atteint en fin Décembre un taux de 52,2% (166 255/319 623), correspondant au TLD chez les PvVIH âgés de plus de 10 ans.

En 2021, le pays a introduit le DTG 10 mg sous forme de phase pilote dans 20 sites de prise en charge dans les 10 régions. Pour cela, un plan d'introduction a été développé, pour une durée de six mois allant de Novembre à Avril. Les critères d'éligibilités étaient tous les enfants en échec PTME pesant moins de 20 kg ainsi que tous les perdus de vues (PDV) retrouvés et ramenés aux soins pesant moins de 20 kg. Une évaluation devra être faite à la fin de cette phase pour tirer les points forts et pallier aux difficultés en vue du passage à échelle.

3.4 Recherche active des enfants exposés

Depuis 2018, on a observé qu'environ 5000 EE n'étaient pas vus en Consultation Post-Natale (CPoN) et ne bénéficiaient par conséquent pas du diagnostic et d'une PEC précoce malgré toutes les interventions mises en œuvre aussi bien dans les FOSA qu'en communauté. Fort de cette situation, le CNLS en collaboration avec les parties prenantes et sous financement FM a réalisé une campagne de recherche activement et ramener ces 5000 EE n'ayant pas bénéficié du diagnostic précoce et de la PEC entre janvier 2020 et 2021 dans 250 FOSA des 10 régions.

Tableau 9: Résultats de la recherche active des EE en 2021.

Indicateurs	Résultats
EE absent à la PCR et la sérologie identifiés	1 612
EE absent à la PCR et la sérologie identifiés et liés aux FOSA	967
EE absent à la PCR et la sérologie identifiés, ramenés dans les FOSA et dépistés	802
EE absent à la PCR et la sérologie identifiés, ramenés dans les FOSA, dépistés VIH+	22
EE absent à la PCR et la sérologie identifiés, ramenés dans les FOSA, dépistés VIH+ et mis sous TARV	22

Source : rapport des régions.

Il ressort de l'analyse des données que 60% (967/1 612) des EE identifiés ont été liés dans les FOSA ciblées par l'activité. Parmi ces EE ramenés, 83% (802/967) ont bénéficié d'un test PCR ou d'une sérologie. Parmi ces EE dépistés 22 ont été identifiés positifs au VIH et mis sous TARV.

Cependant, des difficultés ont été rencontrées sur plusieurs plans : (i) Matériels par la rupture ou insuffisance des Kits DBS/PCR (ii) Ressource humaine insuffisante pour la mise en œuvre de l'activité (iii) Ressource financière liée à la motivation des acteurs des acteurs de mise en œuvre (iv) Localisation géographique des enfants et parents par l'absence ou la non mise à jour des plans de localisation (v) Barrières socioculturelles limitant la communication et l'adhésion des familles.



3.5 Consultation nationale multipartite sur le VIH et la tuberculose pédiatriques

Tenue en Juin 2021, avec pour objectif (i) d'identifier les lacunes actuelles en matière de prévention, de diagnostic, de traitement et de soins de la tuberculose pour les EVVIH (ii) de Partager les bonnes pratiques pouvant améliorer le VIH et TB chez les enfants au Cameroun (iii) d'identifier trois principales priorités pouvant faire l'objet du plaidoyer pour améliorer la prise en charge du VIH et TB chez les enfants au Cameroun. Les résultats obtenus au cours de cette séance de réflexion sont résumés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 10: Résultats de la recherche active des EE en 2021.

DOMAINES PRIORITAIRES	PROBLEMES IDENTIFIES	ACTIONS PROPOSEES
PREVENTION	Recherche active systématique des cas de TB et VIH chez les enfants et adolescents aux portes d'entrée des fosa	Renforcement des capacités des prestataires sur le dépistage du VIH et la TB pédiatrique
		Mentoring des personnels formés sur le dépistage du VIH et de la TB pédiatrique
		Diffusion et affichage des SOP
		Production, dissémination des directives et les outils de reporting
	Recherche active des cas et cas contacts de TB et VIH en communauté	Renforcement des capacités des intervenants communautaires (OBC, groupes spécifiques, Agents de Santé Communautaires Polyvalents, leaders religieux, tradipraticiens...etc) sur les différentes thématiques de prévention, diagnostic, prise en charge
		Mise en œuvre du dépistage démedicalisé et ciblé (contact tracing et le dépistage familial)
		Communication pour le Changement de Comportement en vue de l'augmentation de la demande des services
PRISE EN CHARGE DES PATIENTS	Lien au TARV	Accompagnement actif des enfants dépistés TB et VIH par les leaders religieux, guérisseurs et tradipraticiens
		Accompagnement psychologique des enfants dépistés TB et VIH par les leaders religieux, guérisseurs et tradipraticiens
	Dispensation communautaire des ARV	Elaboration d'une lettre circulaire pour dispensation communautaire des ARV chez les enfants stables de 5 ans et plus
		Réalisation d'une étude de faisabilité pour l'enrôlement des associations religieuses dans la dispensation communautaire

		Création des groupes de soutien dans la communauté pour dispenser les ARV
	Couverture en laboratoire pour les examens de charge virale, intrants et réactifs pour Le suivi biologique du VIH et la TB,	Elaboration du cahier de charge des laboratoires de toutes les catégories des FOSA en termes de CV, suivi TB, tests de résistance VIH et TB
		Mise en place d'un plan de maintenance (curatif et préventif) des plateformes intégrées dans le suivi du VIH, TB, Hépatites et Covid.
		Mise en place des responsables au niveau régional et District pour le suivi de l'optimisation des plateformes intégrées
		Réhabilitation des laboratoires surtout celles qui abritent le GENEXPERT aux normes de contrôle de l'infection TB/COVID
		Vulgarisation du plan de la chaîne d'approvisionnement pour la disponibilité des intrants pédiatriques
		Renforcement du système de gestion des stocks au niveau opérationnel
	Transport des échantillons et Rendu des résultats	Elaboration d'un document intégré pour le transport des échantillons par région et rendu des résultats (plan, communication, directives, outils, etc.)
		Imprégnation de tous les acteurs (national « DPML, LNSP, LABO de Ref, DLMEP, etc. », équipe régionale, District, équipe FOSA « responsable, Labo, prescripteurs, etc. ») de la chaîne de transport des échantillons et rendu des résultats
	Faible rétention	Renforcement des capacités des prestataires sur la prise en charge psychosociale et ETP
		Renforcement de la transition des adolescents des services pédiatriques vers les services adultes

		Groupes de soutien pour les enfants et adolescents
		Mise en place des services adaptés aux enfants et adolescents dans les FOSA (horaires, points de convivialités...) et la communauté
	Création de la demande en charge virale VIH et la résistance, suivi de la TB	Renforcement des capacités des acteurs pour l'utilisation des outils de collecte dans la création de la demande de service
		Sensibilisation des acteurs hospitaliers et communautaires y compris les leaders religieux sur la demande de la CV et tests de résistance
SUIVI-EVALUATION/C OORDINATION	Harmonisation insuffisante des données collectées/ Multiplicité des outils par acteurs	Identifications et sélection des outils de collecte/ Harmonisation des outils de collecte par les acteurs nationaux
	Données insuffisamment désagrégées	Désagrégation optimale des données pour toutes les tranches d'âges
	Insuffisance des financements pour le suivi post-formation	Prévoir dans les demandes de financements des plans de renforcement de capacités et de suivis post-formations

Source : Rapport de la mission, DLMEP.

3.6 Le Réseau Camerounais des Adolescents et Jeunes vivant avec le VIH (RECAJ+)

Le réseau camerounais des adolescents et jeunes vivants avec le VIH (RECAJ+) est la toute première association créée en 2016 par et pour ces derniers et légalisée en 2018. Il a pour objectif principale de « **veiller au bien-être psychologique, social et clinique des enfants, des adolescents, et des jeunes vivant avec le VIH** ». Il met en œuvre des interventions dans les 10 régions et 40 districts de santé du Cameroun. Pour atteindre ses objectifs, le RéCAJ+ a mis en place plusieurs stratégies qui s'appuient sur l'approche Teenager Mentor (TM).

a. Missions et objectif du RéCAJ+

Le RéCAJ+ a organisé deux grande rencontre de plaidoyer afin de créer un cadre permanent d'identification et de résolution des problèmes spécifiques de l'enfant, de l'adolescent et le jeune vivant avec le VIH pour l'accélération nationale de la PECPA (2020 et 2022)

Le RéCAJ+ contribue à travers ses interventions à limiter la propagation du VIH/Sida en milieu jeune d'ici à l'horizon 2035 par l'identification et la recherche active des adolescent(e)s et jeunes les plus difficiles à trouver (hard to reach), incitation et orientation au dépistage du VIH ; et l'utilisation des plateformes numériques pour

Plusieurs stratégies innovantes pour la prévention tertiaire sont mis en œuvre par le RéCAJ+ afin d'assurer l'effectivité du dernier 90 de l'agenda des trois 90, auprès de la cible prioritaire du réseau tel que

- Accompagnement psychologique et social par les groupes de paroles ;
- Aide numérique à l'observance ;
- Visite à domicile et éducation thérapeutique ;
- Médiation parent/enfant ;
- L'art thérapie et les activités extra clinique.

Ramener à **zéro** le nombre de décès dus au Sida parmi les enfants, les adolescent(e)s et les jeunes vivants avec le VIH par le renforcement du lien au traitement des adolescents et jeunes « Hard To Reach » et l'accompagnement dans le continuum de soin.

Tableau 11: Résultats des activités du RECAJ+

Indicateurs	2019	2020	2021	Total
Nombre d'adolescents et jeunes ayant bénéficiés d'une séance de CCC	1464	13481	8261	23206
Nb personnes touchées par les communications sur les réseaux sociaux du RéCAJ+	586	3600	17 352	21538
Nombre d'adolescents et jeunes dépistés au VIH	NA	169	5577	5746
Nombre de nouveaux cas positifs au VIH détectés	NA	2	152	154
Nombre d'adolescents et jeunes dépistés positifs liés au traitement	NA	2	127	129
Nombre de groupes de paroles menés	60	24	142	226
Nombre d'adolescents et jeunes vivant avec le VIH ayant participé aux groupes de paroles	900	243	2339	3482
Nombre de VAD	40	11	157	208
Nombre séances d'ETP	0	99	1069	1168

Source : Rapports annuels du RECAJ+, 2019-2021.

Au cours de ces 3 années (2019, 2020 et 2021), le RéCAJ+ a obtenu nombreux résultats qui couvre tous les 95-95-95. Les 2 premières années le RéCAJ+ menait essentiellement des activités de prévention primaire et tertiaire en l'occurrence la sensibilisation et l'accompagnement psychologique et social grâce à l'animation des groupes de paroles les VAD et les ETP. A partir de 2021 le RéCAJ+ offre un paquet de service plus complet avec accent mis sur le dépistage ciblé et de lien au traitement qui viennent s'ajouter aux autres activités déjà existantes.

b. Approche Teenager Mentor (TM)

Approche propre au RéCAJ+. Un Teenager Mentor est un adolescent ou un jeune vivant avec le VIH qui a parfaitement accepté son statut sérologique. Il a de bonnes compétences de socialisation et de transmission des comportements positifs, il est capable d'effectuer des médiations ou des plaidoyers en faveur de leurs pairs auprès des parents, du personnel soignant, des autorités administratives et d'autres entités dont les activités concernent directement la cible. Ils ont le devoir d'être

des références en matière d'observance et de vie scolaire ou académique. Ces derniers sont très actifs dans les formations sanitaires de toutes les régions du Cameroun pour mener des groupes de discussion, de soutien et des séances d'éducatons thérapeutiques avec des adolescents vivant avec le VIH, qui parfois ont des difficultés d'acceptation de leur statut sérologique ou autres difficultés psychologiques. Le RéCAJ+ utilise aussi d'autres stratégies qui s'appuie sur l'approche TM.



Chapitre 4 : Offre de service en PECPA

4.1 Couverture géographique en site PECPA

La prise en charge pédiatrique commence dans les sites de PTME avec le suivi du couple mère et enfant exposé. Malgré le passage à échelle des programmes PTME au niveau national en 2004, c'est au cours de la décentralisation de l'accès au TARV en 2005 que va timidement débiter la prise en charge pédiatrique dans les hôpitaux en dehors de Yaoundé et Douala. En effet, avant l'année 2005, seuls trois hôpitaux publics à savoir le Centre mère-enfant (CME), le Centre hospitalier d'Essos (CHE) à Yaoundé, et l'Hôpital Laquintinie à Douala, prenaient en charge l'infection à VIH chez les enfants, en dehors du traitement ARV prophylactique administré à la mère et à son enfant avant ou pendant l'accouchement dans tous les sites PTME.

Depuis la décentralisation de la prise en charge du VIH à toutes les FOSA en 2018, on a observé une nette augmentation des sites PEGG mais la couverture géographique en site PECP est restée faible estimée à 24% (687) en 2021 au niveau national. Il ressort donc une hausse au niveau national de 13% (420/3 277) en 2020 à 24% (687/2 927) en 2021 si nous considérons les sites de PEGG. S'agissant des sites PTME, ce taux est plus faible même si on a noté une amélioration, passant de 8% (420/5 303) en 2020 et 13% (687/5 280) en 2021.

Tableau 12: Répartition des sites de PEEG, PTME et PEEPA, 2021.

Région	Sites PEEG basés sur le taux de rapportage	Sites PEEG basés sur la file active	Sites PTME/Option B+	Nb de sites de PEEPA	Taux de couverture par rapport aux sites PEEG	Taux de couverture par rapport aux sites PTME
Adamaoua	189	171	183	42	24,6%	22,9%
Centre	1611	662	1523	124	18,7%	8,1%
Est	248	215	247	78	36,3%	31,6%
Extrême-Nord	412	244	405	47	19,3%	11,6%
Littoral	821	445	865	64	14,4%	7,4%
Nord	305	248	302	33	13,3%	10,9%
Nord-Ouest	385	267	381	96	40,0%	25,2%
Ouest	850	299	832	64	21,4%	7,7%
Sud	265	245	277	36	14,7%	13,0%
Sud-Ouest	293	131	265	83	63,3%	31,3%
National	5 379	2 927	5 280	687	23,5%	13%

Source : Rapports annuels des régions, DHIS2 2021.

La région du Sud-Ouest (63%) a la plus grande couverture tandis que les régions de Littoral, du Nord et du Sud ont les taux les plus faibles taux de couverture comparée aux sites PEEG, 14,4%, 13,3% et 14,7% respectivement.

4.2 Couverture géographique en site de prélèvement DBS

Depuis 2016, l'offre du diagnostic précoce du VIH chez les enfants nés de mère VIH+ (Enfants Exposés, EE) se fait à travers la PCR/ADN soit dans les laboratoires conventionnels (CIRCB, NEID-Mutengene, TBL-Bamenda et CPC Garoua) ou à travers les « Points of Care » (POC) dans certaines FOSA, permettant ainsi de réduire le temps de rendu des résultats et la mise précoce sous TARV des enfants infectés. En effet, en plus des 04 laboratoires de référence que compte le pays, 86 machines POC sont disponibles mais inégalement répartis comme le montre le tableau 13.

Tableau 13: Répartition des sites DBS et EID/POC par région

Régions	Sites PTME	Laboratoire	POC/EID	Sites DBS fonctionnels	Couverture
Adamaoua	183	0	8	153	83,6%
Centre	1 523	1	10	603	39,6%
Est	247	0	9	110	44,5%
Extrême-Nord	405	0	13	136	33,6%
Littoral	865	0	10	96	11,1%
Nord	302	0	6	223	73,6%
Nord-Ouest	381	1	9	125	54,9%
Ouest	832	1	10	344	41,3%
Sud	277	0	7	169	61,0%
Sud-Ouest	265	1	4	63	23,8%
National	5 280	4	86	2 022	38,3%

Source : Rapports des régions 2021, DHIS2 2021.

Le plateau technique pour la réalisation du diagnostic précoce du VIH a été renforcé avec l'optimisation de 35 POC dans les FOSA des DS dans 06 régions du pays dans le cadre de l'appui par le projet PETVISIDAME. Ainsi, la région du Nord qui n'avait aucun POC en a reçu 06, dont la mise en fonction a été faite en Octobre 2021. Les régions de l'Est et de l'Ouest ont reçu chacune 8 POC en fin d'année 2021.

Par ailleurs, on a observé une augmentation du nombre de sites de prélèvement des échantillons DBS de 37% entre 2019 (1 277) et 2021 (2 022). S'agissant des sites PTME, la couverture en sites DBS était de 38% (2 022/5 280) en 2021. Ce taux est en augmentation croissante depuis 2019, passant de 25% (1 277/5 143) à 36% (1 924/5 303) en 2020 puis 38% en 2021.

Il ressort de l'analyse que les régions de l'Adamaoua et du Nord ont présenté des taux de couverture en prélèvement DBS les plus élevés respectivement 84% (153/183) et 74% (223/302).

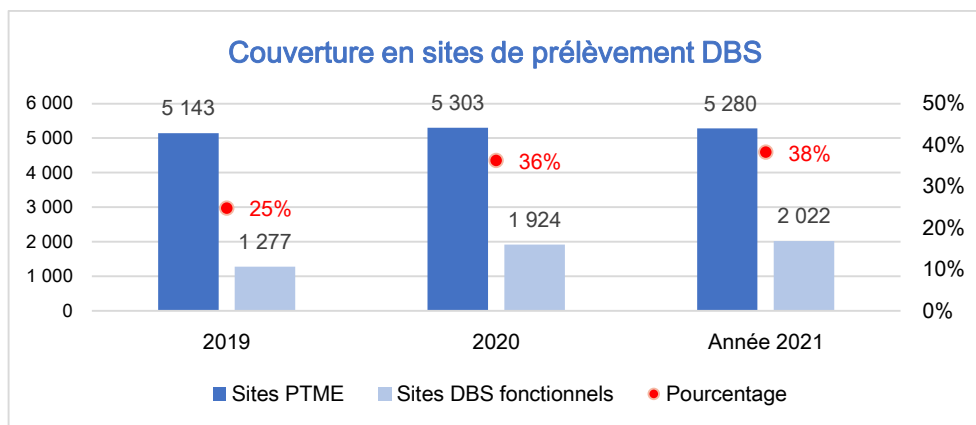


Figure 5: Evolution de la couverture en sites de prélèvements DBS entre 2019 et 2021.

Source : rapports des régions, 2021 et rapports annuels CNLS 2019 et 2020.

Cependant, cette hausse nationale n'est pas reflétée dans toutes les régions. En effet, certaines régions ont connu une baisse, la plus importante était observée dans la région du Sud-Ouest, de 83% (176/211) à 24% (63/265). Ceci pourrait s'expliquer par (i) Des ruptures des intrants DBS et (ii) La fermeture de certains sites PTME dans les régions à conflit. À l'inverse la région de l'Adamaoua a présenté la plus forte hausse passant de 41% (71/172) à 84% (153/183).

Couverture régionale en sites de prélèvements DBS

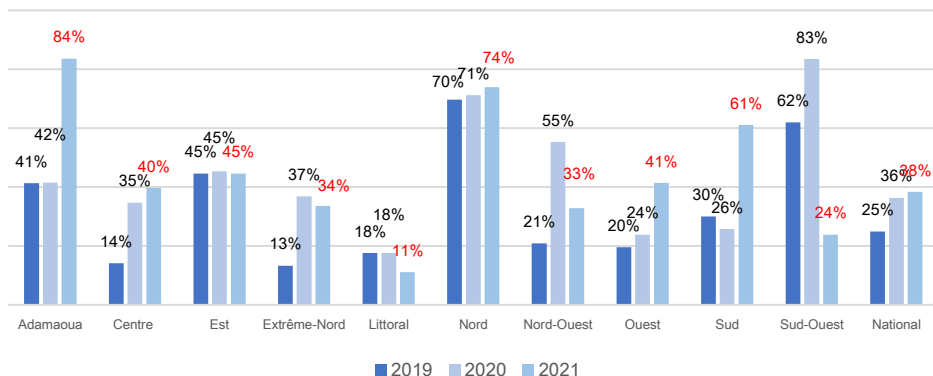


Figure 6: Evolution de la couverture régionale en sites de prélèvements DBS entre 2019 et 2021.

Source : rapports des régions, 2021 et rapports annuels 2019 et 2020.

4.3 Renforcement des capacités du personnel de soins

En plus de leur volonté et disponibilité, la formation des professionnels de santé est nécessaire dans la PEC des enfants et adolescents infectés par le VIH. Faire le suivi de ces patients ainsi qu'administrer les ARV exige un minimum de formation non seulement aux particularités des infections infantiles, mais également aux spécificités de l'infection à VIH.

En plus de l'existence d'un guide de PEC des PVIH, de nombreuses sessions de formation ont été organisées à l'attention des personnels soignants. Des formations de recyclage sont régulièrement organisées par les partenaires de mise en œuvre sur site ou à travers (en moyenne deux fois par an).

En 2019, et à la suite de la révision des directives nationales, plusieurs sessions de formation en cascade sur la PECG du VIH y compris la PECP ont été réalisées. Cette formation s'est faite avec l'appui technique et financier des différents partenaires CDC/PEPFAR, EGPAF, ICAP, GUGH et CBCHB. Les sessions de renforcement des capacités régionales ont

eu lieu dans toutes les régions du pays et portaient sur les principales thématiques suivantes :

- Nouvelles directives sur les nouveaux protocoles de TARV avec l'intégration du DTG en première ligne ;
- La mise en œuvre du service différencié y compris le dépistage ciblé, cas index ;
- La PECP du VIH avec le nouvel algorithme du diagnostic précoce ;
- Les recommandations sur la prescription et interprétation de la charge virale ;
- PEC des infections opportunistes en particulier Tuberculose et Cryptococcose ;
- Prise en charge psychosociale ;
- Formations sur l'utilisation des outils, l'amélioration de la qualité, suivi-évaluation...

Au total, en 2019 ce sont 1 790 prestataires de soins qui ont été formés dont la majorité était le personnel paramédical, soit 43% (776), suivi du personnel APS, ACRR avec 31% (561) et du personnel médical soit 22% (395) médecins. Les pharmaciens eux ne représentaient que 3% (58). En 2020, poursuite du renforcement des capacités des prestataires sur les nouvelles directives de PEC du VIH avec formation d'environ 150 prestataires dans les 10 régions. Par ailleurs, au cours de la même année, les modules de formations sur l'optimisation du TARV chez les enfants et adolescents ont été révisées, la formation proprement dite amorcée par la formation des formateurs des dix régions.

En 2021, des sessions de renforcement de capacité des prestataires de soins ont été réalisés, l'emphasis a été mis sur l'optimisation de la PECP du VIH notamment sur l'administration de nouvelles formulations d'ARV pédiatriques, la PEC de la coinfection TB/VIH chez les enfants, le diagnostic et la PEC de la maladie avancée, le suivi du couple mère-enfant et l'autodépistage, etc... Le résumé des formations dispensées est contenu dans le tableau ci-dessous :

Tableau 14 : Formations dispensées en 2021

Thématique	Personnels concernés	Nombres de personnes formées	Zones d'intervention
Recherche active des clients VIH positifs non liés au TARV	APS adultes et pédiatriques	190	10 régions
Nouvelles directives de PEC du VIH et SRMNI/PTME/PECPA prenant en compte l'auto dépistage	Médecins, infirmiers	47	Adamaoua, Est, Extrême-Nord, Nord et Sud
PTME et PECPA, y compris l'ADVHI	Médecins, infirmiers, aide-soignant	276	10 régions
Mentoring pour la PTME et la PECP	Médecins, infirmiers	100	10 régions
Mobilisation et dispensation communautaires	OBC	100	10 régions

Source : Rapports des ateliers, 2021.

De façon spécifique en 2021, seulement 688 prestataires (Médecins, infirmiers et APS) ont bénéficié d'une formation sur la prise en charge pédiatrique du VIH dans les 10 régions. Cependant plusieurs formations et recyclages ont été réalisés dans les sites soutenus par les partenaires d'implémentation de chaque région.

4.4 Couverture des sites en APS par rapport à la file active

Depuis 2016, recrutement des APS pédiatriques avec l'appui du Fonds Mondial pour le suivi du couple mère-enfant (FEC et EE) dans le cadre de la PTME, des enfants infectés ainsi que la recherche des perdus de vue. Cependant, malgré l'augmentation de leur nombre de 544 en 2019 à 592 en 2021, tous les sites PTME/option B+ ne possèdent pas une APS pédiatrique. Cette couverture est insuffisante que ce soit au niveau régional ou par district sanitaire (annexe x). Toutefois, la disponibilité des APS pédiatriques dépend de la FA. Néanmoins, en l'absence d'APS pédiatrique, le suivi est effectué par les APS adultes.

Tableau 15: Répartition des APS par région

Région	Nombre d'APS Pédiatrique	Nombre de FEC VIH+	Nombre d'EE ayant eu une PCR	FA <15 ans	Nb moyen de FEC VIH+ et d'EE suivis par une APS pédiatrique	Nb d'enfants infectés suivi par une APS pédiatrique
Adamoua	37	1 525	784	742	62	20
Centre	95	4 961	3 274	2 646	87	28
Est	30	2 274	1 024	1023	110	34
Extrême-Nord	87	1 064	492	881	18	10
Littoral	43	3 155	1 753	1 480	114	34
Nord	29	1 245	761	735	69	25
Nord-Ouest	112	1 318	1 230	1 760	23	16
Ouest	77	1 394	1 240	892	34	12
Sud	36	923	683	558	45	16
Sud-Ouest	46	1 222	919	814	47	18
Total	592	19 081	12 160	11 531	53	19

Source : Rapport des régions 2021, DHIS2

Le tableau ci-dessus donne un aperçu de la répartition de ces APS par région ainsi que le nombre moyen de leur cohorte. Nous pouvons constater que la région du Littoral qui a la 2^e FA la plus importante du pays, ne possède que 43 APS pédiatriques pour une cohorte de 148 par APS, trois fois la moyenne nationale qui est de 53 environ.

Encadré 2 : Couverture en APS pédiatrique

Région de l'Adamaoua. 37 APS assurent le suivi exclusif des EE, représentant un ratio de 26 EE par APS. Il existe aussi 4 autres APS mixtes dans la région notamment 2 APS mixtes dans le DS de Bankim, 1 dans le DS de Meiganga, et 1 APS dans le DS de Ngaoundéré rural.

Région du Littoral. 43 APS pédiatriques répartis dans 11 DS sur 24, avec en moyenne 132 personnes à suivre par ce dernier (EE et FEC+). Par ailleurs, les APS pédiatriques qui ont des petites cohortes sont parfois sollicités pour le suivi des patients adultes.

Région du Nord. 29 APS pédiatriques répartis dans 11 DS sur 15. 01 APS a en moyenne 42 FEC et 25 EE. Certains DS comme Tcholliré, Poli et Figuil ont enregistré un nombre important de FEC VIH+, pourtant ne disposent pas d'APS pédiatrique. Ce travail est réalisé par les APS adultes.

Région du Nord-Ouest. 51 APS pédiatriques pour le suivi du couple mère-enfant dont la charge de travail varie de 6 couples mère-enfant (DS de Benakuma) à environ 155 couples mère-enfant (DS de Bamenda 3). Il faut noter que les DS de Mbengwi et de Njikwa n'ont pas d'APS pédiatrique, les couples mère-enfant sont suivies par les APS adultes desdits districts.

Région de l'Ouest. 01 APS Pédiatrique suit en moyenne 52 FEC VIH positive et EE. Cette moyenne varie de 03 à 197 selon les districts de santé.

Région du Sud. 01 APS pédiatrique pour 18 EE qui constitue l'une des causes majeures des déficits de prise en charge du couple mère-enfant. Plusieurs DS ne disposent pas d'APS pédiatriques, il s'agit des DS de Lolodorf, Mvangan, et Olamze.

Région du Sud-Ouest. Parmi les 47 APS pédiatriques, 06 sont des APS adultes qui font aussi un suivi pédiatrique, couvrant 15 des 19 districts de santé. 75% de ces APS se trouvent dans quatre districts (Buea, limbe, Kumba et Tiko) qui accueillent la majorité des FEC VIH+ (72%) et d'EE (77%). Il faut noter que les DS d'Akwaya, Bangem, Fontem, Mbonge et Mundemba ont chacun 01 APS adulte qui couvre même l'aspect pédiatrique. Bien qu'il y ait des FEC séropositives et des EE à Bakassi, Eyumojock, Konye et Wabane, il n'y a pas d'APS pédiatrique dans ces districts. En moyenne pour la région, il y a 22 EE et 27 FEC+ par APS.

Chapitre 5 : Prévention et dépistage du VIH chez les enfants et adolescents

La progression naturelle de l'infection du VIH est plus rapide chez l'enfant que chez l'adulte, à cause de l'immaturité du système immunitaire de l'enfant. Les EVVIH sont exposés aux mêmes infections pédiatriques que les enfants VIH négatifs, mais ne peuvent pas lutter contre ces infections de la même manière. Un dépistage et une prise en charge précoce par les ARV, permettrait de réduire la morbidité et la mortalité auxquelles ils font face.

5.1 Prévention du VIH

a. Prévalence du VIH

Les résultats de la 5^e Enquête Démographique et de Santé au Cameroun (EDS-V) de 2018, montrent que la prévalence globale du VIH/SIDA chez les 15-49 ans a connu une baisse significative, passant de 5,5% en 2004 à 4,3% en 2011 puis 2,7% en 2018. Cette tendance a été retrouvée chez les jeunes de 20-24 ans mais connu une trajectoire inverse chez les 15-19 ans.

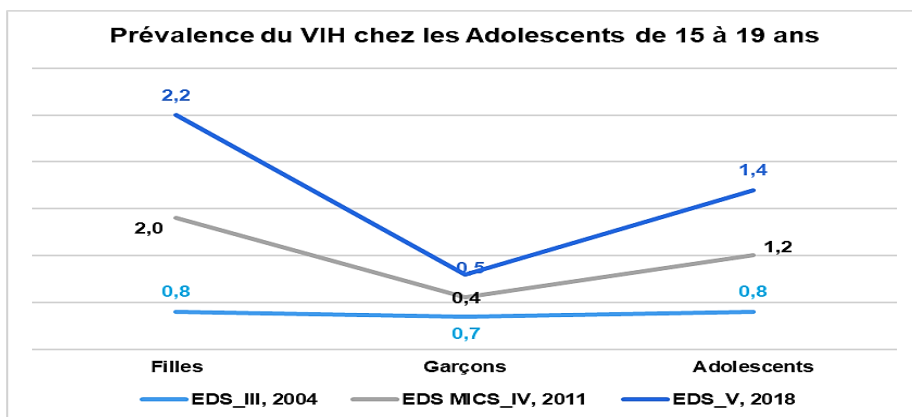


Figure 7: Evolution de la prévalence du VIH chez les adolescents de 15-19 ans fonction du sexe entre 2004 et 2018.

Source : rapports des EDS 2004 à 2018

La prévalence chez les 15-19 ans a presque doublé entre 2004 et 2018, passant de 0,8% en 2004 à 1,4% en 2018. Cette tendance était plus marquée chez les adolescentes.

Bien que la prévalence du VIH diminue chez les très jeunes enfants grâce au succès continu des interventions de prévention pour éviter des nouvelles infections, cette contraction n'intervient pas suffisamment rapidement du fait d'un taux intolérablement élevé de transmission de la mère à l'enfant (17%).

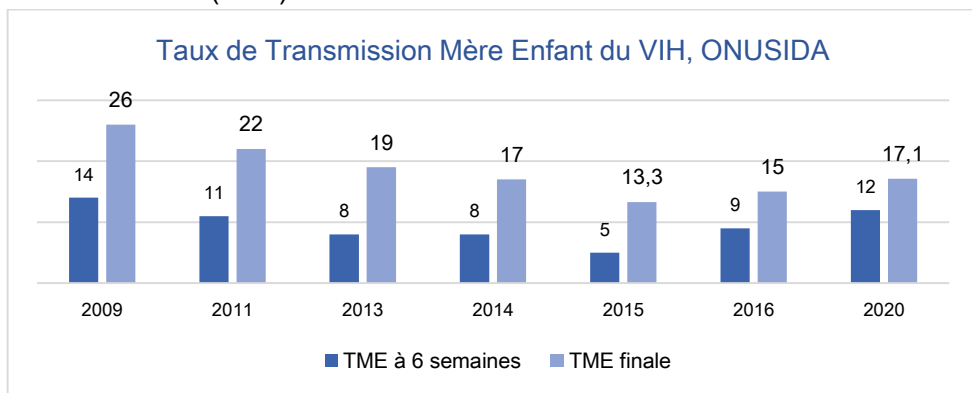


Figure 8: Evolution du taux de TME entre 2009 et 2020.

Source : rapports ONUSIDA.

b. Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

La PTME inclut une série d'interventions visant à la prévention de nouvelles infections à VIH chez les enfants : (i) La prévention chez les adolescentes et les jeunes femmes, (ii) Le dépistage et le traitement des FEC et allaitantes, (iii) L'identification des enfants séropositifs et leur mise en relation avec des unités de prise en charge (UPEC).

Femmes enceintes VIH

- Augmentation du pourcentage des FEC qui connaissaient leur statut VIH+ en 2021 sans atteindre le taux obtenu en 2019.
- 90% des femmes enceintes VIH+ ont été mises sous TARV.

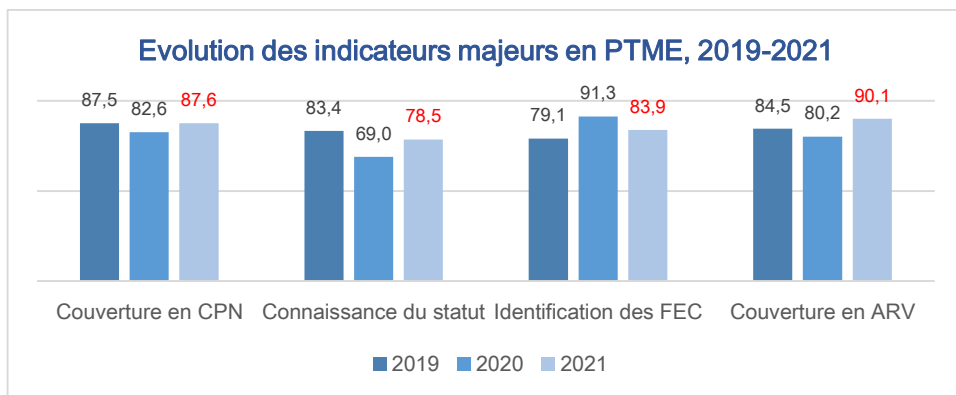


Figure 9: Evolution des indicateurs majeurs de la femme enceinte en PTME 2019-2021.

Source : Rapports annuels 2019 et 2020. DHIS2, Mars 2022.

Enfant exposé au VIH

- Augmentation de la couverture en ARV prophylactique malgré une baisse du taux d'identification des FF
- 12% des enfants exposés identifiés n'ont pas bénéficié d'un diagnostic précoce.

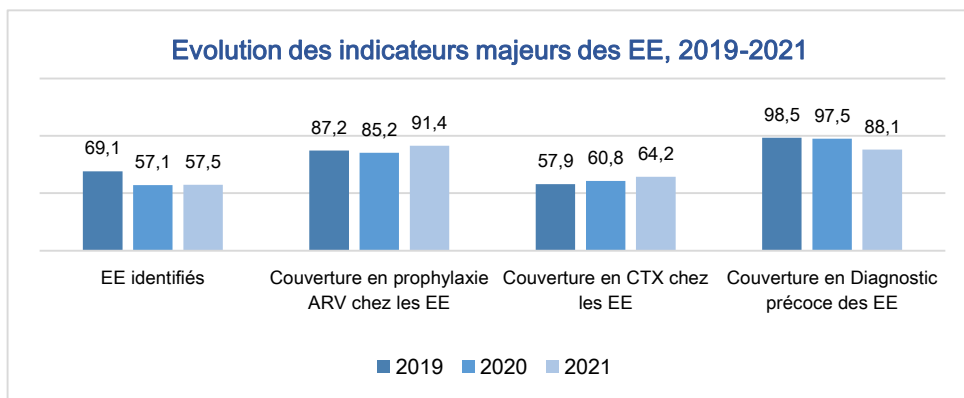


Figure 10: Evolution des indicateurs majeurs de l'enfant exposé en PTME 2019-2021.

Source : Rapports annuels 2019 et 2020. DHIS2, Mars 2022.

5.2 Dépistage des femmes enceintes et allaitantes

a. Connaissance du statut sérologique.

Malgré l'efficacité avérée de la PTME, le dépistage du VIH offert aux femmes enceintes en consultation prénatale (CPN) ou en salle d'accouchement (SA), a permis à 94,8% (824 243/869 313) des femmes enceintes reçues de connaître leur statut VIH à l'échelle nationale. Cette performance était en hausse par rapport à 2020 (709 016, 90,3%) et 2019 (620 171, 84,1%).

Sur le plan régional, malgré la persistance d'un faible taux dans la région de l'Extrême-Nord (89,3%) on a observé une légère amélioration par rapport à l'année 2020 (76,5%).

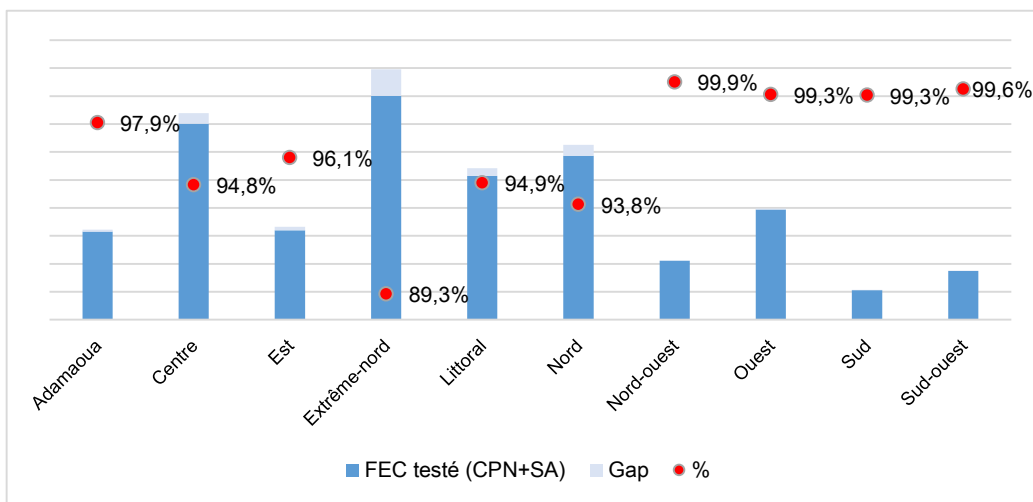


Figure 11: Couverture régionale en test de dépistage VIH en 2021.

Source : DHIS2, Mars 2022.

Encadré 3 : connaissance du statut VIH chez la FEC

Région de l'Adamaoua. La performance régionale est due à (i) La stratégie du chèque santé, (ii) L'impact de la crise centrafricaine qui continue de gonfler la population du DS de Djohong (réfugiés), (iii) La forte implication de tous les acteurs y compris la communauté dans toutes les FOSA et (iv) Le plaidoyer auprès des leaders traditionnels et religieux en faveur de la CPN menées dans les DS. Par ailleurs, certains DS tels que Bankim et Ngaoundéré urbain n'ont pas atteint l'objectif. Les raisons (i) Poids de la tradition qui impose l'avis du mari dans la prise de décision, (ii) Insuffisance des ressources financières chez certaines parturientes et (iii) Sous-estimation de la cible.

Région du Sud-Ouest. Malgré une faible fréquentation en CPN (56,6%), presque toutes les femmes reçues (99,3%) ont été testées pour le VIH. On a observé une augmentation significative de l'ordre de 41% du nombre de FEC testées entre 2019 et 2021. Cela pourrait être lié aux facteurs suivants (i) Réduction de l'insécurité dans certaines parties de la région, (ii) Augmentation du recours aux agents de santé communautaires, (iii) L'assistance des ONG locales dans le contexte humanitaire, (iv) Réduction de la peur autour de la pandémie de COVID-19 et (v) Assistance de PSM dans la mise à disposition des intrants VIH dans les sites avec le « Last Mile Delivery ».

5.3 L'accès au TARV pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Les mères séropositives doivent recevoir un TARV, les conseils, et les services de santé maternelle nécessaires pour éviter la transmission du VIH à leur bébé. Il est donc nécessaire d'assurer un suivi continu du TARV tout au long de la période de l'allaitement pour s'assurer qu'un nourrisson séronégatif ne contracte pas le virus, puisqu'on estime que près de la moitié de tous les nouveaux cas d'infection chez les enfants se produisent pendant la période de l'allaitement.

En 2021, parmi les 19 081 FEC VIH+ identifiées, 44% (8 440) était nouvellement dépistées, 90,7% (17 304) ont été mises sous TARV. Entre 2019 et 2021, il n'y avait pas de différence entre le nombre de FEC VIH+

prises sous TARV. Cependant, concernant la couverture en TARV on note une augmentation en 2021 après une baisse observée en 2020.

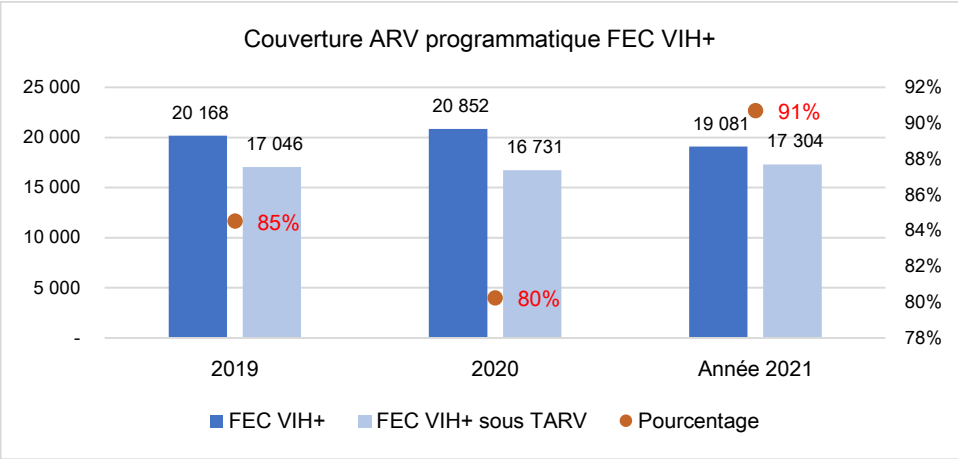


Figure 12: Evolution de la couverture programmatique en ARV chez la femme enceinte VIH entre 2019 et 2021.

Source : Rapports annuels 2019 et 2021, DHIS2, Mars 2022.

En 2021, le nombre de femmes enceintes VIH+ qui n’ont pas été mises sous TARV a baissé par rapport à 2019 et 2020. Néanmoins, ce sont 1 777 FEC VIH+ qui n’ont reçu aucun TARV, correspondant à autant d’opportunités manquées pour réduire la TME du VIH. Les principales causes seraient (i) refus de la femme enceinte VIH+, (ii) le non-respect des directives nationales avec la stratégie ‘Test and treat’ et (iii) la mauvaise gestion des stocks ARV.

La figure ci-dessous résume les gaps programmatiques et populationnels. S’agissant du nombre de FEC VIH+ attendues le gap en termes d’opportunités manquées est en hausse depuis 2019, atteignant même le double en 2021.

En effet, en 2021, la couverture populationnelle des femmes enceintes VIH positives ayant reçu le TARV pour réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l’enfant était de 66,8% (17 304/25 920), en hausse par rapport à 2020, mais baisse par rapport à 2019, 63,9% (16 731/26 176) et 73,3% (17 046/23 249) respectivement. Aussi, ce sont 36,1% des

femmes qui auraient échappées aux nombreuses opportunités d’offre des interventions PTME alors que le taux d’acceptation du dépistage du VIH national chez les femmes enceintes est élevé (90%) en CPN.

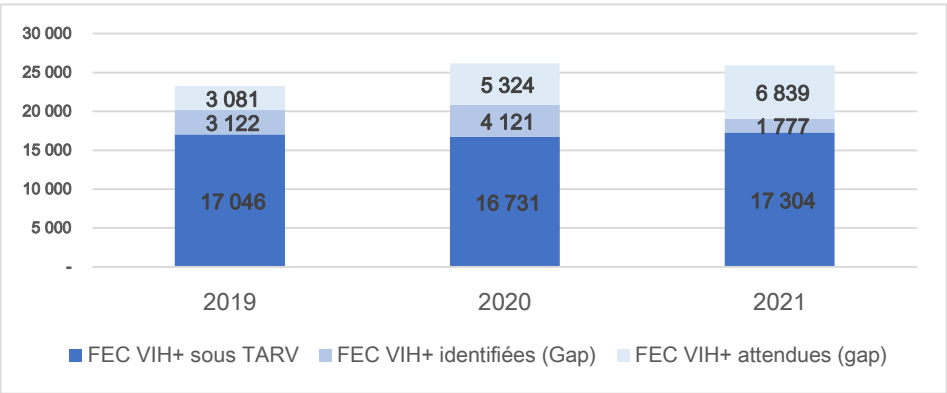


Figure 13: Evolution du gap programmatique et populationnelle en couverture en ARV chez la femme enceinte VIH entre 2019 et 2021.
Source : Rapports annuels 2019 et 2021, DHIS2, Mars 2022.

5.4 Couverture en ARV prophylactique chez l’enfant exposé
Les ARV prophylactiques chez les EE sont recommandés dans les 72h qui suivent la naissance afin de réduire les risques d’infection par le VIH. Après une baisse de la couverture programmatique en ARV prophylactique chez les EE en 2020, on a noté une hausse en 2021, passant de 85,2% à 91,5%.

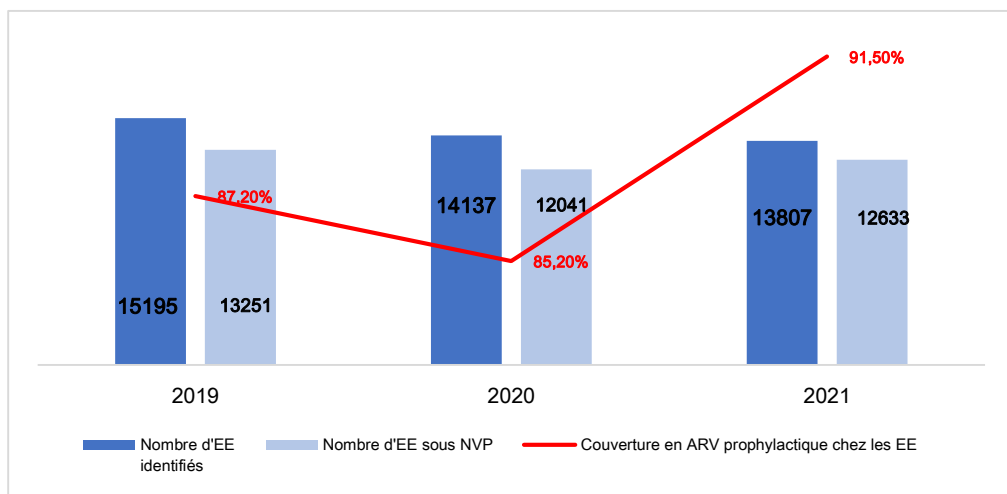


Figure 14 : Couverture en ARV prophylactique chez les EE en 2019, 2020 et 2021.

Source : Rapports annuels CNLS 2019 et 2020, Base des données du DHIS2, mars 2022.

Il ressort de l'analyse régionale que la meilleure performance a été obtenue au Nord-Ouest soit 98,1%, ce malgré la crise sécuritaire qui y sévit. Ceci peut s'expliquer par la mise en œuvre de certaines stratégies spécifiques telles que : la mise à disposition des boîtes de NVP à toutes les femmes enceintes VIH+ au troisième trimestre de la grossesse et le redéploiement des boîtes de NVP Sirop d'un site à un autre en fonction du besoin. Les faibles résultats ont été obtenus par les régions du Centre, de l'Extrême-Nord, du Nord et du Sud-Ouest respectivement 88,3%, 81,7%, 86,8% et 85,7%.

Tableau 16: Couverture en ARV prophylactique chez les EE en 2021 par région

Régions	Nombre de FEC attendues VIH+	Nb de FEC VIH+	Nb de FEC VIH+ sous TARV	Nb d'EE identifiés	Nb d'EE sous NVP	Couverture en ARV prophylactique chez EE
Adamaoua	1 783	1 525	1 498	964	940	97,5%
Centre	6 644	4 961	4 270	3 456	3 053	88,3%
Est	3 290	2 274	1 932	1 213	1 124	92,7%
Extrême-nord	1 464	1 064	940	677	553	81,7%
Littoral	4 764	3 155	2 885	2 507	2 360	94,1%
Nord	1 442	1 245	1 161	722	627	86,8%
Nord-ouest	2 039	1 318	1 285	1 290	1 265	98,1%
Ouest	1 783	1 394	1 345	1 284	1 179	91,8%
Sud	1 035	923	905	661	647	97,9%
Sud-ouest	1 675	1 222	1 083	1 033	885	85,7%
National	25 920	19 081	17 304	13 807	12 633	91,5%

Source : Base des données du DHIS2, mars 2022.

5.5 Identification des enfants séropositifs et lien avec les unités de prise en charge

Pour s'assurer que tous les enfants et adolescents vivant avec le VIH reçoivent des soins et sont mis sous traitement le plus tôt possible, ils doivent d'abord faire l'objet d'un diagnostic.

a. Portes d'entrée pour l'identification des enfants et adolescents VIH positifs

Les services de PTME offerts aux femmes enceintes et allaitantes VIH positives, constituent la porte d'entrée pour l'identification des nourrissons VIH positifs. En effet, les enfants exposés au VIH bénéficient obligatoirement de deux types de diagnostic : le diagnostic précoce par PCR dans les deux premiers mois de vie, et le diagnostic sérologique à 18 mois pour déterminer le statut final face au VIH ou dépister ceux qui ont échappé au diagnostic précoce. Par conséquent, il est important d'élargir le conseil et dépistage du VIH à l'initiative du prestataire de soins en dehors du contexte de la PTME, comme dans les services de (i) vaccination, (ii) santé maternelle et infantile, (iii) nutrition, (iv)

d'hospitalisation et (v) PEC de la tuberculose, ainsi que la mise en œuvre de services de sensibilisation au sein de la communauté.

5.6 Dépistage du VIH chez les enfants de 0 à 4 ans.

Le dépistage de l'infection par le VIH est une étape indispensable du processus, mais il n'en est que le début. Cependant, le diagnostic des cas d'infections VIH pédiatriques pose des défis à plusieurs niveaux : parents ou tuteurs des enfants, soignants, structures de soins et politiques de santé.

a. Le diagnostic précoce chez les enfants exposés (moins de 1 an)

Avec un pic de mortalité se situant à l'âge de 2-3 mois pour les nouveau-nés qui contractent l'infection du VIH, le diagnostic précoce est essentiel. Il permet une mise en route précoce du TARV.

L'identification des EVVIH peut s'avérer difficile. En effet, en 2021, environ 88% (12 160/13 807) des EE au VIH ont bénéficié d'un test virologique, nécessaire pour déterminer leur statut sérologique, dans les deux mois suivant leur naissance. En baisse par rapport à 2020 et 2019 où les proportions d'EE testés par PCR ADN était respectivement de 98,5% (14 970/15 195) et 97,4% (13 777/14 137). Les raisons de cette performance (i)

Faible couverture des POC dans les régions, (ii) Ruptures en intrants (réactifs et kits DBS), (iii) Rejet de certains prélèvements et (iv) Survenue de la pandémie à Covid 19 ayant entraîné l'utilisation d'appareils pour le diagnostic de la COVID-19.



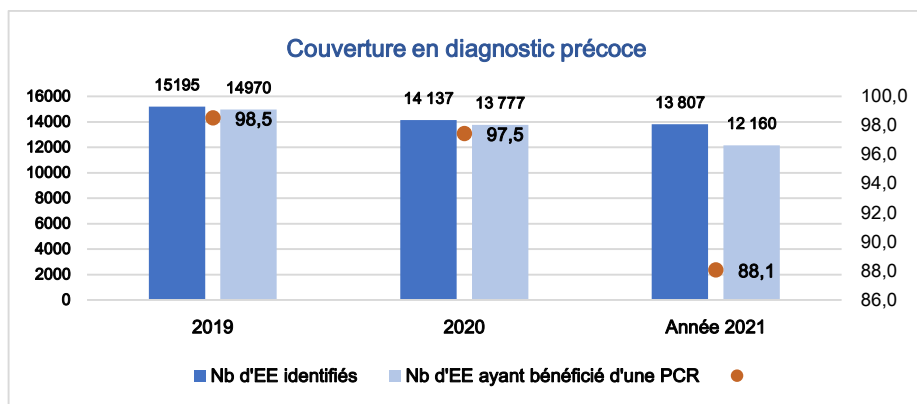


Figure 15 : Evolution de la couverture en diagnostic précoce chez les EE en 2019, 2020 et 2021.

Source : Rapports annuels CNLS 2019 et 2020, Base des données du DHIS2, mars 2022.

En 2021, il faut noter qu'une campagne nationale de recherche des enfants exposés n'ayant pas bénéficié d'une PCR a été réalisée en Novembre 2021 et a permis de retrouver et tester 1 243 enfants. Ainsi, 482 EE ont eu une PCR+ soit un taux de séropositivité de 4% et une baisse de 0,7% par rapport à 2020.

Tableau 17: Couverture en offre d'EID et mise sous TARV en 2021 par région

Régions	EE identifiés	EE testés au VIH+	EE testés VIH+	Taux de séropositivité par PCR	EE testés VIH+ ayant été initiés au TARV	TARV des EE ayant une PCR+
Adamaoua	964	784	31	4,0%	24	77,4%
Centre	3 456	3 274	140	4,3%	78	55,7%
Est	1 213	1 024	62	6,1%	57	91,9%
Extrême Nord	677	492	37	7,5%	31	83,8%
Littoral	2 507	1 753	59	3,4%	46	78,0%
Nord	722	761	71	9,3%	42	59,2%
Nord-Ouest	1 290	1 230	28	2,3%	25	89,3%
Ouest	1 284	1 240	21	1,7%	22	104,8%
Sud	661	683	16	2,3%	16	100,0%
Sud-Ouest	1 033	919	17	1,8%	9	52,9%
National	13 807	12 160	482	4,0%	350	72,6%

Source : Base des données du DHIS2/MINSANTE 2021.

En 2021, seuls 72,6% (350/482) des enfants exposés testés VIH+ ont été mis sous TARV avec un taux de séropositivité de 4% en baisse par rapport à 2020 et 2019, 4,3% (591/13 777 et 4,8% (724/14 970) respectivement. D'un point de vue régional, les extrêmes en termes de couverture programmatique en ARV étaient représentés par la région de l'Ouest (104,8%) et la région Sud-Ouest (52,9%). Ces résultats bien que louables, démontrent de la nécessité d'accroître les efforts dans le but d'atteindre la cible ultime des 100% d'enfants identifiés VIH+ mis sous traitement.

Les variations régionales du taux de séropositivité ont montré les plus faibles taux pour les régions de l'Ouest et du Sud-Ouest, 1,7% et 1,8% respectivement et plus élevés au Nord (9,3%) et à l'Extrême-Nord (7,5%).

Encadré 4 : connaissance du statut VIH

Région de l'Adamaoua. 964 enfants nés de mère VIH+ ont été enregistrés parmi lesquels 784 ont été prélevés et testés à la PCR avec 31 enfants positifs (taux de séropositivité de 3,95%). Les districts les plus touchés sont : le DS de Tignere qui, à lui seul, a enregistré 8 enfants infectés sur les 49 enfants exposés enregistrés dans ce DS, soit 16,3% et le DS de Ngaoundal avec 5 enfants infectés sur 64 EE identifiés et testés.

Région du Centre. Le nombre d'enfants ayant bénéficié d'un examen de PCR représente 94,9% de ceux exposés. Le taux de positivité chez les EE était estimé à 4,3% (3% en 2020), variant de 0 % à 33,3% dans le DS de Mbankomo où un enfant a été testé positif sur trois. Il faut constater que le taux de positivité est de 9,3% dans le DS de Ngoumou, 9,1% à Okola et 8,3% à Akonolinga.

Région de l'Est. L'acheminement des DBS ainsi que le retour des résultats mettent en générale au moins 2 mois, ce qui parfois décourage les FOSA ainsi que les femmes pour la réalisation de cet examen. De ce fait, afin de réduire les délais de rendus de résultats les FOSA proches de la ville de Bertoua ont été sensibilisées à collecter le sang total et à l'acheminer au laboratoire de l'HR Bertoua, où les échantillons sont analysés et les résultats disponibles 2 semaines au plus (s'il y'a les réactifs).

Cependant, pour les FOSA qui sont dans le DS de Garoua Boulai, il a été recommandé d'acheminer les prélèvements au POC

de MEIGANGA dans la région de l'Adamaoua, entraînant une réduction du coût du transport à cause de la proximité avec la ville de MEIGANGA.

Au total parmi les 1 213 EE, 1 024 ont été dépistés par PCR correspondant à un taux de dépistage de **84,5%, en** amélioration par rapport 2020 et 2019 où le taux de dépistage des enfants exposés était respectivement de 74,5% et 47,8%. Par ailleurs, malgré la rupture en intrants DBS, 62 enfants se sont révélés positifs ; soit un taux de séropositivité de **6,1%.**

Région du Littoral. S'agissant du suivi postnatal, 1 753 enfants exposés ont bénéficié d'une PCR parmi lesquels 59 ont été diagnostiqués VIH+ soit 3,4% de taux de séropositivité. Mais la couverture en PCR chez ces enfants reste toujours faible à savoir 69,8%, ce qui traduit tout simplement la situation de rupture des intrants dans le laboratoire de référence durant la période, c'est également le cas pour les kits de prélèvement. Les pics de taux de séropositivité sont enregistrés dans les DS de Nkondjock (50%, 1/2), Boko (33%, 2/6), Nkongsamba (33%, 9/27), Melong (11%, 1/9). Par ailleurs, on a constaté que les prélèvements de DBS n'ont pas été effectués durant la période dans les DS de Abo, Dibombari, Ngambe, Ndom malgré qu'on ait enregistré les enfants exposés dans ces DS. Ces districts qui sont des districts ruraux se plaignent des difficultés liées au transport des échantillons de PCR, la rupture de cartouches (cartes DBS).

Région du Nord. Le taux de positivité à la PCR est assez élevé dans les districts de santé Garoua I, Garoua II, Ngong et Figuil. Parmi les 71 enfants positifs, il nous revient des FOSA que 42 sont sous TARV (59%), 07 sont décédés et les autres enfants sont recherchés avec l'appui des CBS des districts de santé où ils ont été prélevés.

Région du Nord-Ouest. En 2021, 1 230 EE ont fait leur PCR et 28 se sont déclarés VIH+, soit un taux de positivité de 2,3%. Trois enfants n'ont pas été mis sous TARV, dont 01 décédé avant le retour des résultats au CMA de Bafmen (DS de Wum), 01 dans le DS de Santa transféré à Mbouda dans la région Ouest et enfin 01 cas de déni de la part de la mère (DS Fundong).

Région du Sud. 683 EE ont bénéficié d'un test PCR de dépistage du VIH soit une couverture de 103,3%. Ce taux de dépistage élevé est dû au fait qu'il y a eu une campagne de recherche d'enfants exposés dans la région au troisième trimestre 2021, ayant permis de rattraper les perdus de vue de 2020. 16 EE ont été dépistés positifs soit un taux de séropositivité de 2,3% tous ont été mis sous TARV.

Région du Sud-Ouest. La région du Sud-Ouest compte 01 laboratoire de référence qui est le laboratoire de référence dans lequel des échantillons de sang des enfants exposés par DBS sont envoyés pour la PCR. Le partenaire d'implémentation clinique CBC HS a mis en place des bikers dans les DS qui aide les sites dans l'acheminement de ses échantillons au niveau du laboratoire et aussi des résultats du laboratoire au site. Dans la région nous avons aussi le partenaire CRS à travers son projet KISS qui aide les enfants exposés au VIH à collecter leurs échantillons. La région compte aussi 04 POC qui se trouvent dans à l'HR Limbe, l'HR de Buea, HD de Kumba et PGH Kumba. Malheureusement ses POC n'ont pas fonctionné en 2021 faute de réactifs pour les 03 machine PIMA Alert Q et 01 Gene Xpert que compte la région. Le GTR a aussi facilité le transport des échantillons en remboursant le transport ce ceux-ci pour certain FOSA.

De plus le laboratoire de référence a enregistré des problèmes en disponibilité des réactifs PCR. D'après les données issues des rapports de la PTME des sites, le taux de positivité de la PCR chez les enfants exposés est de 1,8% ce qui est en baisse par rapport à 2019 qui était de 6,2% et 2020 qui était de 5%. Ceci montre que la prise en charge des enfants exposés s'améliore dans la région. Les DS qui ont enregistré les taux de positivités élevé sont Tombel 20% (05 dont 04 HD Tombel et 01 CSI Djibenjock), Buea 3,2% (5 enfants dont 02 HR Buea, 01 CSI Buea Road, 01 Mount Mary, 01 CSI Buea Town). Parmi les 17 enfants testés VIH+, 09 n'ont pas été mis sous TARV parmi lesquels 02 sont décédés.

b. Sérologie chez les enfants de 1-4 ans

63 998 enfants de 1-4 ans ont bénéficié d'un dépistage du VIH représentant 2,1% des tests réalisés en 2021. Autant de filles (31 232) que de garçons (32 458) ont été testés. Par ailleurs, le taux de séropositivité était de 1,9% (1 201/63 998) sans différence entre les deux sexes, 1,8% (575/31 415) chez les filles et 1,9% (626/32 583) chez les garçons. D'un point de vue régionale, ce taux varie de 0,5% au Sud-Ouest à 4,3% dans la région de l'Est.

Tableau 18: Dépistage du VIH chez les enfants de 1- 4 ans en 2021 par région

Régions	Population	Nb testées	Retrait	Testés VIH	Taux de séropositivité
Adamaoua	194 645	4 593	4 619	109	2,4
Centre	527 101	9 920	9 827	295	3,0
Est	159 484	4 679	4 665	199	4,3
Extrême-Nord	752 995	5 388	5 368	138	2,6
Littoral	417 477	10 348	10 275	97	0,9
Nord	420 368	4 287	4 217	137	3,2
Nord-Ouest	224 101	6 926	6 902	54	0,8
Ouest	341 725	3 553	3 533	44	1,2
Sud	95 799	2 227	2 218	68	3,1
Sud-Ouest	202 773	12 077	12 066	60	0,5
	3 336 468	63 998	63 690	1 201	1,9

Source : CIS 2021 et DHIS2, mars 2022.

5.7 Sérologie chez les enfants âgés de 5-9 ans

Environ 60 000 enfants de 5-9 ans ont bénéficié d'un dépistage du VIH représentant 1,9% (59 988/ 3 110 397) des tests réalisés en 2021. Autant de filles (30 742) que de garçons (29 246) ont été testés. Par ailleurs, le taux de séropositivité était de 1,3% (808/59 988) sans différence entre les deux sexes, 1,3% (403/30 742) chez les filles et 1,4% (405/29 246) chez les garçons. D'un point de vue régionale, ce taux varie de 0,4% au Nord-Ouest à 3,0% dans la région du Sud.

Tableau 19: Dépistage du VIH chez les enfants de 5- 9 ans en 2021 par région

	Population	Nb testées	Retrait	Testés VIH	Taux de séropositivité
Adamaoua	205 644	4 592	4 582	74	1,6
Centre	623 388	9 934	9 808	218	2,2
Est	186 499	5 600	5 498	100	1,8
Extrême-Nord	771 673	4 293	4 283	79	1,8
Littoral	507 126	8 651	8 452	69	0,8
Nord	438 485	3 409	3 397	74	2,2
Nord-Ouest	259 488	6 892	6 889	31	0,4
Ouest	382 129	4 694	4 689	49	1,0
Sud	112 404	2 117	2 116	64	3,0
Sud-Ouest	227 900	9 806	9 779	50	0,5
	3 714 736	59 988	59 493	808	1,3

Source : CIS 2021 et DHIS2, mars 2022.

5.8 Sérologie des adolescents de 10-14 ans

Le dépistage familial qui consiste à tester la famille et les membres du foyer d'un adulte ou d'un EVVIH – s'est révélé être efficace pour identifier des EVVIH non diagnostiqués. Au Cameroun, le dépistage chez les enfants d'adultes VIH+ a été reconnu comme le moyen le plus efficace pour identifier les EVVIH. Cependant, les données ne nous permettent pas de désagréger par stratégie.

72 159 adolescents de 10-14 ans ont bénéficié d'un dépistage du VIH représentant 2,3% des tests réalisés en 2021. 58% (41 659) étaient de sexe féminin. Cependant, concernant le taux de séropositivité, il était similaire entre les deux sexes, 0,9% (374/41 659) pour les adolescentes et 1,0% (296/30 500) chez les adolescents. Des disparités régionales ont été observées, taux plus faible au Nord-Ouest (0,4%) et plus élevé au Centre (2,2%).



Tableau 20: Dépistage du VIH chez les adolescents de 10-14 ans en 2021 par région

Régions	Population	Nb testées	Retrait	Testés VIH	Taux de séropositivité
Adamaoua	182 280	5 077	5 040	45	0,9
Centre	581 956	10 448	10 278	230	2,2
Est	180 850	8 952	8 911	79	0,9
Extrême-Nord	658 316	4 456	4 477	78	1,8
Littoral	455 599	8 631	8 593	63	0,7
Nord	369 465	5 748	5 716	26	0,5
Nord-Ouest	222 331	9 959	9 946	26	0,3
Ouest	299 366	5 805	5 763	47	0,8
Sud	123 745	2 487	2 487	37	1,5
Sud-Ouest	200 013	10 596	10 583	39	0,4
	3 273 922	72 159	71 794	670	0,9

Source : CIS 2021 et DHIS2, mars 2022.

5.9 Sérologie des adolescents de 15-19 ans

11% (354 924) des personnes testées sont des adolescents de 15-19 ans plus élevé, comparé aux 6% (196 145) des enfants de moins de 15 ans,

probablement due à l'accès au dépistage conditionné par l'accord du tuteur chez les moins de 15 ans limitant de ce fait l'identification des cas en vue d'atteindre le 1^{er} 95. Du point de vue régionale, le taux de séropositivité était plus élevé dans la région du Centre (1,9%) et plus faible pour la région du Nord-ouest.

Tableau 21: Dépistage du VIH chez les adolescents de 15-19 ans en 2021 par région

Régions	Population	Nb testées	Retrait	Testés VIH	Taux de séropositivité
Adamaoua	173 082	27 908	27 636	375	1,3
Centre	483 160	51 915	51 465	967	1,9
Est	160 271	58 551	58 207	772	1,3
Extrême-Nord	619 117	39 482	39 061	249	0,6
Littoral	376 984	34 887	34 807	267	0,8
Nord	353 659	45 800	45 417	255	0,6
Nord-Ouest	200 695	36 395	36 285	88	0,2
Ouest	260 379	27 842	27 737	139	0,5
Sud	81 031	12 212	12 189	194	1,6
Sud-Ouest	191 559	19 932	19 830	117	0,6
	2 899 938	354 924	352 634	3 423	1,0

Source : CIS 2021 et DHIS2, mars 2022.

5.10 Taux de séropositivité par sexe et par tranche d'âge

L'analyse de la séropositivité en stratégie fixe par sexe et par tranche d'âge révèle tel qu'illustré par la figure ci-dessous que les adolescents de 10-14 ans ont des taux de séropositivité moins élevé que les enfants de moins de 10 ans. Globalement, concernant les enfants de moins de 15 ans, le taux de séropositivité était plus élevé pour le sexe masculin sans différence significative entre les 2 sexes. S'agissant des adolescents de 15-19 ans, le sexe féminin est prédominant 1,1% versus 0,7% pour sexe masculin.

Les enfants de moins de 5 ans sont aussi affectés avec une seropositivité de 1,8% chez les filles contre 1,9% chez les garçons, ceci était certainement dû au taux élevé de TME du virus.

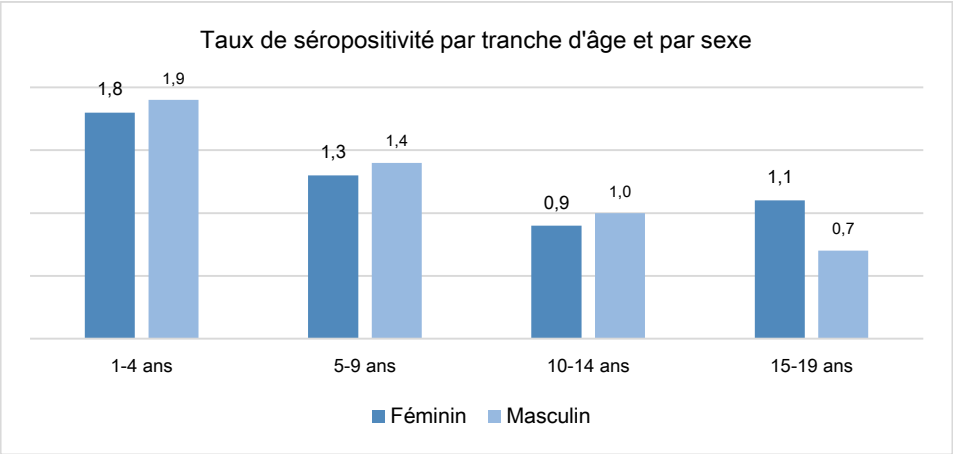


Figure 16: Taux de séropositivité par tranche d'âge et par sexe.

Source : DHIS2, Mars 2022.

Chapitre 6 : Prise en charge des EVVIH de moins de 15 ans

Au cours de l'année 2021, plusieurs stratégies avaient été mises en œuvre pour améliorer la prise en charge des enfants infectés par le VIH qui reste un maillon faible dans notre système de suivi des PVVIH. Les différentes stratégies étaient : (i) Renforcement des capacités des prestataires en PECP, (ii) Recherche active ou Identification des enfants infectés par le VIH (dépistage familial, dépistage systématique dans les services malnutrition....), (iii) Extension de la couverture en sites de diagnostic précoce par introduction des POC/EID, (iv) Renforcement de la liaison des enfants diagnostiqués VIH+ au service de soins et traitement par le déploiement des APS pédiatriques dans les sites de prise en charge, (v) Renforcement du suivi selon l'approche familiale et (vi) Mise en place des outils de liaison (meilleure documentation). En 2021, seulement 75% des EVVIH de moins de 15 ans étaient sous traitement ARV. En l'absence de TARV, environ un tiers des EVVIH mourront avant leur premier anniversaire, et près de la moitié avant l'âge de deux ans. Avec un traitement, toutefois, les EVVIH peuvent grandir et devenir des adolescents en bonne santé. Il a été démontré que l'initiation précoce du TARV chez les nourrissons vivant avec le VIH, avant leur douzième semaine de vie, permettait de réduire la mortalité de 75% dans les milieux à faibles revenus.

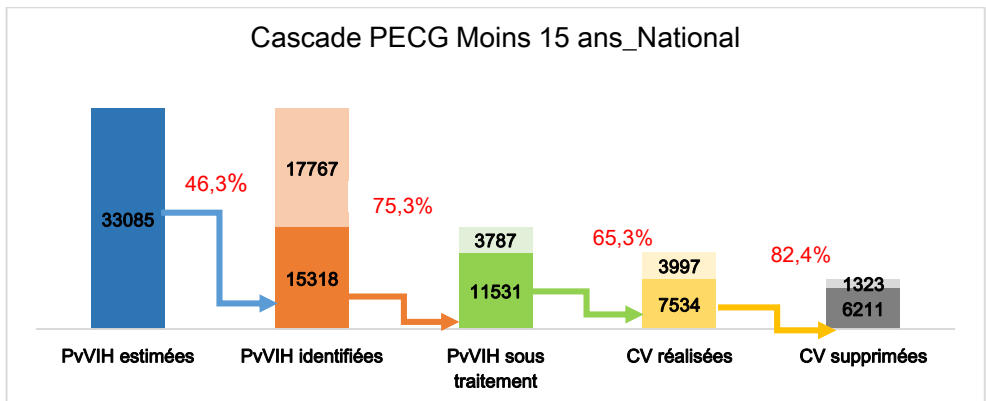


Figure 17: Cascade de prise en charge des EVVIH de moins de 15 ans nationale.

Source DHIS2, Mars 2022

- 1 EVVIH de moins de 15 ans sur 2 n'a pas été identifié
- ¾ des EVVIH identifiés ont été mis sous TARV
- 65% des EVVIH sous TARV ont eu accès à un examen de charge virale (CV) dans le cadre de leur suivi.
- 82,4% des EVVIH sous TARV ayant eu accès à la CV ont supprimé.

Particularités régionales

On a noté lors de l'analyse des différents rapports régionaux des disparités au regard de la cascade programmatique des EVVIH de moins de 15 ans. En effet, s'agissant de

- **Connaissance du statut : Les** régions du Nord-Ouest et Sud-Ouest ont présenté les meilleures performances, 63,2% (2 088/3 306) et 58,7% (1 380/2 351) respectivement. Le plus faible taux a été observé dans la région du Nord soit 32,9% (940/2 855).
- **Mise sous TARV** : Elle variait de 59,0% (814/1 380) dans la région du Sud-Ouest à 86,4% (558/646) dans la région du Sud. En plus de la région du Sud, quatre régions ont eu des performances de mises sous TARV supérieure à 80% à savoir Adamaoua (81,6%, 742), Nord-Ouest (84,3%, 1 768), Ouest (80,4%, 892).
- **Couverture en charge virale : Forte** disparités régionales liée à la disponibilité de laboratoires de référence et de POC. La région du Centre a présenté le meilleur score soit 79,5% (2 103/2 646) suivi du Nord-Ouest avec 70,6% (1 242/1 768). La plus faible couverture a été observée à l'Est. En effet, un peu plus de 6 EVVIH de moins de 15 ans sur 10 dans la région de l'Est n'ont pas eu accès à l'examen de charge virale.
- **Suppression virale** : Malgré **une faible** couverture en CV (46,2%, 258), 9 EVVIH de moins de 15 ans de la région du Sud avaient une suppression virale. En plus de la région du Sud, cinq régions ont présenté une performance supérieure à 80%. Ce sont le Sud-Ouest (87,5%), l'Ouest (88,9%), le Nord-Ouest (87,1%), Littoral (86,7%) et le Centre (84,2%).

Fort de ces constats, les efforts restent encore à faire particulièrement en termes d'identification et de couverture en charge virale et cela dans toutes les régions. Pour ces deux indicateurs, une attention particulière doit être apportée pour les régions du Septentrion, de l'Est et du Sud. Néanmoins, il serait préférable et ce pour toutes les régions, de faire une

analyse par interventions et par district (approche différenciée) afin d'identifier et de prioriser les activités et les DS.

Par rapport à la cascade de la prise en charge globale, on a noté une faiblesse des différents indicateurs hormis la suppression virale, où on a obtenu 82,4% chez les EVVIH sous TARV comparé au 84,4% vu chez les PVVIH (tableau 22).

Tableau 22: Comparaison cascade EVVIH de moins de 15 ans et PVVIH.

	PVVIH	EVVIH de moins de 15 ans	Performance
Connaissance du statut	94,1%	46,3% (15 318/33 085)	↘
Couverture en TARV	82,7%	75,3% (11 531/15 318)	↘
Couverture en CV	81,7%	65,3% (7 534/11 531)	↘
Suppression virale	84,4%	82,4% (6 211/7 534)	↘

Source : Rapport annuel CNLS 2021 et DHIS2, mars 2022.

6.1 Mise en relation avec les services de soins et maintien dans le circuit de soins (lien au TARV)

Une fois qu'un enfant reçoit un diagnostic de VIH, toute la difficulté consiste à mettre l'enfant en relation avec les services de soins et de traitement et à le maintenir dans ces services. Pour certaines mères, il peut être difficile d'accepter le diagnostic de séropositivité de leur nourrisson ou de révéler le statut sérologique de leur enfant aux membres de leur famille ou à d'autres personnes qui pourraient faciliter un TARV efficace de l'enfant.

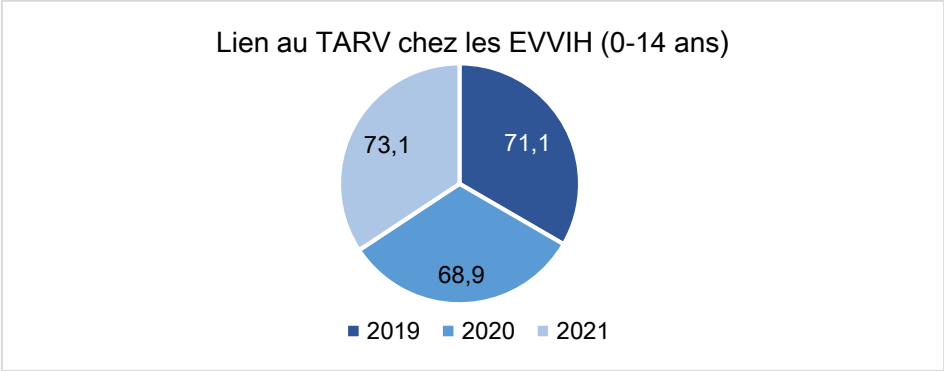


Figure 18: Evolution du Lien au TARV chez les EVVIH de 0-14 ans entre 2019 et 2021.

Source DHIS2, 2020 à 2022.

En 2021 on a observé une hausse du lien du lien au TARV même si ce taux est resté faible à 73,1% (1 958/2 679). Il variait en fonction des sous-groupes : plus élevé chez les moins de 5 ans (77,4%) et plus faible dans la tranche d'âge 10-14 ans (65,7%).

a. Disparités régionales du lien au TARV

Le lien au TARV varie en fonction des régions. En effet, quel que soit l'année, la région du Centre était celle qui a présenté le plus faible taux de lien au TARV avec moins de 50% des EVVIH de moins de 15 ans identifiés et liés au TARV, avec par conséquent un nombre élevé de perdus de vue. Par ailleurs, la région du Littoral a aussi présenté des taux faibles de lien au TARV pour ce groupe de population, environ 30% testés VIH ne sont pas mis sous TARV. Il serait souhaitable de mettre en place des stratégies communautaires adaptées pour rechercher ces PDV, car nous savons que ces deux régions représentaient 37% (12 166/33 085) des EVVIH de moins de 15 ans.

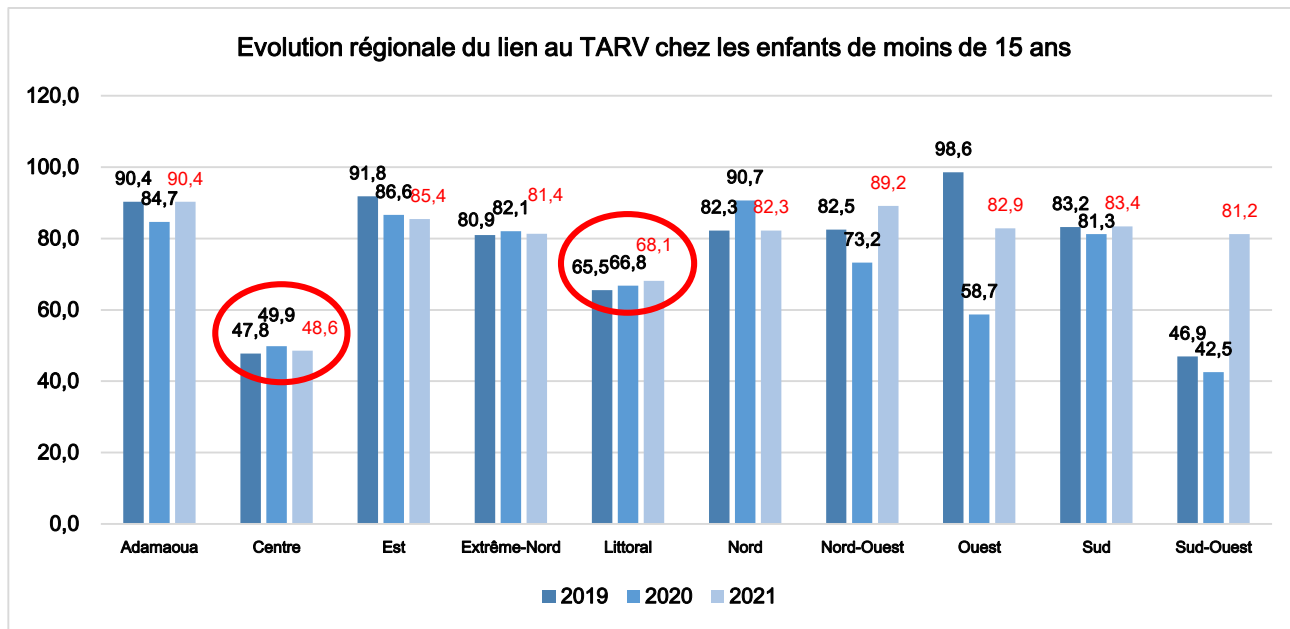


Figure 19: Evolution régionale du Lien au TARV chez les EVVIH de 0-14 ans entre 2019 et 2021.

Source DHIS2, 2020 à 2022.

b. Disparité du lien au TARV par tranche d'âge

Nous avons identifié deux tranches d'âge au sein du groupe des EVVIH de moins de 15 ans pour faire comparaison du lien au TARV. En effet, en 2021, malgré une baisse du lien au TARV chez les moins de 10 ans ce taux reste néanmoins plus élevé que chez les 10-14 ans 75,6% (1 396/1 518) vs 65,7% (440/670).

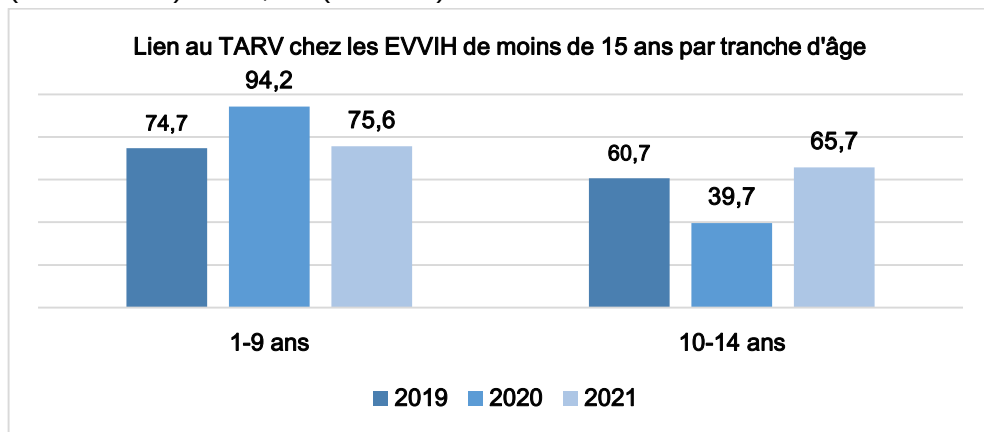


Figure 20: Evolution du Lien au TARV chez les EVVIH de 0-14 ans par tranche d'âge entre 2019 et 2021.

Source DHIS2, 2020 à 2022.

6.2 File active des enfants de moins de 15 ans

La file active des moins de 15 ans était de 11 531, représentant environ 3% de la file active, similaire à la proportion observée en 2020 qui était de 3,2%.

a. Analyse de la situation de la FA chez les moins de 15 ans

La file active pédiatrique des moins de 15 ans a connu une progression depuis 2003 passant de 50 enfants sous ARV à 11 531 en 2021. Cependant, cette croissance est stable depuis 2018 avec moins de 500 enfants enrôlés par an. Considérant l'accroissement de la FA au cours de l'année 2021, ces enfants ne représentaient que 0,8% (312/37 440) des nouveaux patients enrôlés dans la FA globale. Comparé aux deux

précédentes années, leur représentativité au sein la FA globale est stable 3% (11 531/388 358), 3,2% (11 219/413 188) et 3,3% (10 405/312 214) respectivement en 2021, 2020 et 2019.

Des efforts supplémentaires devraient être fournis à travers l'intensification des stratégies d'identification des cas et l'implication des communautaires dans la recherche active en communauté des enfants EE non dépistés et des enfants dépistés positifs non lié au TARV.

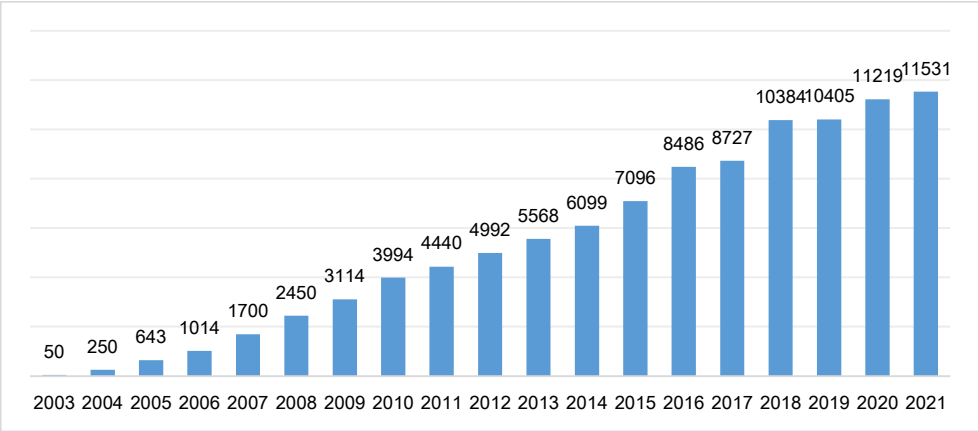


Figure 21 : Evolution de la file active des enfants de moins de 15 ans.

Source : Rapports annuels CNLS, DHIS2, Mars 2022.

b. File active désagrégée par région

La figure ci-dessous a mis en évidence la FA des moins de 15 ans dans chaque région. Il ressort de l'analyse régionale que la région du Centre avait la plus grande file active soit 22,9% (2 646/11 531), suivi des régions du Nord-Ouest et du Littoral avec 15,3% et 12,8% respectivement. Par contre, la région du Sud avait la plus faible file active soit 4,8% (558) probablement dû au nombre élevé d'EVVIH attendus dans ces 02 régions

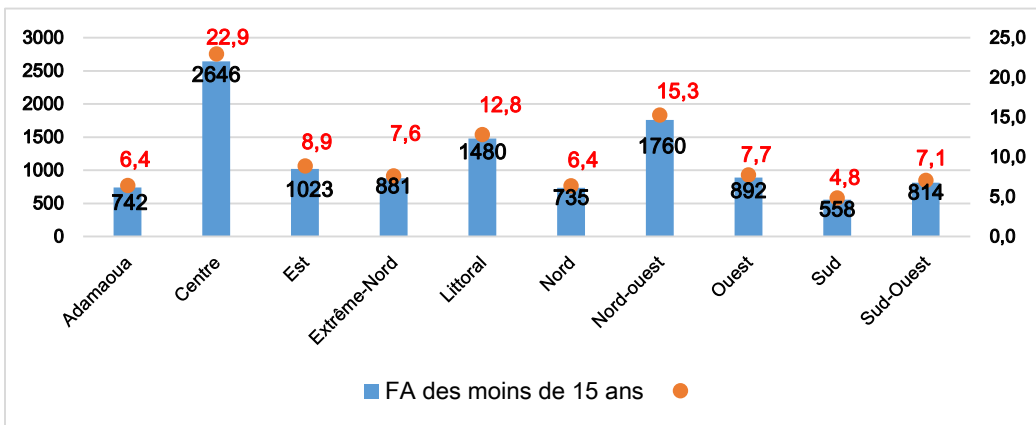


Figure 22 : Répartition de la file active des enfants et poids des régions.

Source : DHIS2, Mars 2022.

La figure ci-dessous compare la file active entre 2020 et 2021. Quatre régions à savoir le Littoral, le Nord-Ouest, l'Ouest et le Sud-Ouest ont présenté une baisse de leur file active. La plus forte baisse a été observée dans la région du Littoral (-120) suivi du Nord-Ouest (-84). Il serait intéressant de voir les décès dans ces régions ainsi que le passage de ces enfants vers les AVVIH de 15 ans et plus.

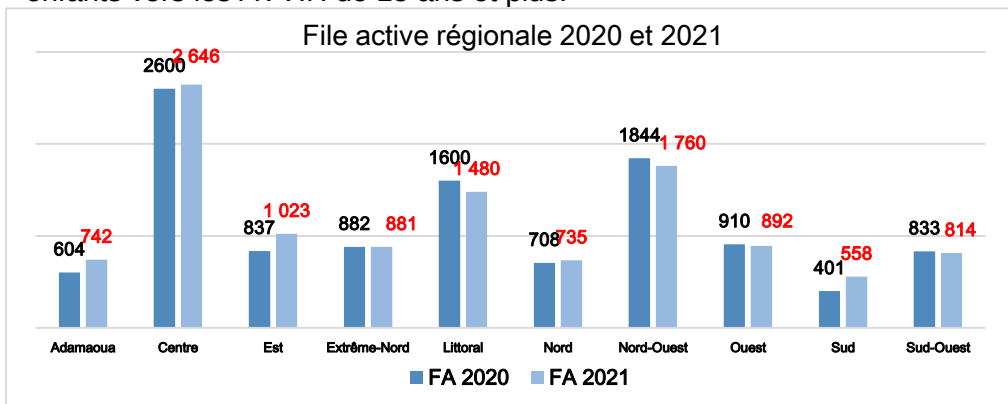


Figure 23 : Evolution régionale de la file active des EVVIH de moins de 15 ans entre 2020 et 2021.

Source : rapports annuels CNLS 2020 et 2021, DHIS2, Mars 2022.

c. Répartition de la file active par tranche d'âge

Globalement, on a observé aucune différence de sexe chez les enfants de moins de 4 ans. À partir de 4 ans, il existe une prédominance féminine des EVVIH sous TARV.

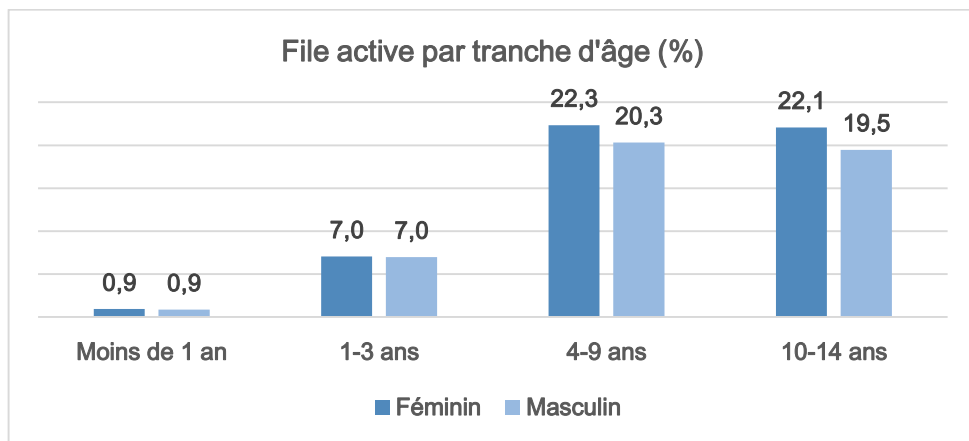


Figure 24 : Répartition de la file active par tranche d'âge et par sexe.

Source : DHIS2, mars 2022.

Région du centre. En 2021, la proportion des enfants de moins de 15 ans sous TARV, était de 2,0 % chez les filles et 3,9% chez les garçons.

d. File active désagrégée par tranche d'âge et par région

Globalement, de façon désagrégée par tranche d'âge et par région, il ressort que la file active des moins de 10 ans est plus élevée que celle de la tranche 10-14 ans quel que soit la région. Cependant, pour les régions du Littoral, du Nord-Ouest, de l'Ouest et du Sud-Ouest, il n'y a pas de différence significative entre les 2 tranches d'âges. Par contre, pour les régions de l'Adamaoua, de l'Est et du Nord, la proportion des moins de 10 ans était deux fois plus élevée que celle de la tranche de 10-14.

Tableau 23: File active des EVVIH de moins de 15 ans par région.

Régions	1-9 ans	10-14 ans	Total
Adamaoua	503	239	742
Centre	1 509	1 137	2 646
Est	725	298	1 023
Extrême-Nord	555	326	881
Littoral	777	703	1 480
Nord	528	207	735
Nord-Ouest	897	863	1 760
Ouest	464	428	892
Sud	363	195	558
Sud-Ouest	417	397	814
	6 738	4 793	11 531

Source. DHIS2, Mars 2022.

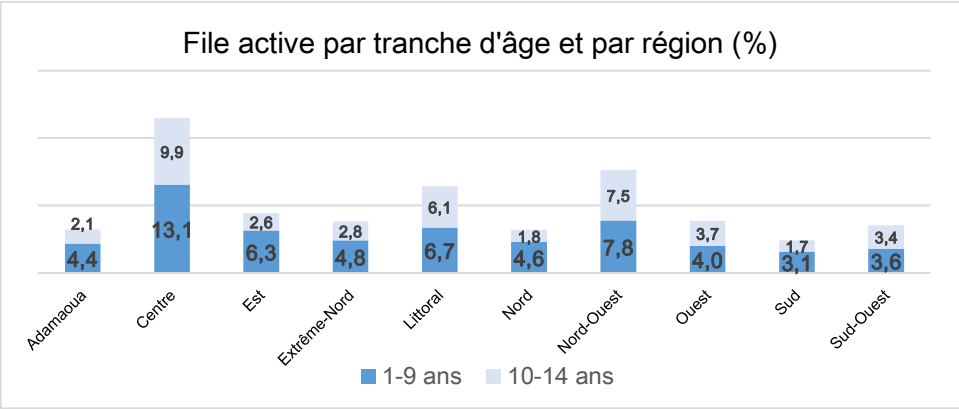


Figure 25 : Répartition de la file active par tranche d'âge et par région.

Source : DHIS2, mars 2022.

e. Suppression virale

L'analyse de la charge virale est essentielle car elle permet de faire le suivi des patients sous TARV et identifier le succès ou l'échec thérapeutique. Grâce à la politique d'exemption des frais de charge virale et l'augmentation du plateau technique, l'accès à la charge virale a été augmenté d'une manière générale. Ainsi en 2021, 2,3% (7 419/317 571) des CV réalisées étaient des EVVIH de moins de 15 ans, avec une suppression virale de 82,5% (**6 122**). Il ressort de l'analyse des disparités régionales, allant de 62% à l'Est à 92,2% au Sud.

La couverture en charge virale est disparate entre les régions, l’Est étant la moins desservie avec 37%, tandis que la région du Centre avait la plus forte couverture soit 79,5%.

Tableau 24 : Répartition de la couverture en charge virale, et de la suppression virale par région

	Nombre de CV réalisées	File active	% de CV réalisées	Nombre de CV supprimée	% de suppression virale
Adamaoua	385	742	51,9	267	69,4
Centre	2 103	2 646	79,5	1 770	84,2
Est	374	1 023	36,6	231	61,8
Extrême-Nord	518	881	58,8	388	74,9
Littoral	901	1 480	60,9	781	86,7
Nord	468	735	63,7	333	71,2
Nord-Ouest	1 242	1 760	70,6	1 082	87,1
Ouest	619	892	69,4	550	88,9
Sud	258	558	46,2	238	92,2
Sud-Ouest	551	814	67,7	482	87,5
National	7 419	11 531	64,3	6 122	82,5

Source : Rapport annuel CNLS 2021, DHIS2 Mars 2022 et rapport des laboratoires.

6.3 Enfants vivant avec le VIH de moins de 10 ans

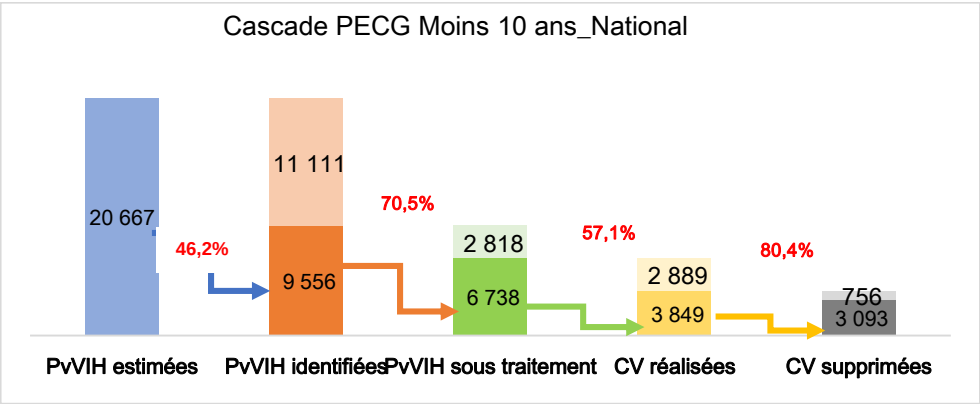


Figure 26: Cascade de prise en charge des EVVIH de moins de 10 ans nationale.

Source : DHIS2, Mars 2022

- 1 EVVIH de moins de 10 ans sur 2 n'a pas été identifié
- 70% des EVVIH identifiés ont été mis sous TARV
- 75% des EVVIH sous TARV ont eu accès à un examen de charge virale (CV) dans le cadre de leur suivi.
- 80,4% des EVVIH sous TARV ayant eu accès à la CV ont supprimé.

Particularités régionales

On a noté lors de l'analyse des différents rapports régionaux des disparités au regard de la cascade programmatique des EVVIH de moins de 10 ans.

En effet, s'agissant de

- **Connaissance du statut :** Les régions de l'Adamaoua, de l'Est, du Nord-Ouest et Sud-Ouest ont présenté les meilleures performances, 53,7% (653/1 216), 53,2% (961/1 808), 56,0% (1 153/2 059) et 51,9% (795/1 531) respectivement. Le plus faible taux a été observé dans la région de l'Ouest (51,9%) suivi du Nord soit 39,6% (707/1 785).
- **Mise sous TARV :** Elle variait de 52,5% (417/795) dans la région du Sud-Ouest à 80,5% (363/451) dans la région du Sud.
- **Couverture en charge virale : Trois régions ont une couverture inférieure à 40%.** Ce sont les régions de l'Est, du Sud et du Sud-Ouest avec 34,3% (249/725), 35,5% (129/363) et 36,9% (154/417) respectivement. La plus forte performance a été observée dans la région du Centre, avec 73,8% (1 113/1 509).
- **Suppression virale :** Malgré une faible couverture en CV, les régions du Sud et du Sud-Ouest ont 100% de suppression virale pour les EVVIH de moins de 10 ans. Dans la région de l'Adamaoua 3 EVVIH de moins de 10 ans n'ont pas atteint la suppression virale.

La connaissance du statut est identique que ce soit EVVIH de moins de 15 ans ou celle d'EVVIH de moins de 10 ans (tableau 25).

Tableau 25: Comparaison cascade EVVIH de moins de 10 ans et PVVIH.

	EVVIH de moins de 15 ans	EVVIH de moins de 10 ans	Performance
Connaissance du statut	46,3% (15 318/33 085)	46,2% (9 556/20 667)	■
Couverture en TARV	75,3% (11 531/15 318)	70,5% (6 738/9 556)	↘
Couverture en CV	65,3% (7 534/11 531)	57,1% (3 849/6 738)	↘
Suppression virale	82,5% (6 122/7 419)	80,4% (3 093/3 849)	↘

Source : Rapport annuel CNLS 2021 et DHIS2, mars 2022.

a. Lien au TARV

On a observé une baisse du taux de lien au TARV entre 2020 et 2021 de 20 points environ. Une des raisons de cette mauvaise performance était la difficulté d’avoir un adulte (parent, tuteur) pour le suivi de ces patients. De même, il faut noter la faible couverture en site de PECP, la délégation des tâches non effective et l’insuffisance de formation des prestataires dans l’annonce du statut sérologique.

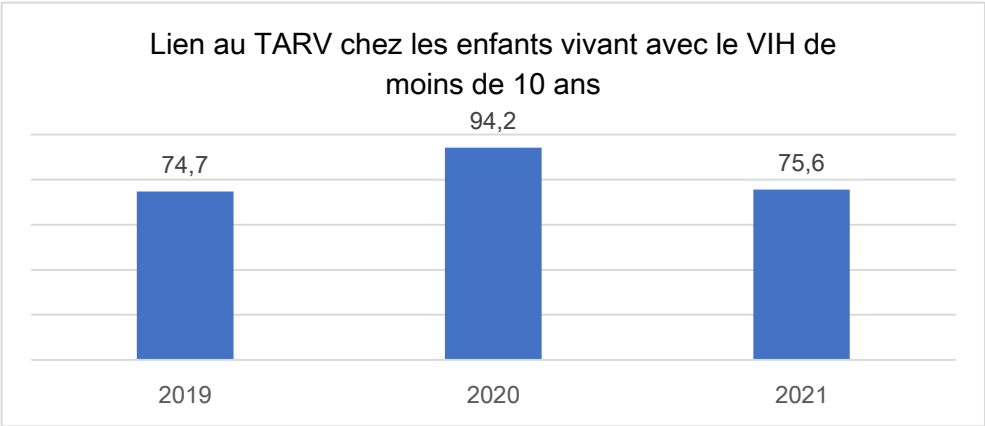


Figure 27 : Evolution du lien au traitement chez les enfants de moins de 10 ans entre 2019 et 2021.

Source : Rapport annuel CNLS 2020, DHIS2, 2019, Mars 2022.

Hormis la région de l’Ouest, toutes les autres ont enregistré une baisse du taux de liaison au TARV. La baisse la plus importante a été observée dans la région du Centre.

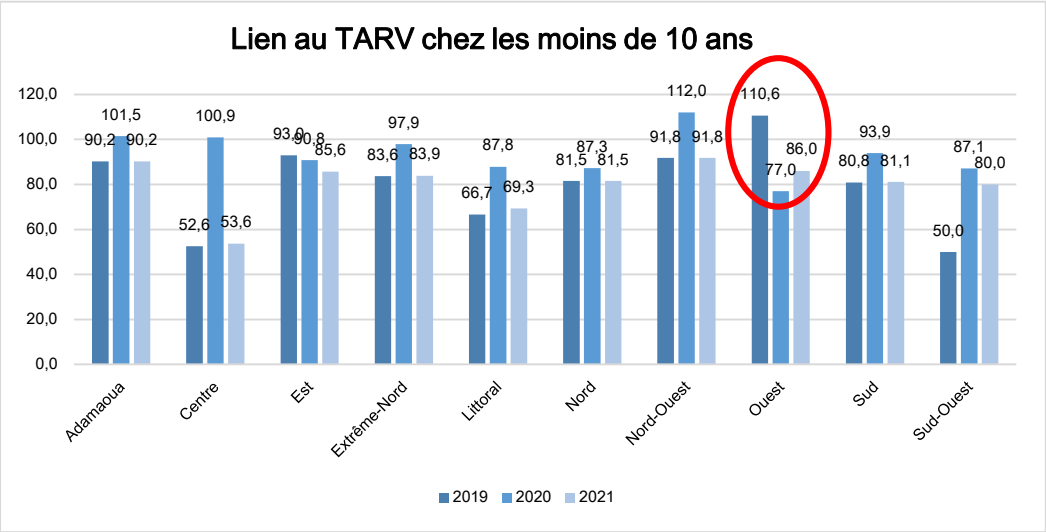


Figure 28 : Evolution régionale du lien au traitement chez les enfants de moins de 10 ans entre 2019 et 2021.
Source : Rapport annuel CNLS 2020, DHIS2, 2019, Mars 2022.

b. File active des enfants de 0-9 ans

Chez les moins de 10 ans, par rapport à 2019, en nombre absolu on a observé une augmentation de 5,3% d’enfants mis sous TARV en 2020. Par contre, le taux concernant le lien au TARV est resté stable **33,0%** (6 715/20 376) des enfants identifiés ont été mis sous TARV en 2020 et 34,2% (6 377/18 641) en 2019.

Tableau 26: File active par tranche d’âge et sexe entre 2019 et 2021.

	Femmes	Hommes	Total
2019	34,3% (3 452/10 062)	31,6% (3 263/10 314)	33,0% (6 715/20 376)
2020	35,8% (3 270/9 139)	32,7% (3 107/9 502)	34,2% (6 377/18 641)
2021	34,2% (3 494/10 206)	31,0% (3 244/10 461)	32,6% (6 738/20 667)

Source : Rapports annuels 2019 et 2020, Base de données DHIS2, Mars 2022.

c. Suppression virale EVVIH de moins de 10 ans.

L'analyse de la charge virale est essentielle car elle permet de faire le suivi des patients sous TARV et identifier le succès ou l'échec thérapeutique. En 2021, 1,2% (3 849/317 571) des CV réalisées étaient des EVVIH de moins de 15 ans, avec une suppression virale de 80,4% (3 093). Il ressort de l'analyse des disparités régionales, allant de 58,2% à l'Est à 100% au Sud et Sud-Ouest.

Tableau 27 : Répartition de la couverture en charge virale, et de la suppression virale par région

	Nombre de CV réalisées	File active	% de CV réalisées	Nombre de CV supprimée	% de suppression virale
Adamaoua	240	503	47,7	167	69,6
Centre	1 113	1 509	73,8	920	82,7
Est	249	725	34,3	145	58,2
Extrême-Nord	317	555	57,1	237	74,8
Littoral	420	777	54,1	354	84,3
Nord	315	528	59,7	226	71,7
Nord-Ouest	614	897	68,5	510	83,1
Ouest	298	464	64,2	251	84,2
Sud	129	363	35,5	129	100,0
Sud-Ouest	154	417	36,9	154	100,0
National	3 849	6 738	57,1	3 093	80,4

Source : Rapport annuel CNLS 2021, DHIS2 Mars 2022 et rapport des laboratoires.

6.4 PATIENTS PAR PROTOCOLE (FORMULATIONS PÉDIATRIQUES)

Un obstacle important à la mise sous traitement des enfants, ou au maintien du traitement chez les enfants, était l'offre limitée des formulations pédiatriques des ARV. Cependant, depuis 2015 le pays disposait des formulations pédiatriques en termes de sirop, granules ou pellets et plus récemment DTG 10mg dispersible (phase pilote). Le tableau ci-dessous résume les différents protocoles reçus par les EVVIH de moins de 10 ans. 34,4% de ces enfants étaient sous DTG 50 mg.

Tableau 28: Proportion des enfants par protocole thérapeutique.

Schémas thérapeutiques	EVVIH (0-9 ans)
Protocoles de 1^{ère} ligne	
Abacavir/Lamivudine + Lopinavir/r	1 672
Zidovudine/Lamivudine + Lopinavir/r	93
Abacavir/Lamivudine + Efavirenz	2 149
Abacavir/Lamivudine + Dolutégravir	2 096
Zidovudine/Lamivudine + Efavirenz	337
Zidovudine/Lamivudine + Dolutegravir	137
Total protocole de 1^{ère} ligne	6 483
Protocoles de 2^e ligne	
Zidovudine Lamivudine Atazanavir/r	18
Abacavir Lamivudine Atazanavir/r	37
Abacavir Lamivudine Lopinavir/r	81
Zidovudine Lamivudine Lopinavir/r	118
Total protocole de 2^e ligne	254
Protocole de 3^e ligne	
Abacavir Lamivudine Darunavir/r	1
Total	6 738



Messages clés

Il est essentiel que le diagnostic du VIH chez les enfants et la mise sous traitement des EVVIH soient effectués le plus tôt possible pour assurer leur survie, leur croissance et leur développement.

- Le diagnostic précoce du VIH chez les nourrissons dans les FOSA, les tests de dépistage chez les enfants plus âgés à différents points d'entrée du système de santé, et les services de dépistage et de

traitement au sein de la communauté permettront de mettre en relation plus d'EVVIH avec les services de traitement.

- Le maintien des enfants dans les services de soins et de traitement est essentiel afin de surveiller leur état de santé général et la progression de la maladie, et d'adapter les schémas thérapeutiques de manière adéquate.
- Des efforts doivent être déployés pour réduire les PDV dans le suivi des mères séropositives et leurs nourrissons, notamment par un meilleur encadrement des couples mère-enfant (femme allaitante) et par la prestation de services différenciés, plus pratiques et faciles d'accès pour les enfants et les personnes qui s'occupent d'eux.
- Une meilleure formation des prestataires de soins est nécessaire pour renforcer les capacités en matière de conseil et dépistage du VIH et de traitement des enfants séropositifs.

Faits essentiels

- En 2021, seulement 75% des EVVIH ont reçu un TARV, contre 84% des adultes.
- Les décès liés au sida ont diminué dans tous les groupes d'âge, sauf chez les enfants de moins de 5 ans.
 - En 2021, 3 505 enfants (0-14 ans) sont morts de causes liées au sida parmi lesquels 2 720 sont survenue chez les moins de 5 ans.
- 28% des décès liés au sida surviennent chez les enfants, bien que ceux-ci ne représentent qu'environ 7% de la population des PvVIH.
- Le résultat de suppression virale observé peut être la conséquence des formulations pédiatriques des médicaments ARV actuellement disponibles.

Chapitre 7 : Prise en charge des AVVIH de 10 - 19 ans

L'adolescence, période difficile de la vie, devient encore plus compliquée à gérer lorsqu'on y ajoute les défis posés par le VIH. Bien que des progrès aient été réalisés et que le VIH ne soit plus la première cause de mortalité chez les adolescents, le virus représente toujours une menace importante exigeant la mise en place concertée d'une approche globale visant à poursuivre la réduction des risques liés au VIH chez les adolescents.

Grâce aux progrès récents accomplis dans l'identification et la mise sous traitement des EVVIH, plus d'enfants que jamais atteignent l'adolescence et « vivent positivement ». Cette génération d'enfants ayant vécu avec le VIH la plus grande partie de leur vie doit affronter des défis uniques à mesure qu'elle atteint l'adolescence.

Pour ce qui est des Adolescents, selon les estimations Spectrum 2021, il était attendu en 2021 30 461 adolescents de 10-19 ans vivants avec le VIH seuls 58% (17 666/30 461) ont été identifiés et 67% (11 873/17 666) mis sous traitement ARV et sur 63% (7464/11873) sous traitement ayant fait la charge virale seuls 86% (6420/7464) ont eu une suppression de la CV.

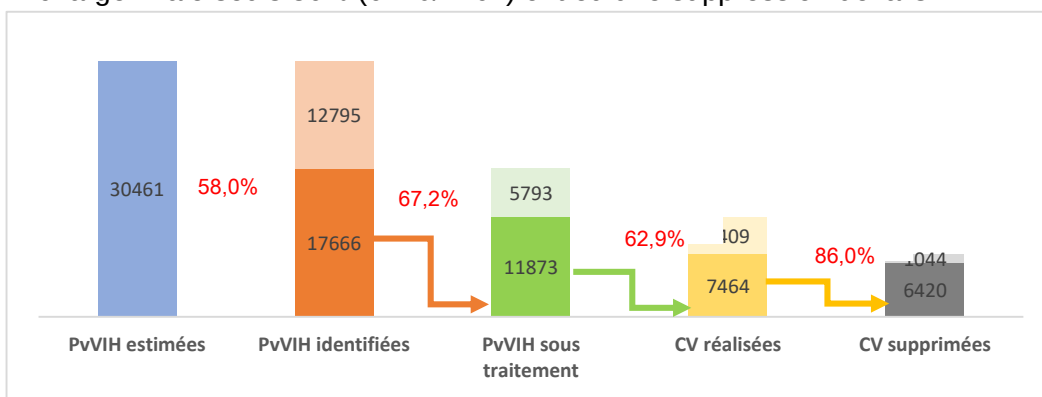


Figure 29 : Cascade de PEC des adolescents de 10-19 ans.

Source : DHIS2, Mars 2022.

Nous notons une diminution du taux d'identification dans cette tranche d'âge comparé en 2020 62,0% (19 991/32 247). Par contre, le taux

d'AVVIH sous TARV était en nette augmentation de 13 point comparé à l'année 2020 et 2019 où il était à 54,3% (10 865/ 19 991) et 56,9% (9 980/17 551). Une intensification des stratégies mise sur pied de façon globale reste de vigueur mais beaucoup plus sur les stratégies d'identifications qui est en régression.

- Quatre AVVIH de 10-19 ans sur 10 n'ont pas été identifié
- 67% des AVVIH identifiés ont été mis sous TARV
- 63% des AVVIH sous TARV ont eu accès à un examen de charge virale (CV).
- 86% des AVVIH sous TARV ayant eu accès à la CV ont supprimé.

Particularités régionales

On a noté lors de l'analyse des différents rapports régionaux des disparités au regard de la cascade programmatique des AVVIH de 10-19 ans. En effet, s'agissant de

- **Connaissance du statut** : Les régions de l'Extrême-Nord, du Nord et Sud ont présenté les plus faibles performances, 42,6% (1 240/2 914), 40,6% (1 086/2 675) et 48,0% (747/1 555) respectivement. Le meilleur taux était observé dans la région de l'Est 71,8% (2 173/3 026).
- **Mise sous TARV** : Dans les régions de l'Extrême-Nord et du Sud-Ouest, environ 6 AVVIH identifiés ont été mis sous TARV. C'est la région du Nord-Ouest qui a enregistré la meilleure couverture en TARV, soit 86,4% (1 714/1 984).
- **Couverture en charge virale** : La région de l'Est a présenté la plus faible couverture. En dans cette région 3 AVVIH sous TARV sur 4 n'ont pas eu accès à la CV. La plus forte performance a été observée dans la région du Centre, avec 80,7% (2 140/2 652). Par ailleurs, du Nord-Ouest, Ouest et Sud-Ouest avaient des taux supérieurs à 70%.
- **Suppression virale** : Elle est meilleure chez les AVVIH sous TARV que chez les enfants de moins de 10 ans 86% (6 420/7 464) vs 80,4% (3 093/3 849). Quatre régions ont présenté une suppression virale de 90% et plus, Nord-Ouest (90,2%), Ouest (93,5%), Sud (94,3%) et Sud-Ouest (89,8%).

Les EVVIH de moins de 10 ans ont une meilleure couverture en ARV que les AVVIH de 10-19 ans, 70,5% vs 67,2%. Les autres indicateurs étaient

meilleurs pour le AVVIH. Ils présentaient la meilleure performance en termes de suppression virale de tous les PVVIH (tableau 29).

Tableau 29: Comparaison cascade EVVIH 0-9 ans et AVVIH de 10-19 ans et PVVIH.

	EVVIH de moins de 10 ans	AVVIH de 10-19 ans	Performance
Connaissance du statut	46,2% (9 556/20 667)	58,0% (17 666/30 461)	↗
Couverture en TARV	70,5% (6 738/9 556)	67,2% (11 873/17 666)	↘
Couverture en CV	57,1% (3 849/6 738)	62,9% (7 464/11 873)	↗
Suppression virale	80,4% (3 093/3 849)	86,0% (6 420/7 464)	↗

Source : Rapport annuel CNLS 2021 et DHIS2, mars 2022.

Dans cette sous population on est assez loin de l’atteinte du premier ou du deuxième 95. Il demeure donc important de renforcer les stratégies spécifiques et différenciées adaptées aux adolescents à l’instar des unités SRA, et les pairs éducateurs.

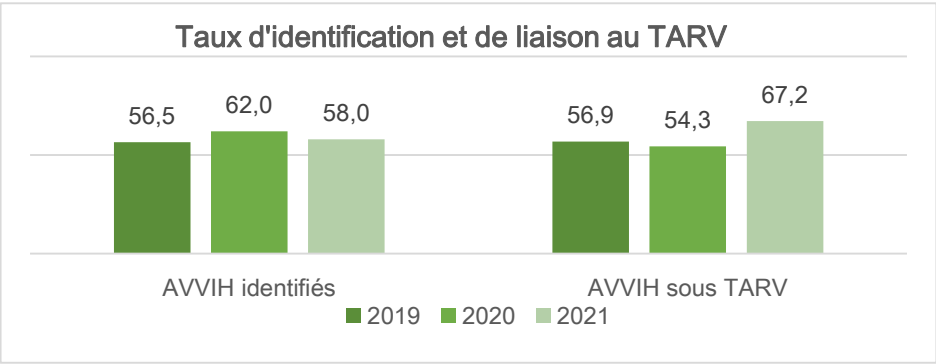


Figure 30 : Evolution des taux d’identification et du lien au TARV chez les adolescents de 10-19 ans entre 2019 et 2021.

Source : Rapports annuels 2019 et 2020, DHIS2, Mars 2022.

L’identification des AVVIH est resté faible au cours des trois dernières années. En effet, après une hausse entre 2019 et 2020 de 56,5%

(17 551/31 040) à 62% (19 991/32 247), on a observé une baisse du taux d'identification des AVVIH entre 2020 et 2021, de 62% à 52%. Par ailleurs, la couverture en TARV des adolescents a aussi augmenté entre 2020 et 2021 de 54,3% à 67,2%. Néanmoins, cette performance est encore trop loin derrière la cible de 95% nécessaire pour l'élimination du VIH à l'horizon 2030.

7.1 Mise en relation avec les services de soins et maintien dans le circuit de soins (lien au TARV)

a. Disparité du lien au TARV par tranche d'âge

D'une manière générale, le lien au TARV était de 74,6%, en hausse par rapport aux deux précédentes années à savoir 2019 et 2020 où on a atteint 69,9% et 44,1% respectivement. Ce groupe d'adolescents pourrait aussi être divisé en 2 groupes, le 10-14 ans et les 15-19 ans.

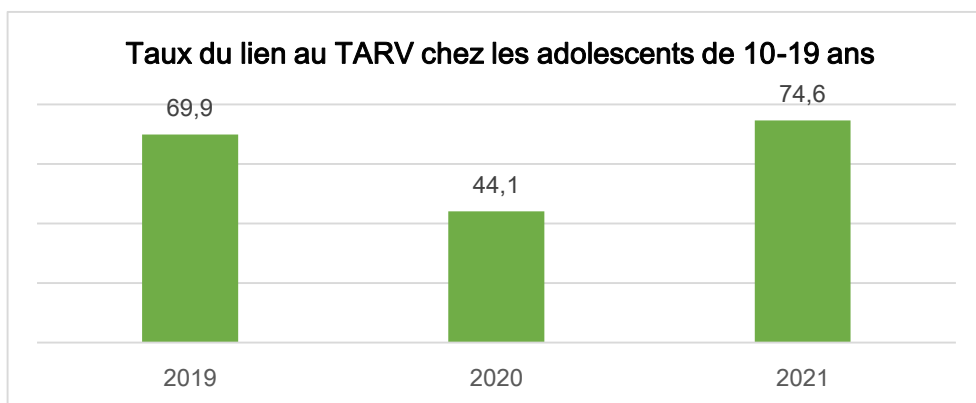
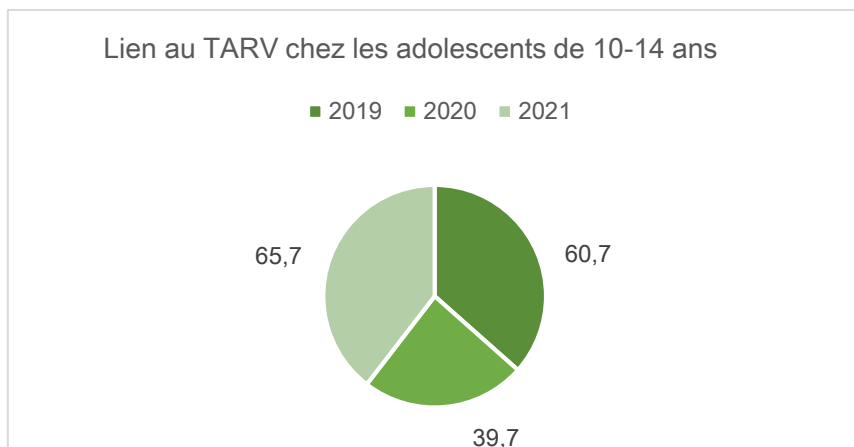


Figure 31: Evolution du Lien au TARV chez les AVVIH de 10-19 ans par tranche d'âge entre 2019 et 2021.

Source : DHIS2, 2020 à 2022.

b. Adolescent de 10-14 ans.



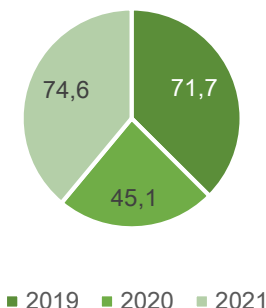
Globalement, malgré le faible nombre de nouvelles infections dans la tranche d'âge 10-14 ans, on a noté que six adolescents sur dix (60%, 442/725) sont liés au TARV. Il ressort de l'analyse une hausse entre 2020 et 2021 sans que le taux obtenu en 2019 ne soit atteint.

Figure 32: Evolution du Lien au TARV chez les AVVIH de 10-14 ans entre 2019 et 2021.

Source : DHIS2, 2020 à 2022.

Adolescents de 15-19 ans : 74,6% des adolescents de 15-19 ans ont été liés à une FOSA, soit une progression de 29 points environ par rapport à 2020 (45,1%)

Lien au TARV chez les AVVIH de 15-19 ans



Globalement, malgré le faible nombre de nouvelles infections dans la tranche d'âge 15-19 ans, on a noté que trois adolescents 15-19 ans sur dix n'étaient pas liés au TARV.

Figure 33: Evolution du Lien au TARV chez les AVVIH de 15-19 ans entre 2019 et 2021.

Source : DHIS2, 2020 à 2022.

c. Disparités régionales du lien au TARV

En 2021, le taux de lien au TARV était de 73,2 (2 995/4 093) en hausse du taux par rapport à 2020 et 2019, respectivement 44,1% (2 993/6 789) et 69,9% (2 982/4 268). Trois régions ont présenté de faibles taux par rapport au niveau national, le Centre, l'Extrême-Nord et le Littoral respectivement 47% (562/1 197), 68% (222/327) et 69,1% (228/330). La région de l'Adamaoua a présenté les meilleurs taux atteignant 95% (399/420) environ le double de l'année 2020.

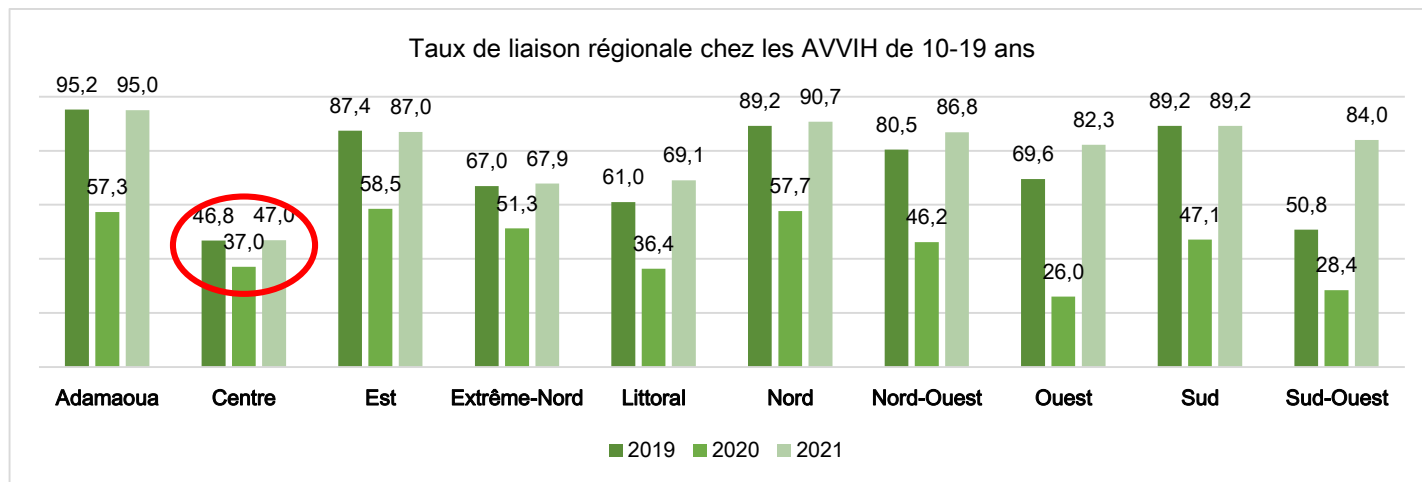


Figure 34 : Evolution régionale du Lien au TARV chez les AVVIH de 10-19 ans entre 2019 et 2021.

Source : DHIS2, 2020 à 2022.

Adolescent de 10-14 ans.

On a observé des disparités régionales. Malgré une mauvaise performance générale, les régions de l'Adamaoua et du Sud ont présenté le taux de liaison le plus élevé 91,1% et 91,9% respectivement. Par contre, dans la région du Centre qui abrite le nombre d'AVVIH le plus élevé, 2 AVVIH de 10-14 ans identifiés sur 3 n'étaient pas liés au TARV. Cette mauvaise performance a aussi été retrouvé dans la région du Littoral avec environ 1 AVVIH de 10-14 ans identifié qui n'est pas lié au TARV. Par conséquent, des stratégies innovantes et

spécifiques devraient être mises en œuvre dans ces 2 régions et surtout dans les DS qui tirent ces régions vers le bas.

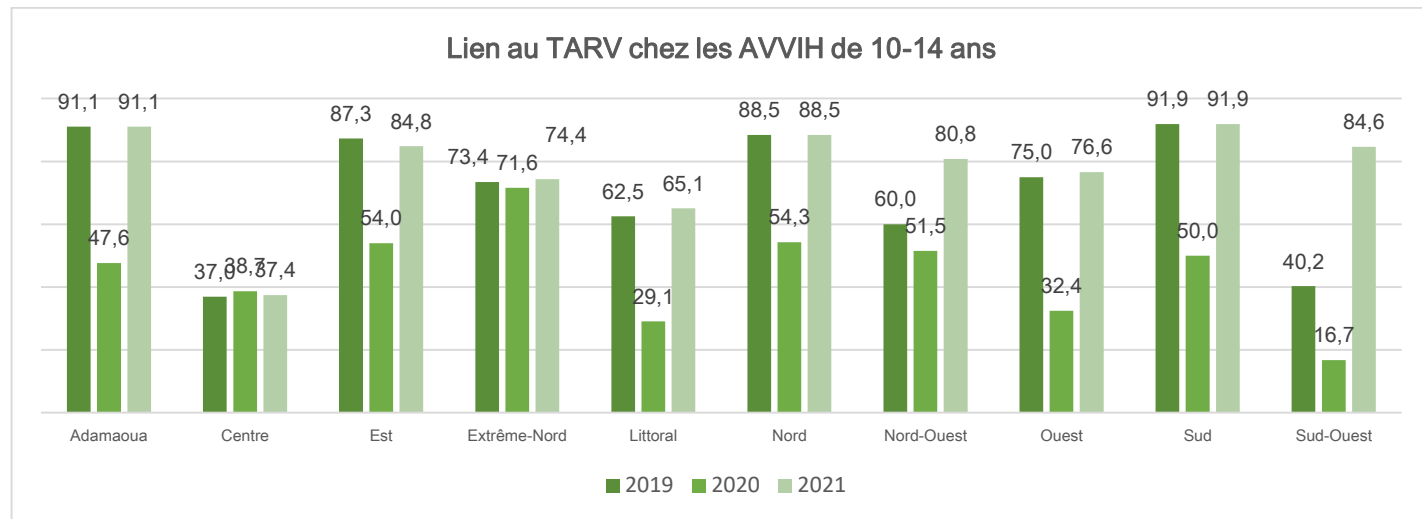


Figure 35: Lien au TARV chez les 10-14 ans en fonction des régions.

Source : Base de données DHIS2, 2020.

Adolescents de 15-19 ans : 74,6% des adolescents de 15-19 ans ont été liés à une FOSA, soit une progression de 29 points environ par rapport à 2020 (45,1%). Les régions du Centre, du Littoral et de l'Extrême-Nord ont présenté les plus faibles taux, 49%, 70% et 65% respectivement.

Malgré un lien au TARV plus élevé que chez les 10-14 ans, ce taux reste faible à 45,1%. Il varie d'une région à l'autre, allant de 59% dans les régions de l'Adamaoua et l'Est à 24,1% dans la région de l'Ouest.

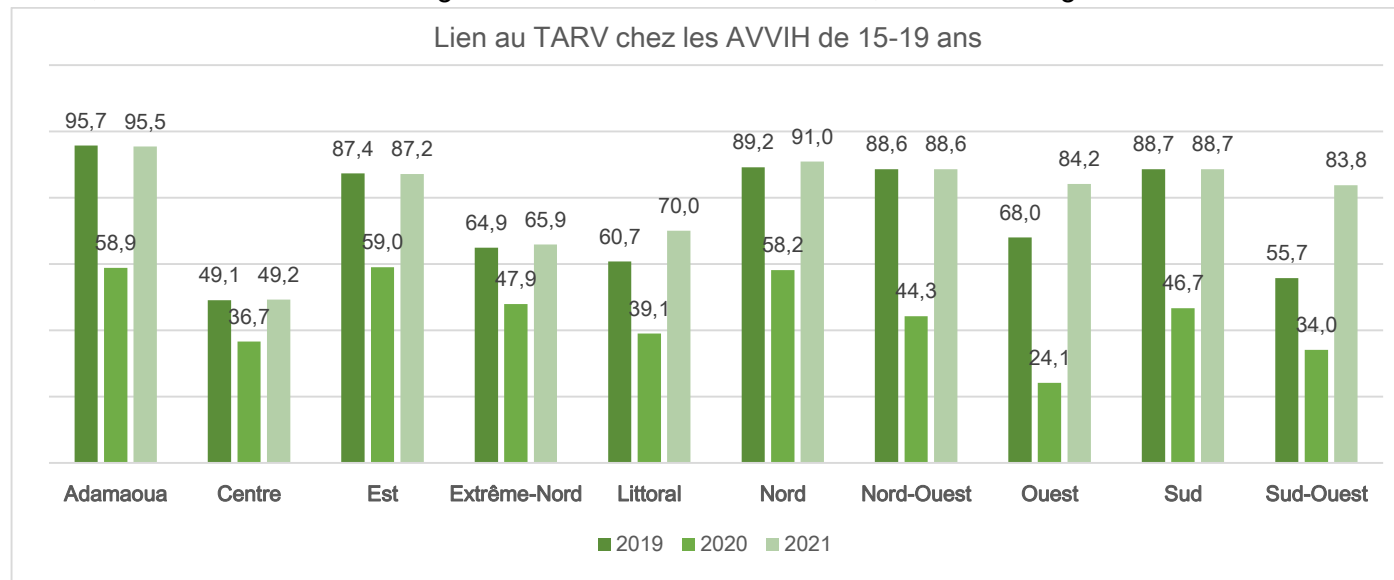


Figure 36: Lien au TARV chez les 15-19 ans en fonction des régions.

Source : Base de données DHIS2, 2020.

7.2 File active des AVVIH 10-19 ans

La file active des AVVIH de 10-19 ans était de 11 873 en 2021, représentant environ 3,1% de la file active, similaire à celle des enfants de moins de 15 ans soit 3,0%.

a. Analyse de la situation de la FA

La file active des AVVIH de 10-19 ans a connu une progression d'environ 2000 patients entre 2019 et 2021 passant de 9 980 à 11 873.

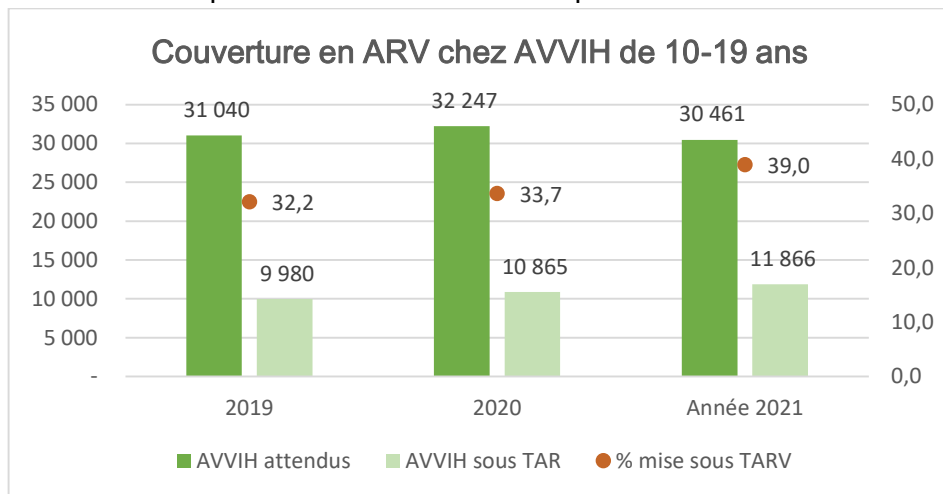


Figure 37 : Evolution de la File active des AVVIH de 10-19 ans entre 2019 et 2021.

Source : Rapports annuels CNLS, 2019-2020, DHIS2, Mars 2022

Concernant les adolescents de 10-19 ans sous TARV, la couverture ARV est passée de 32,2% (9 980/31 040) en 2019 à **33,7%** (10 865/32 247) en 2020. La meilleure performance de 2020 par rapport à 2019 se situe chez les jeunes de 20 à 24 ans sous TARV, où on a atteint 60,7% (18 484/30 458) contre 48,3% en 2019.

b. File active désagrégée par région

La figure ci-dessus a mis en évidence la FA des AVVIH des 10-19 ans dans chaque région. Il ressort de l'analyse régionale que la région du Centre avait la plus grande file active soit 22,3%

(2 652/11 873), suivi des régions du Nord-Ouest et du Littoral avec 14,4% et 13,1% respectivement. Cette tendance a aussi été observée chez les enfants de moins de 15 ans. Par contre, la région du Sud avait la plus faible file active soit 4,1% (491).

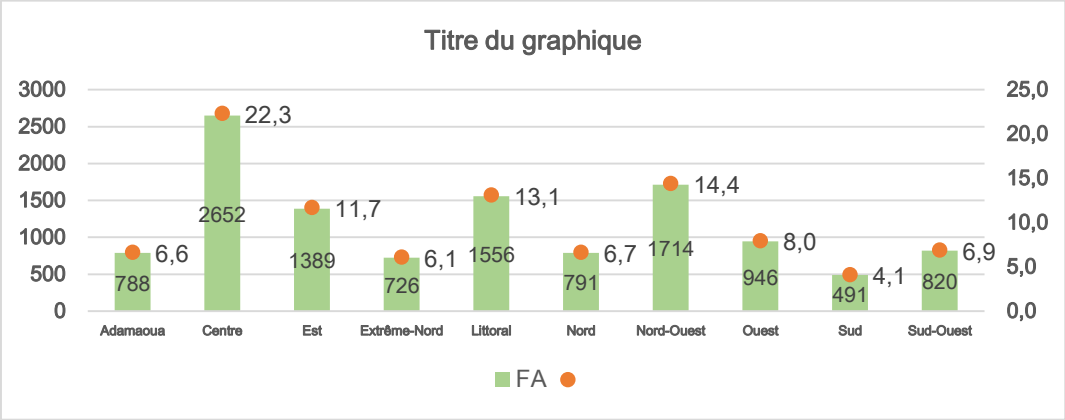


Figure 38 : Répartition de la file active des AVVIH 10-19 ans et poids des régions.
 Source : DHIS2, Mars 2022.

c. File active désagrégée par tranche d’âge et par région

Globalement, de façon désagrégée par tranche d’âge et par région, il ressort que la file active des moins de 10 ans est plus élevée que celle de la tranche 10-14 ans quel que soit la région. Cependant, pour les régions du Littoral, du Nord-Ouest, de l’Ouest et du Sud-Ouest, il n’ya pas de différence significative entre les 2 tranches d’âges. Par contre, pour les régions de l’Adamaoua, de l’Est et du Nord, la proportion des moins de 10 ans était deux fois plus élevée que celle de la tranche de 10-14.

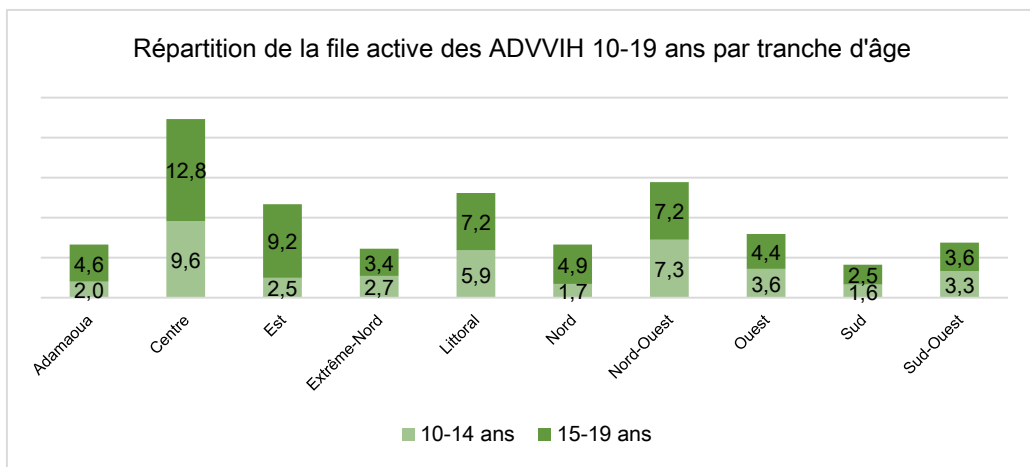


Figure 39 : Répartition de la file active des ADVVIH 10-19 ans par tranche d'âge et par région.

Source : DHIS2, mars 2022.

d. Suppression virale AVVIH de 10-19 ans.

La réalisation de la charge virale est essentielle pour le suivi biologique des PVVIH car elle permet de déterminer précocement le succès ou l'échec thérapeutique. En 2021, 2,3% (7 080/317 571) des CV réalisées étaient des AVVIH de 10-19 ans, avec une suppression virale de 86,4% (**6 419**). Cependant, les régions de l'Adamaoua, de l'Est et de l'Extrême-Nord ont présenté les plus faibles performances, avec environ 3 ADVVIH sur 10 ne sont supprimés.

Tableau 30 : Répartition de la couverture en charge virale, et de la suppression virale par région

	Nombre de CV réalisées	File active		% de CV réalisées	Nombre de CV supprimée	% de suppression virale
		10-14 ans	15-19 ans			
Adamaoua	323	239	549	41,0	235	72,8
Centre	2 140	1 137	1 515	80,7	1 859	86,9
Est	357	298	1 091	25,7	261	73,1
Extrême-Nord	401	326	400	55,2	309	77,1
Littoral	1 067	703	853	68,6	938	87,9
Nord	381	207	584	48,2	266	69,8
Nord-Ouest	1 251	863	851	73,0	1 129	90,2
Ouest	705	428	518	74,5	659	93,5
Sud	228	195	296	46,4	215	94,3
Sud-Ouest	610	397	423	74,4	548	89,8
National	7 463	4 793	7 080	62,9	6 419	86,0

Source : Rapport annuel CNLS 2021, DHIS2 Mars 2022 et rapport des laboratoires.

7.3 Cascade de la PEC des AVVIH 10-19 ans en région entre 2019 et 2021

a. Région de l'Ouest

Globalement, ces cascades montrent la faiblesse des indicateurs auprès des adolescents VIH de 10-19 ans tout au long des « 3x95 ». Malgré l'amélioration des indicateurs de la cascade entre 2019 et 2021, l'identification et la couverture en TARV sont restés faibles. En effet, par rapport à la cascade de PECG, la région de l'Ouest a atteint une performance :

- 01 AVVIH sur 2 n'était pas identifié.
- Augmentation de la mise sous TARV avec environ 7 AVVIH sur 10 sous ARV.
- Meilleur accès à l'examen de charge virale ainsi que la suppression depuis la mise à disposition de POC dans la région.

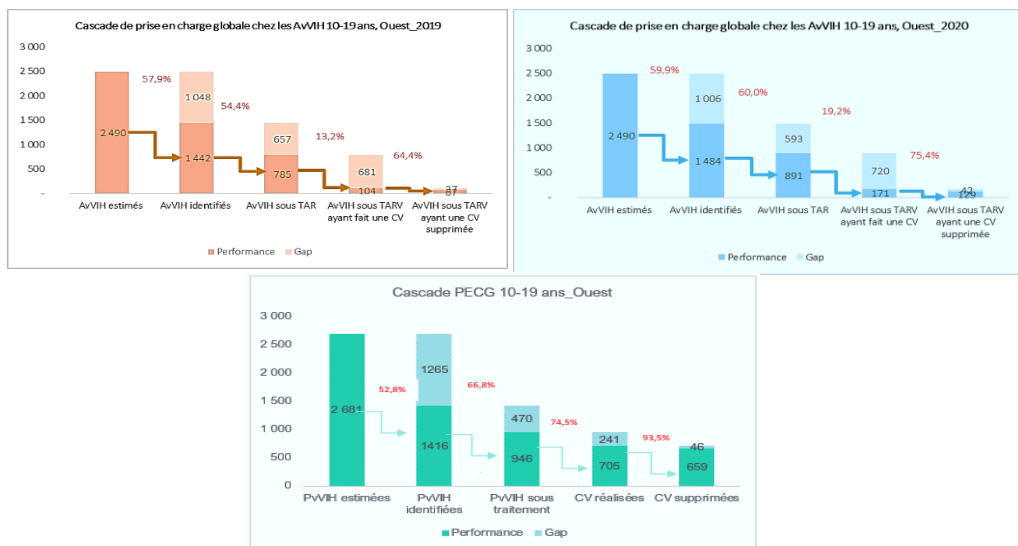
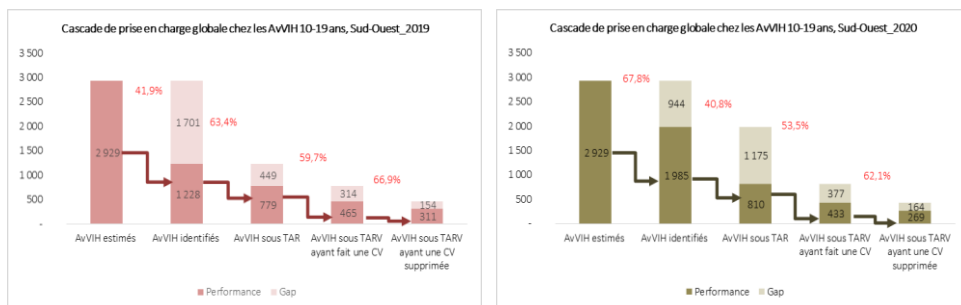


Figure 40: Cascade de prise en charge chez les adolescents de 10-19 ans dans la région de l'Ouest en 2019 et 2020.

Source : Rapports annuels du CNLS 2019 et rapports des régions 2019 et 2020.

b. Région du Sud-Ouest

La crise sociopolitique qui règne dans cette région n'était pas étrangère aux résultats mitigés observés dans cette région entre 2019 et 2020. En effet, malgré une amélioration du dépistage des AVVIH, l'initiation est



restée faible alors qu'on a observé une amélioration de la suppression virale en 2021 soit 90%.

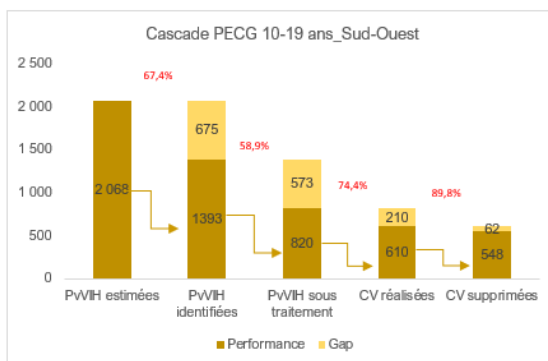


Figure 41: Cascade de prise en charge chez les adolescents de 10-19 ans dans la région du Sud-Ouest en 2019 et 2020.

Source : Rapports annuels du CNLS 2019 et rapports des régions 2019 et 2020.

7.4 Patients par protocole (formulations pédiatriques)

Les protocoles des AVVIH sont similaires des adultes même si dans certains cas comme le Tenofovir (TDF) il faudrait atteindre 30kg pour pouvoir bénéficier. Un premier constat est la multitude des protocoles de première ligne surtout chez les AVVIH de 10-14 ans, ceci dû à l'absence souvent de certains protocoles.

a. AVVIH 10-14 ans

92% des AVVIH de 10-14 ans étaient sous protocoles de première ligne (1L) au 31 Décembre 2021. Malgré la forte proportion de patients sous Dolutégravir (77%) en 1L, on a noté que 7% étaient sous un protocole à base de Lopinavir/r et 16% à base d'Efavirenz.

Tableau 31: Proportion des AVVIH 10-14 ans par protocole thérapeutique.

Schémas thérapeutiques	AVVIH (10-14 ans)
Protocoles de 1^{ère} ligne	
Tenofovir/Lamivudine/Efavirenz	463
Tenofovir/Lamivudine/Dolutégravir	2 756
Tenofovir/Lamivudine + Lopinavir/r	35
Abacavir/Lamivudine + Lopinavir/r	220
Abacavir/Lamivudine + Efavirenz	174
Abacavir/Lamivudine + Dolutégravir	494
Zidovudine/Lamivudine + Efavirenz	66
Zidovudine/Lamivudine + Lopinavir/r	53

Zidovudine/Lamivudine + Dolutegravir	136
Total protocole de 1^{ère} ligne	4 397
Protocoles de 2^e ligne	
Zidovudine/Lamivudine + Atazanavir/r	32
Zidovudine/Lamivudine + Lopinavir/r	53
Abacavir/Lamivudine + Atazanavir/r	79
Abacavir/Lamivudine + Lopinavir/r	73
Tenofovir/Lamivudine + Lopinavir/r	80
Tenofovir/Lamivudine + Atazanavir/r	75
Total protocole de 2^e ligne	392
Protocole de 3^e ligne	
Tenofovir/Lamivudine/Dolutégravir + Darunavir/r	3
Tenofovir/Lamivudine + Darunavir/r	1
Total protocole de 3^e ligne	4
Total	4 793

Source : DHIS2 Mars 2022, malades par protocoles.

b. ADVVIH 15-19 ans

Comme pour les ADVIH de 15-19 ans, 92% des 15-19 ans étaient sous protocoles de première ligne (1L) au 31 Décembre 2021. Malgré la forte proportion de patients sous Dolutégravir (70%) en 1L, on a noté que 4% étaient sous un protocole à base de Lopinavir/r et 26% à base d'Efavirenz. Néanmoins, le protocole à base d'Efavirenz peut se justifier par la présence des femmes en âge de procréer dans cette tranche d'âge.

Tableau 32: Proportion des AVVIH 15-19 ans par protocole thérapeutique.

Schémas thérapeutiques	AVVIH (15-19 ans)
Protocoles de 1^{ère} ligne	
Tenofovir/Lamivudine/Efavirenz	1 534
Tenofovir/Lamivudine/Dolutégravir	4 376
Tenofovir/Lamivudine + Lopinavir/r	74
Abacavir/Lamivudine + Efavirenz	70
Abacavir/Lamivudine + Dolutégravir	153
Zidovudine/Lamivudine + Efavirenz	109
Zidovudine/Lamivudine + Dolutegravir	208
Total protocole de 1^{ère} ligne	6 524
Protocoles de 2^e ligne	
Zidovudine/Lamivudine + Atazanavir/r	58

Zidovudine/Lamivudine + Lopinavir/r	46
Abacavir/Lamivudine + Atazanavir/r	57
Abacavir/Lamivudine + Lopinavir/r	60
Tenofovir/Lamivudine + Lopinavir/r	99
Tenofovir/Lamivudine + Atazanavir/r	229
Total protocole de 2^e ligne	549
Protocole de 3^e ligne	
Tenofovir/Lamivudine/Dolutégravir + Darunavir/r	5
Tenofovir/Lamivudine + Darunavir/r	1
Abacavir/Lamivudine + Darunavir/r	1
Abacavir/Lamivudine/Dolutégravir + Darunavir/r	1
Total protocole de 3^e ligne	7
Total	7 080

Source : DHIS2 Mars 2022, malades par protocoles.

Messages clés

- Les adolescents ont besoin de services de soins et de traitement adaptés, qui répondent à leurs besoins particuliers à mesure qu'ils font la transition des soins pour enfants aux soins pour adultes.
- L'élimination des obstacles, comme les restrictions légales sur l'âge du consentement, permettra de faciliter l'accès des adolescents aux services de prévention, de soins et de traitement.
- Les travailleurs de la santé doivent être formés afin d'être en mesure de traiter, de conseiller et d'éduquer adéquatement les adolescents sur le VIH et de fournir des services adaptés aux adolescents.
- L'accent doit être mis sur l'observance du traitement, notamment par le biais de programmes de soutien psychosocial visant à combattre les raisons sous-jacentes de la mauvaise observance du traitement, comme la stigmatisation et la discrimination.
- Pour mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030, il faut que les programmes de lutte contre le VIH et de santé sexuelle et reproductive accordent la priorité aux filles et aux jeunes femmes.
- Pour mettre fin aux nouvelles infections à VIH chez les adolescentes, il faut s'attaquer à des enjeux complexes comme le mariage des enfants et la violence sexiste.

Faits essentiels

- En 2021, il y a eu 1 838 nouvelles infections à VIH chez les adolescents (15-19 ans).
 - Les adolescentes 15-19 ans ont représenté environ 87,4% (1 604) des nouvelles infections à VIH
 - Les nouveaux cas d'infection à VIH chez les adolescentes (15-19 ans) ont été 7 fois plus élevés que chez leurs homologues masculins.
- La majorité des adolescents vivant avec le VIH ont contracté le virus par le biais de la transmission de la mère à l'enfant.
- La suppression virale est meilleure chez les adolescents vivant avec le VIH (86%) par rapport aux enfants de moins de 10 ans (80%).

7.5 Suivi Psychosocial

À mesure que les enfants atteignent l'adolescence, il est donc essentiel de les maintenir dans les services de soins et de traitement, afin de pouvoir surveiller en permanence la progression de la maladie. Ce suivi continu des enfants et adolescents permettra de détecter les échecs thérapeutiques et d'adapter leur schéma posologique de manière adéquate pour les garder en bonne santé.

Le Suivi psychosocial des enfants et adolescents vivant avec le VIH est assuré par les APS Pédiatriques dans chaque région. Leur offre de service est essentiellement liée au dépistage, à la liaison aux soins si résultat positif, offre de l'éducation thérapeutique à chaque rendez-vous de retrait de médicament à la FOSA, suivi rapproché de l'enfant par appel téléphonique pour rappel des RDV, des VAD, le tracking pour les enfants PDV et la participation au dépistage familiale.



Au niveau National un APS Pédiatrique a en moyenne 20 enfants et adolescents dans sa cohorte à suivre. Cependant, les APS des régions du Littoral, l'Est et Adamaoua ont plus de 30 enfants à suivre. À la vue du paquet de service et de l'accompagnement à offrir à ces enfants et du suivi de l'enfant exposés non prise en compte dans cette FA, ce nombre serait supérieur et ne garantirait pas l'efficacité des services offert d'où la nécessité d'un suivi et une supervision des activités de ces derniers en vue d'une meilleure capitalisation.

Chapitre 8 : Réduction de l'impact socio-économique du VIH/SIDA sur les Orphelins et enfants vulnérables

Le PSN 2018-2022 dans son résultat d'impact 3 prévoit que d'ici 2022, la qualité de vie des personnes infectées et / ou affectées par le VIH soit améliorée de 50%. En effet, concernant les orphelins et enfants vulnérables (OEV), il est question que d'ici 2022, 60% des OEV identifiés reçoivent le paquet minimum de services adaptés à leurs besoins suivant les normes en vigueur. Un ensemble d'interventions allant dans ce sens ont été menées au cours de l'année 2021 et sont résumées dans chapitre. Les activités de lutte contre le VIH/ Sida en direction des OEV ont été menées par CRS (Catholic Relief Services) en partenariat avec le gouvernement du Cameroun (GRC), la société civile et certains sectoriels concernés dans le cadre du projet KIDSS ou « Key Interventions to Develop Systems and Services for Orphans and Vulnerable Children » financé par USAID. Ses interventions couvrent un ensemble de domaines à savoir (i) la santé (ii) l'éducation (iii) la protection/sécurité et (iv) la stabilité économique des ménages, y compris les soins à domicile, la thérapie antirétrovirale, le soutien au traitement, la réduction de la stigmatisation, la prévention et les services holistiques pour les enfants vulnérables.

CRS a mis en œuvre la première phase de KIDSS au Cameroun de 2014 à 2019, dans 13 DS dans 3 régions. USAID a prolongé le projet de trois ans à partir de janvier 2020 avec une transition progressive au Conférence Épiscopale Nationale du Cameroun (CENC) et à 26 partenaires locaux confessionnels et de la société civile dans 48 DS dans les 10 régions, conformément à l'expansion de la couverture clinique soutenue par le PEPFAR.

- AFASO, AFSU, Horizon Femmes, IDF, MERENSO, SWAA, CMWA, RENATA NOLFOWOP Est et Yaoundé.
- Archidiocèses de Bamenda, Bertoua, Garoua et Douala.
- Diocèses de Bafia, Buea, Maroua-Mokolo, Ngaoundéré, Yagoua, Obala, Ebolowa, Bafoussam, Nkongsamba et Sangmelima.

- CENC et ACESA (Association camerounaise pour l'éducation sexuelle des adolescents).

Le 1er avril 2021, CRS a transféré à CENC la supervision de la gestion du projet KIDSS dans les régions de l'Est et de l'Adamaoua. CRS transférera officiellement la responsabilité de gestion des partenaires du Nord et du Grand Nord à CENC le 1er octobre 2021.

La principale stratégie utilisée par le projet pour améliorer la détection des nouveaux cas d'enfants et adultes VIH+ qui ne se s'étaient pas encore présentés et qui n'avaient pas encore été diagnostiqués, était l'identification à partir d'un cas index. Les frères et sœurs de tous les enfants séropositifs inscrits et les enfants de parents séropositifs dont le statut était inconnu ont été orientés ou accompagnés pour le conseil et dépistage VIH.

À la fin de l'année fiscale 21 (Octobre 2020-Septembre 2021), le projet a servi 61 375 personnes, dont 41 542 de moins de 18 ans et 19 833 de plus de 18 ans. En outre, 90% des participants de moins de 18 ans et 98% de ceux de plus de 18 ans connaissaient leur statut VIH, grâce à l'intensification du dépistage du VIH. De plus, 100% des EVVIH étaient liés au TARV et 81% avaient une suppression virale.

Tableau 33: Cascade de prise en charge des OEV entre 2019 et 2021.

	2019	2020	2021
Nombre d'OEV touchés	18 380	62 158	61 375
• < 18 ans	12 528 (68,2%)	40 765 (65,6%)	41 542 (67,7%)
OEV < 18 ans connaissant leur statut	12 125 (97%)	36 125 (89%)	37 388 (90%)
OEV < 18 ans VIH+	2 625 (21,6%)	9 498 (23,3%)	10 162 (24,5%)
OEV < 18 ans VIH négatif	9 131 (75%)	26 627 (65,3%)	27 046 (65,1%)
OEV < 18 ans n'ayant pas besoin de test (sur la base de l'évaluation du risque VIH)	369 (2,9%)	167 (0,4%)	85 (0,2%)
OEV < 18 ans statut inconnu	403 (3%)	4 473 (11,0%)	4 249 (10,2%)
OEV < 18 ans VIH+ sous TARV		9 498 (100%)	10 162 (100%)

Source : Rapports KIDSS, 2019 à 2021.

8.1 Mettre en œuvre des stratégies pour améliorer le dépistage des cas chez les enfants et les adolescents

Le projet a continué à soutenir le programme national de PTME par le biais d'un suivi régulier des femmes enceintes/allaitantes VIH positives et des enfants exposés (diagnostic précoce ainsi que leur statut final soit déterminé à 18 mois). En 2020, parmi les enfants exposés éligibles, 64,5% (1 315/2 042) ont bénéficié d'un diagnostic précoce et 15 ont été retrouvés positifs. Ce chiffre est en baisse par rapport à 2019, où 100% (1 036/1 036) ont fait le test et 23 ont été identifiés VIH positifs. S'agissant de la sérologie, en 2020, sur les 1 962 enfants exposés ayant atteint l'âge de 18 mois ou plus, 17,5% (343/1 962) avaient réalisé un test sérologique du VIH, 17,3% (340/1 962) étaient séronégatifs pour le VIH et 3 positifs et ayant commencé un TARV. En 2019, 98,4% (804/817) de plus de 18 mois ont subi un test sérologique VIH et 23 positifs. Sur les 817 EE de plus de 18 mois, 804 ont subi un test sérologique de dépistage du VIH, dont 23 ont été confirmés positifs. Par conséquent, 46 EE ont été identifiés.

8.2 Offrir de la formation et recyclage aux prestataires de soins en matière de gestion des cas familiaux

Au cours de l'année fiscale 21, CRS a dirigé des formations sur la PEC des cas pour les nouveaux partenaires (diocèse de Sangmelima et Ebolowa) de la région Sud, nouvellement ajoutées. Le CENC a dirigé des formations similaires pour les partenaires de l'Est et de l'Adamaoua, avec le soutien de CRS. Des séances de recyclage ont été organisées dans toutes les zones de mise en œuvre du projet à l'intention du personnel de terrain des partenaires sur divers aspects de la gestion des cas.

8.3 Réduction de la morbidité et de la mortalité et amélioration du bien-être général des enfants vivant avec le VIH

a. Amélioration des liens avec les services de TAR

- **Faciliter l'accès à l'initiation au TARV (pour le PvVIH qui n'est pas sous traitement)**

Ceci passe par l'accompagnement et le paiement des frais de transport vers les unités de prise en charge pour l'initiation au TARV pour les PvVIH ne sont pas sous TARV. 33 personnes en ont bénéficié entre Juillet et Septembre 2021. Amélioration de la rétention chez les enfants et les adolescents VIH positifs

b. Amélioration de la rétention chez les enfants et les adolescents VIH positifs

- **Effectuer des visites mensuelles à domicile pour obtenir du soutien psychosocial, de l'observance et des conseils nutritionnels**

Pour assurer une meilleure rétention au TARV, les travailleurs sociaux ont effectué des visites à domicile mensuelles pour un soutien psychosocial, l'observance et des conseils nutritionnels. 46 210 séances de soutien psychosocial et d'observance du TARV, y compris la littératie en TARV ont été réalisés, le double des séances tenues en 2020 soit 21 232. Ce soutien a contribué à la continuité du TARV des 10 162 enfants et adolescents VIH. Avec ces services le taux de rétention était de 94%. Afin d'améliorer l'observance pour ceux qui ont une charge virale élevée, des piluliers ont été distribués dans les régions du Nord et de l'Extrême-Nord.

8.4 Mettre en œuvre une divulgation du VIH adaptée à l'âge des enfants et des adolescents

La divulgation est cruciale pour le continuum des soins du VIH. Au cours des visites à domicile, les case workers ont référé 115 AVVIH de plus de 13 ans à des professionnels des FOSA pour des conseils complets en matière de divulgation.

a. Soutenir l'accès au test de la charge virale

Pour évaluer l'impact du soutien à l'observance du TARV donné aux enfants et adolescents VIH positifs, une activité importante que le projet met régulièrement en œuvre est le suivi biologique des clients sous TARV par la réalisation de l'examen de CV pour les PvVIH éligibles au besoin en payant pour le transport des OEV vers la FOSA pour le prélèvement ainsi que pour la CV si besoin.

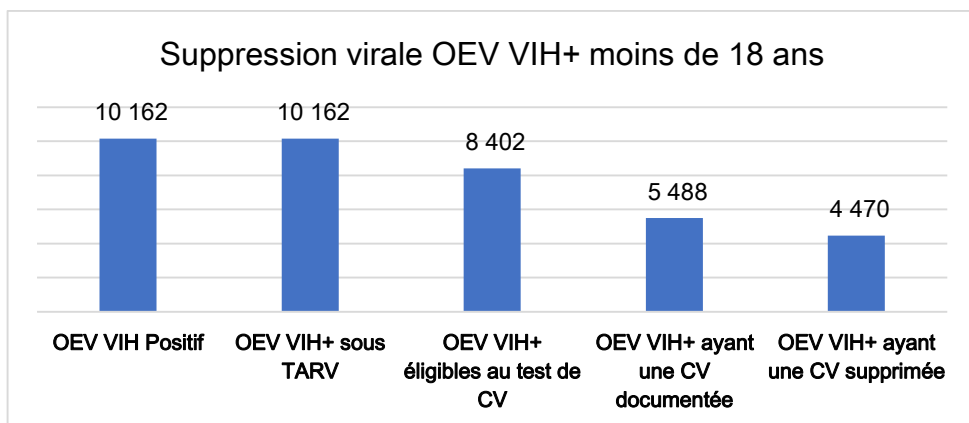


Figure 42: Cascade de la charge virale (suppression virale) chez les OEV de moins de 18 mois, 2020.

Source : Rapports KIDDS, 2021.

En 2021, 83% (8 402/10 162) des OEV VIH positifs sous TARV ont été déclarés éligibles pour l'examen de CV en baisse par rapport à 2020 où ce taux était de 91% (8 686/9 498). Cependant, 65% (5 488/8 402) avaient des résultats de CV documentés au cours des 12 derniers mois dont 81% (4 470/5 488) ont une suppression virale. En regardant la tranche d'âge des enfants qui ont été supprimés, 76,5% chez les moins de 5 ans, 78% pour ceux âgés de 5 à 9 ans et 85% pour les adolescents de 10 à 18 ans.

S'agissant des régions, les plus faibles taux de suppression virale ont été observés dans les 3 régions du Septentrion, les adolescents VIH+ de la région de l'Extrême-Nord ayant les taux les plus bas. Pour améliorer ce taux, KIDSS a tenu une réunion de collaboration avec RECAJ+ et a demandé la collaboration dans les régions de l'Est et du Septentrion pour améliorer la couverture et la suppression de la charge virale, par l'utilisation d'adolescents champions. Par ailleurs, en collaboration avec RECAJ+, KIDSS soutiendra la mise en œuvre de modèles DSD dans ces régions.

Chapitre 9 : Recherche

Plusieurs études et activités de recherche fondamentale et opérationnelle ont été réalisées entre 2019 et 2021 sur le VIH. Les résultats de certains de ces études ont fait l'objet de présentation au cours des conférences nationales et internationales et de publications scientifiques. Les études réalisées ont porté sur des thématiques diverses, notamment, sur les aspects de prise en charge du VIH pédiatrique, les résistances au ARV, la prévention de la transmission mère-enfant, etc. Le système de suivi des activités de recherche et de surveillance n'est pas encore consistant et ne permet pas de traquer toutes les activités de recherche réalisées dans le pays.

9.1 Etudes de la transmission mère-enfant du VIH et les facteurs de risque

Dans le cadre du programme national de diagnostic précoce du VIH, une étude menée au CIRCB (Nkenfou *et al.*, ICASA 2019) a permis de révéler que la transmission mère-enfant du VIH varie selon le mode d'allaitement, allant de 4,9% (allaitement maternel exclusif), 10,8% (allaitement mixte) et 3,2% (allaitement artificiel), $p=0.00001$. Jusqu'en 2017, une différence statistiquement significative était observée entre les taux de TME par allaitement maternel exclusif versus allaitement artificiel (OR : 1,93 CI 95% 1,6-2,3 ; $p=0,007$). Cependant, depuis 2018, les taux de TME entre ces deux modes d'allaitement sont similaires (OR : 0,6 ; CI 95% 0,24-1,52 ; $p=0,559$). Après analyse multivariée en ajustant l'âge des enfants, le sexe, les résultats révèlent que les modes d'allaitement maternel et artificiel produisent des taux de TME similaires (OR : 1,17 CI (0,57-2,67). Ces résultats démontrent que de nouvelles stratégies doivent être développées afin de réduire davantage la TME.

Une étude similaire au Centre Hospitalier d'Essos (Njom Nlend *et al.*, BMC Pediatrics 2018) sur le taux de TME et de survie en fonction du mode d'allaitement a révélé un taux global de 3,6% (39) de TME, avec des variations selon le mode d'allaitement : allaitement maternel (2,7%), allaitement artificiel (3,8%), allaitement mixte (20,0%), $p = 0,002$; les taux de TME n'ayant pas une différence statistiquement significative entre

allaitement maternel et allaitement artificiel ($p = 0.34$). Par ailleurs, les taux de TME variaient selon l'intervention en PTME : 1,7% (10/566) dans le groupe avec TARV, 1,9% (8/411) dans le groupe sous AZT, 19,2% (21/109) dans le groupe naïf aux ARV, $p < 0.0001$. Le taux global de mortalité était de 2,6% (28), très élevé chez les enfants infectés par le VIH (10,2%) vs. Ceux non-infectés (2,3%), $p = 0,016$), avec une probabilité cumulative de survie de 89,3% [79,9%–99,8%] vs. 96,4% [94,8%–97,9% respectivement], $p = 0,024$. Le taux de mortalité variait par mode d'allaitement : allaitement maternel (2,5%), allaitement artificiel (2,4%), et allaitement mixte (13,3%), $p = 0,03$, une probabilité cumulative de survie de 96% [94%–98%] en allaitement artificiel, 96,4% [94.1%–98.8%] en allaitement maternel, et 86,67% [71,06%–100%] en allaitement mixte, $p = 0,04$. Ainsi, au-delà des interventions standards en PTME option B+, la pratique de l'allaitement mixte persiste et constitue un facteur important de la TME. Son impact potentiel sur la TME et la mortalité infantile nécessite des interventions visant à éliminer de telle pratique sur l'étendue du territoire national.

9.2 Evaluation des POC pour l'amélioration du diagnostic précoce du VIH chez les enfants

L'étude menée par EGPAF (Bianchi et al., Lancet HIV 2019) incluant les données EID du Cameroun a révélé que le rendu des résultats dans un délai de 30 jours était observé chez 98,3% des enfants testés par POC versus 18,7% chez ceux testés en plateforme conventionnelle, $p < 0.0001$; la durée médiane entre la collecte d'échantillon et le rendu du résultat étant de 0 versus 55 jours, $p < 0,0001$; le nombre d'enfants VIH-positifs initiant le TARV dans un délai de 60 jours après collecte étant de 92,3% en POC versus 43,3% en plateforme conventionnelle, $p < 0.0001$; la durée médiane de la collecte d'échantillon à l'initiation du TARV chez les enfants VIH positifs étant de 0 en POC versus 49 jours en plateforme conventionnelle, $p < 0.0001$; et l'âge médian au moment de l'initiation du TARV chez les enfants testés VIH positifs étant entre 6-8 semaines étant de 1,6 versus en POC versus 3,3 mois en plateforme conventionnelle, $p < 0,0001$. Le cout par test des résultats rendus dans un délai de 30 jours

était moins onéreux pour le POC (US\$27,24 ; IC : 21,39-33,10) par comparaison à la plateforme conventionnelle (\$131,02 ; IC : 96,26-165,76). En somme, le POC EID améliore le délai de rendu des résultats et la mise sous TARV, réduisant potentiellement le risque de mortalité et de morbidité chez les enfants vivant avec le VIH. Les stratégies de passage à échelle du POC EID permettront d'améliorer la couverture en diagnostic précoce du VIH, ce qui permettra d'atteindre le premier 90 en pédiatrie et aussi d'améliorer la couverture en charge virale, examen réalisé par le même dispositif.

9.3 Echec virologique et résistance acquise du VIH chez les adolescents verticalement infectés par le VIH au Cameroun (Projet EDCTP 2018-2019),

Sur un total de 270 adolescents verticalement infectés au VIH (AVVIH) sous TARV en zone urbaine et rural dans la région du Centre au Cameroun, 54,4% (147) étaient de sexe féminin. En milieu urbain et rural respectivement ; la médiane d'âge était de 16 [14-18] vs. 14 [12-17] ans ; durée médiane sous TARV était de 9 [4-11] vs. 5 [3-9] ans ; 61,7% (121) vs. 82% (61) des participants étaient sous protocole à base d'INNTI ; et 30,1% (59) vs. 35,1% (26) étaient non-observant. En milieu urbain vs. Rural respectivement, l'échec clinique (Stade OMS III/IV) était de 9,2% (18) vs. 12,1% (9) ; l'échec immunologique ($CD4 < 250/mm^3$) était 15,8% (31) vs. 26,87% (18) associé à l'âge avancé (17-19 ans) [RC : 1,24 [1,03-1,50] ($p=0,02$), sexe féminin ($p=0,04$) et inobservance ($p=0,04$). L'échec virologique ($CV \geq 1000$ copies d'ARN/ml) était de 34,2% (67/196) vs. 52,7% (39/74) et était deux fois plus élevé en cas de non-observance ($p=0,02$) et sous protocole INNTI ($p=0,02$). Globalement, l'émergence de la résistance acquise était alarmante ($\geq 90\%$) au moment de l'échec au TARV. En milieu urbain, le taux de pharmaco-résistance était de 92,2%. Selon les classes d'ARV, 89,1% présentaient des mutations aux INNTI, 78,1% aux INTI et 4,7% aux IP/r, avec un taux de multi-résistance de 81,3%. En milieu rural, le taux de pharmaco-résistance était de 90,32% [28/31], avec un taux de multi-résistance de 80,6% (résistance aux deux

classes). Les mutations majeures de résistance les plus fréquentes étaient M184V (74,19%), K103N (58,06%) et Y188L (19,35%).

Les facteurs programmatiques favorisant la pharmaco-résistance en milieu urbain et rural étaient : retrait d'ARV dans les délais (81.7% vs. 45,3%), approvisionnement continu en ARV (75% vs. 62,5%) et suppression virale (71,1% vs. 37.5%). En somme, chez l'AvVIH sous TARV, l'échec immunologique est favorisé par l'âge avancé, la non-observance et le sexe féminin. L'échec virologique est très élevé, généralement dû à la pharmaco-résistance virale. Ces phénomènes sont favorisés par la non-observance et l'usage des protocoles à base d'INNTI ; le TDF et les IP/r étant les ARV les plus efficaces en cas d'échec thérapeutique. Ainsi, améliorer la chaîne d'approvisionnement en ARV et l'observance réduiraient l'échec virologique et l'émergence des résistances, particulièrement chez les adolescentes en âge avancé, ce qui favorisa une transition réussie vers la prise en charge adulte.

9.4 Evaluations de l'observance et la réponse thérapeutique chez les adolescents sous ARV (Etude de la DLMEP et étude du CME-FCB),

Dans cet essai clinique visant à évaluer l'impact des 2 interventions par le rappel avec des Short Message Service (SMS) et la visite à domicile par les pairs sur le niveau d'observance au TARV et de réponse virologique chez les adolescents sous TARV dans les formations sanitaires, il ressort que l'observance était significativement meilleure avec les 2 types d'interventions : intervention-A (rappel par SMS) et intervention-B (visite à domicile), comparée au groupe contrôle (sans intervention) : OR, 95% IC : 5,8 [2,3–14,9] et 4,1 [1,6–10,9], respectivement). De façon similaire, les adolescents ayant bénéficié de ces interventions avaient un taux significativement élevé de suppression virale par rapport au groupe contrôle (OR, 95% IC : 15,6 [4,2–57,7] et 14,7 [4,8–44,6], respectivement). Ces évidences nous révèlent que les interventions par SMS ou visite à domicile améliorent le niveau d'observance et la suppression virale durant l'adolescence. Par ricochet, la mise en œuvre de ces stratégies chez l'adolescent sous TARV

permettra de booster l'atteinte du 3eme 90 en contexte Camerounais, et d'assurer une transition effective vers l'âge adulte.

9.5 Étude sur les facteurs associés à la non-adhésion au traitement antirétroviral chez les adolescents séropositifs âgés de 15 à 19 ans au Centre mère-enfant de Yaoundé (Lantche et al en 2021)

Cette étude a pour objectif d'identifier les facteurs associés à cette non-observance dans cette population spécifique. Parmi les 195 adolescents éligibles sur 251 (soit 77,7%) le taux de défaillants était de 21,0% avec 33,8% qui étaient non-observants. Cette non-observance était associée à une durée du TARV > 5 ans. En conclusion des stratégies d'amélioration de l'observance pour les adolescents d'âge avancé sont donc justifiées, en donnant la priorité aux interventions sur les abandons et à la durée du TARV > 5 ans.

Yumo et al en 2021 dans son étude sur la détection des cas de virus de l'immunodéficience humaine et inscription au traitement antirétroviral chez les enfants de moins et de plus de 18 mois par une analyse comparative du Cameroun ou une comparaison de la détection des cas de VIH et l'initiation du TAR entre les 2 sous-groupes d'enfants et ceci en utilisant le test Chi-carré à un niveau significatif de 5 %. Un total de 4079 enfants âgés de 6 semaines à 15 ans ont été inclus dans l'analyse. Comparé aux enfants <18 mois, le groupe d'enfants ≥18 mois était 4 fois plus élevé parmi ceux qui se sont inscrits à l'étude (80,3 % contre 19,7 %, $P < 0,001$) ; 3,5 fois plus élevé chez ceux qui ont fait un test de dépistage du VIH (77,6 % contre 22,4 %, $P < 0,001$) ; 6 fois plus élevé parmi ceux qui ont été testés séropositifs (85,7 % contre 14,3 %, $P = 0,24$) et 11 fois plus élevé parmi ceux qui se sont inscrits sous TAR (91,7 % contre 8,3 %, $P = 0,02$). Ces résultats montrent que 4 enfants sur 5 qui ont été testés séropositifs et plus de 90 % des cas inscrits au TAR étaient des enfants de ≥ 18 mois. Ainsi, tout en déployant la technologie de dépistage du VIH par PCR pour les nouveau-nés et les nourrissons, engager des ressources adéquates et proportionnées dans le dépistage rapide des

anticorps pour les enfants plus âgés est une condition sine qua non pour parvenir à une génération sans syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA).

9.6 Indicateurs de qualité des programmes de résistance aux médicaments anti-VIH chez les adolescents en milieu urbain par rapport aux milieux ruraux de la région du centre du Cameroun par Fokam et al. en 2020

Cette étude avait pour but d'évaluer les indicateurs de qualité du programme HIVDR chez les adolescents infectés verticalement par le VIH sous traitement antirétroviral (TARV). Parmi les 967 adolescents (888 urbains versus 79 ruraux) enregistrés dans les sites d'étude, des données validées étaient disponibles pour 633 (554 en urbain et 79 en rural). Les performances en milieu urbain par rapport au milieu rural étaient mesurées pour les indicateurs suivant : le retrait des médicaments à temps était significativement plus faible en milieu rural (79% contre 46%, $p = 0,00000006$) ; la rétention dans les soins était moyenne en milieu urbain (80% contre 72%, $p = 0,17$) ; les ruptures de stock des pharmacies étaient significativement plus élevées en milieu urbain (92% contre 50%, $p = 0,004$) ; les pratiques de distribution étaient souhaitables (100% contre 100%, $p = 1\ 000$) ; la couverture de la charge virale n'était souhaitable que dans les sites urbains (84% contre 37%, $p < 0,0001$) ; la suppression virale était faible (33% contre 53%, $p = 0,08$) ; le passage adéquat à la deuxième ligne variait (38,1% contre 100 %, $p = 0,384$). En somme chez les adolescents sous TARV au Cameroun, les pratiques de dispensation sont appropriées, tandis que l'adhésion au TARV et la couverture de la charge virale sont meilleures en milieu urbain. Cependant, en milieu urbain comme en milieu rural, les ruptures de stock, la mauvaise suppression virale et le passage inadéquat à la deuxième ligne chez les adolescents nécessitent des actions correctives de santé publique pour limiter la Résistance au VIH et améliorer la transition vers les soins pour adultes dans les pays partageant des caractéristiques programmatiques similaires.

9.7 Résistance aux médicaments contre le VIH chez les enfants au Cameroun

Contexte et objectifs : Les enfants infectés par TME par le VIH-1 courent un risque élevé de résistance aux médicaments contre le VIH-1 (HIVDR), en particulier en cas d'échec de la PTME et du traitement antirétroviral pédiatrique (TARV). La surveillance des résistances aux ARV pédiatriques pourrait contribuer à définir les schémas thérapeutiques optimaux. Notre objectif était d'évaluer les seuils de résistance et la distribution des sous-types chez les enfants naïfs et en échec TARV (virémie ≥ 1000 copies/ml).

Résultats : Un total de 63 enfants

(une séquence par patient) a été inclus dans l'ensemble de données : 19 enfants étaient naïfs de TARV contre 44 enfants en échec de TARV suivis pour le dépistage génotypique du VIHDR (GRT) au Centre International de Référence Chantal BIYA (CIRCB), Yaoundé, Cameroun. L'âge médian était de 6 [IQR : 3,5 –11] mois et de 144 [IQR : 116,25 - 185] mois pour les enfants naïfs et ceux en échec de TARV (durée du TARV : 23,55 [IQR: 7,61 - 60,91] mois. Parmi les enfants naïfs d'un TARV, 12 ont été exposés à une prophylaxie ARV pour la PTME avec une dose unique (du) de NVP, d'AZT ou les deux (tableau 1). Parmi les enfants en échec au TARV, 63,6% avaient reçu un protocole à base d'inhibiteurs non nucléosidiques de la RT [INNTI] contre 37,4% recevant un régime de deuxième intention (ART basé sur l'IP).

Tableau 1 : Prophylaxie PTME chez les enfants naïfs de médicaments

Prophylaxie (PTME)	Age de l'enfant (mois)	Résumé
du NVP	2	du NVP (9/12)
du NVP	2	
du NVP	3	
du NVP à 3 semaines	4	AZT pour 6 semaines (2/12)
AZT pour 6 sem	5	
du NVP	6	Les 2 (1/12)
du NVP puis AZT pour 6 sem	7	
du NVP	8	

du NVP	8
AZT pour 6 sem	9
du NVP au 3e mois	26
du NVP	169

Résistance aux médicaments anti-VIH avant le traitement chez les enfants: Parmi les enfants naïfs de TARV, la résistance globale était de 52,6% (10/19) avec 6/10 exposés à la PTME; et la résistance par classe de médicaments était de 31,6% (6/19) pour les INNTI, 26,3% (5/19) pour les INTI et 15,8% (3/19) pour les IP / r.

Résistance acquise aux médicaments anti-VIH chez les enfants : Parmi les échecs de traitement antirétroviral, le VIHDR global était de 97,7% (43/44), avec 95,4% (42/44) aux INNTI, 90,9% (40/44) aux INTI et 18,2% (8 / 44) à PI / r. Une résistance multi-médicamenteuse a été trouvée dans 21,05% (4/19) naïfs de TAR contre 85,7% (24/28) avec les INNTI et 50% (8/16) avec les IP; OR = 4,36, p = 0,045. CRF02_AG était répandu (68,2%), sans aucun effet sur le VIHDR (p = 0,99).

Table 2: Effect of HIV-1 genetic diversity on acquired HIVDR

Taux de la CRF02_AG	Non C02_AG	p-value	
Général	96,9% (31/32)	100% (12/12)	0.53
NNRTI-Mutations	93,8% (30/32)	100% (12/12)	0.52
NRTI-Mutations	86,6% (29/32)	91,7% (11/12)	0.70
PI-Mutations	15,6% (05/32)	25% (3/12)	0.37

Diversité génétique du VIH-1 chez les enfants infectés et ses implications programmatiques potentielles : étant donné que les schémas thérapeutiques pédiatriques de première intention au Cameroun sont actuellement basés sur des schémas ARV basés sur la protéase, il est d'une grande pertinence de mieux comprendre l'effet de notre épidémiologie moléculaire nationale du VIH, dominée par les recombinants CRF02-AG chez les enfants (figure 1), sur les schémas pédiatriques couramment utilisés dans le pays.

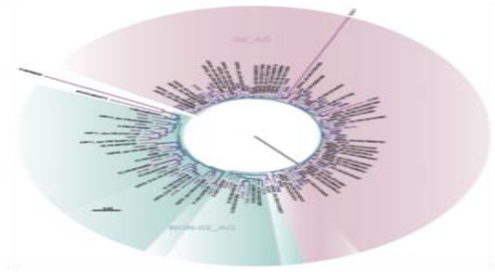


Fig.1: Analyse phylogénétique de 63 séquences du VIH-1

Conclusions et recommandations : Les taux élevés de VIHDR, à la fois chez les enfants naïfs et en échec TAR, suggèrent d'utiliser la GRT pour sélectionner les schémas thérapeutiques initiaux et ultérieurs. Plus important encore, il y a un besoin de médicaments innovants (Dolutégravir, Darunavir/ritonavir) pour les enfants qui échouent au TARV avec une multi-résistance dans des contextes comme le Cameroun.

Tableau 34: Articles dans la PTME et PECPA.

Titres des articles	Auteurs et journaux
Low rate of early vertical transmission of HIV supports the feasibility of effective implementation of the national PMTCT guidelines in routine practice of referral hospitals in Cameroon	Calixte Ida Penda ,Mathurin Cyrille Tejiokem et all (April 2019)
Differential expression of Fas receptors (CD95) and Fas ligands (CD95L) in HIV infected and exposed uninfected children in Cameroon versus unexposed children	Béatrice Dambaya, Céline Nguéfeu Nkenfou, Georgia Ambada et all (September 2019), PAMJ
Viral suppression in adults, adolescents and children receiving antiretroviral therapy in Cameroon: adolescents at high risk of virological failure in the era of “test and treat”	Fokam, Sosso <i>et al. AIDS Res Ther</i> (2019)
Early treated HIV-infected children remain at risk of growth retardation during the first five years of life: Results from the ANRS PEDIACAM cohort in Cameroon.	Sofeu CL, Tejiokem MC, Penda CI, Protopopescu C, Ateba Ndongo F, Tetang Ndiang S, et al. (2019) PloS ONE
Impact of Therapeutic Education on the Viral Load of HIV Infected Children and Adolescents on Antiretroviral Therapy at the Douala Laquintinie Hospital, Cameroon.	Penda, C.I., Bissek, A.-C.Z.-K., Bilong, S.C.et all International Journal of Clinical Medicine, Mars 2019
Manifestations orofaciales au cours de l'infection à VIH chez les enfants à Douala	<i>Penda, Eno Belinga et al Health Sci. Dis: Vol 20 (2) April 2019</i>
Efficacité à 12 mois de l'option B+ pour prévenir la transmission mère-enfant (PTME) du VIH à Yaoundé, Cameroun	A.E. Njom Nlend et al. / Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 67 (2019) 163–167164
Hepatitis B infection and risk factors among children living with HIV in Yaoundé, Cameroon: an integrated management	Joseph F, Kamga Wouambo et al. BMC Pediatrics October 2019
Outcomes of protease inhibitor-based antiretroviral therapy amongst children and associated-factors in Yaoundé, Cameroon	Njom Nlend AE, Guessong CO, Nga Motaze AC, et al. March 2019, PloS ONE
Factors associated with risk of HIV-infection among pregnant women in Cameroon: Evidence from the 2016 national sentinel surveillance survey of HIV and syphilis	Anoubissi JDD, Gabriel EL, Kengne Nde C, et al. (2019), PloS ONE
Practices of Care to HIV-Infected Children: Current Situation in Cameroon	CI Penda, FA Ndongo, A-C Z-K Bissek et all Clinical Medicine Insights: Pediatrics (April, 2019)
Evaluation of treatment response, drug resistance and HIV-1 variability among adolescents on first-	Fokam, Santoro et al. BMC Pediatrics (2019)

and second-line antiretroviral therapy: a study protocol for a prospective observational study in the centre region of Cameroon (EDCTP READY-study)	
Determinants of Retention on the Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission (Option B+) in Cameroon	CI. Penda, J Fokam, SC. Billong et al J Ped Moth Care
Maternal age, infant age, feeding options, single/multiple pregnancy, type of twin sets and mother-to-child transmission of HIV.	CN Nkenfou, ES Temgoua, EN Ndzi et al. Journal of Tropical Pediatrics, 2019
Hepatitis B and C Virus, Human Immunodeficiency Virus Co-infection among Pregnant Women in Semi-rural Health District, Cameroon	C. Taheu et al. (2019)
More than half of children newly identified as HIV-positive were tested at non-PMTCT service points. The highest EID positivity yields were found in non-PMTCT service points. Strengthening HIV testing in non-PMTCT service points may help to identify additional infected children and improve timely initiation of treatment and care.	Patrice Tchendjou et al

Chapitre 10 : Analyse des gaps

AXES STRATEGIQUES	EFFETS	PRODUITS	Gaps identifiés en 2021	Problèmes identifiés	Rubrique d'intervention	Causes probables	proposition de solutions
1er 95	2.1 : d'ici 2023, 92% des PVVIH adultes, adolescents et enfants connaissent leur statut sérologique à l'égard du VIH	2.1.2 : d'ici 2023, l'offre permanente de dépistage du VIH, initié par le prestataire est étendue dans toutes les structures de santé publiques, privées et communautaires	seul 46% des enfants de moins de 15 ans ont été identifiés	Faible identification des exposés et infectés aux portes d'entrée en FOSA et en communauté	Ressources humaines (RH)	Insuffisance des sites PECPA 687/5 379	Formation et mentoring des personnels de santé jusqu'au niveau des CMA /SCI sur le directives de PECPA
						Mobilité constant du personnel formé	
						insuffisance des personnels formés en PECP	Formation et mentoring des personnels de santé jusqu'au niveau des CMA sur les directives de PECPA
						non respect des directives nationales de prise en charge	production et dissémination les directives nationales de PEC
						faible implémentation de la stratégie de dépistage par cas index (Index Case Testing)/ dépistage familial	formation des APS
					intrants	rupture des intrants de dépistages (PCR, DBS,	Assurer la disponibilité des intrants

						absence de circuit formalisé de transfert des échantillons	Mettre en place un circuit formalisé de transfert des échantillons
							Mettre en place un circuit formalisé d'approvisionnement en produits de santé VIH
						non maîtrise du circuit d'approvisionnement en intrants (DBS,...) par les FOSA	former des acteurs opérationnels sur la gestion des stocks
					coordination	faible coordination des actions entre les acteurs sur la PEC	tenue effective des réunions trimestrielles avec les directions techniques
							transmission des rapports mensuels des activités de PECP réalisés en région par les IP
							tenue effective des réunions trimestrielles avec les PTF
					RH		Formation et mentoring des personnels de santé

						non respect des directives nationales de prise en charge	jusqu'au niveau des CMA sur les directives de PECPA
						Absence des directives nationales de PECPA, job aids, SOP, roues, etc ... dans certains I sites	production et dissémination des directives nationales de PECPA, job aids, SOP, roues, etc ... dans les sites
					INTRANTS	non maitrise du circuit d'approvisionnement en ARV par les FOSA	élaboration régionale du circuit d'approvisionnement en ARV par les FOSA prenant en compte le contexte et les réalités locales
						rupture en FOSA des ARV pédiatriques	formation des acteurs opérationnels à la gestion des stocks
		PEC			Absence d'outils de prescription ARV pédiatrique (Roues, job aids....)	productuire et disséminer les d'outils de prescription ARV pédiatrique	
					Absence de services différenciés adaptés aux enfants/adolescents	Renforcer l'offre de services différenciés (DSD)	
		Communautaire				renforcer l'ETP aux parents, ados jeunes	
		2.2 .3 : d'ici 2023, 92% des PVVIH sont maintenues sous traitement					

						non compliance des parents et des patients	émancipés et enfants exposés/infectés au VIH
							promouvoir le concept d'ados experts/champions dans les FOSA
							lutter contre la discrimination
							renforcement de l'ETP chez les parents des enfants exposés et infectés au VIH
					Coordination	faible coordination des actions entre les acteurs sur la PECP	tenue effective des réunions trimestrielles avec les directions techniques
							transmission des rapports mensuels des activités de PECP réalisés en région par les IP
							tenue effective des réunions trimestrielles avec les PTF
3eme 95	2.3 : d'ici 2023, 92% des PVVIH (adultes	2. 3 .1 : d'ici 2023, 75% des PVVIH suivies	18% des enfants ayant fait la CV avaient	faible suppression de la CV chez les enfants	RH	faible demande de la CV du fait de la non maitrise de l'algorithme de CV	renforcement des capacités des prestataires sur la demande des CV

	adolescents et enfants) traités par ARV ont une charge virale indétectable a 12mois	bénéficient de la charge virale	une CvV non supprimée	ayant fait un test de CV soit 6211/7534	Intrants	sous utilisation des plateformes de CV	viabilisation des plateformes (renforcement du réseau des laboratoires, maintenances des équipements
		2 .3.2 : d'ici 2023,100% des PVVIH qui ont une charge virale détectable sont prise en charge selon les directives nationales.				rupture des intrants de diagnostic et suivi biologique des enfants et ado (PCR, DBS, cartouches...)	Assurer la disponibilité des intrants de diagnostic et suivi biologique des enfants et ado (PCR, DBS, cartouches...) par meilleure quantification
						absence de circuit formalisé de transfert/transport des échantillons	élaboration et validation de circuits régionaux de transferts et transport des échantillons de CV et EID
						non maîtrise du circuit d'approvisionnement en intrants (DBS,...) par les FOSA	

Conclusion

La prise en charge de l'enfant et adolescent reste faible pour atteindre les objectifs fixés. De cette évaluation en ressort une stagnation de la file active des enfants traduisant ainsi une interpellation aux stratégies mise sur pieds pour l'identification des enfants et adolescents. Les enfants de moins de 15 ans représentaient 7% (33 085/499 330) des PVIH estimés selon SPECTRUM représentant 3% (11 351/388 258) des patients sous TARV. La couverture populationnelle en ARV chez ces enfants était de 34%. Chez les adolescents de 10-19 ans, ils représentaient 6% (30 461/499 330) des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) estimés selon Spectrum et 3,1% (11 873/388 258) des PVVIH sous TARV. Des efforts restent à faire pour améliorer et renforcer le dépistage ainsi que l'optimisation du TARV chez les enfants. L'implication des acteurs communautaire reste primordiale pour atteindre les objectifs fixés.

EQUIPE DE RÉDACTION

- Dr LIFANDA EBIAMA, GTC/CNLS
- Dr KETCHADI Alice, CSPEC/DLMEP
- Mme WEGANG, DLMEP
- Dr ADA Rose, GTC/CNLS
- Dr TEMGOUA Edith, ETARV/PEPFAR
- Dr ESSAMBA F. Suzanne, GTC/CNLS
- Dr BENGONO Barbara, GTC/CNLS
- Mme NDJATTE Yvette, DLMEP
- Mme TSIMENE Florine, GTC/CNLS

EQUIPE DE RELECTURE ET VALIDATION

- Mme BOUBA PAMEN Joelle, SDLVIH
- Dr TJEK Paul, DSF
- Dr HADJA HAMSATOU, SP CNLS
- Dr BILLONG Serge, SPA CNLS
- Dr MEDOUANE Caroline, ETP/PEPFAR
- Dr LIFANDA EBIAMA, GTC/CNLS
- M. ONANA Roger, GTC/CNLS
- Dr KETCHADI Alice, CSPEC/DLMEP
- Mme WEGANG, DLMEP
- Mme NDJATTE Yvette, DLMEP
- Mme MAYAP Eugénie, DSF
- Mme EVA Chantal, DSF
- Dr ABO'O Stéphanie, GTR-SIDA/SUD
- Dr BAYIHA Christian, Coordonnateur technique PETVISIDAME
- Dr TEMGOUA Edith, ETARV/PEPFAR
- Dr ADA Rose, GTC/CNLS
- Dr DJOMO Audrey, GTC/CNLS
- Dr ESSAMBA F. Suzanne, GTC/CNLS
- Dr BENGONO Barbara, GTC/CNLS
- Mme MANGA Stéphanie, GTC/CNLS
- Dr AMBOMO Francette, GTC/CNLS
- Dr BABODO Carmen, GTC/CNLS
- M. ATANGANA MBIDA Bertrand, GTC/CNLS
- Mme TSIMENE Florine, GTC/CNLS