

Prise en charge des Enfants et des Adolescents vivant le VIH au Cameroun en 2022 PJ234

Guillaume Breton¹, Gabrièle Laborde-Balen², Guy Christian Fakohendji³, Camille Estevenin¹, Hamsatou Hadja⁴, Rogers Ajeh⁴, Suzanne Essamba⁴, Audrey Djomo⁵.
¹Solthis, Paris, France; ²IRD-TransVIHMI UMI 233/ INSERM 1175 Université de Montpellier, Montpellier, France ; ³Care and Health Program, Yaoundé, Cameroun; ⁴Comité National de Lutte contre le SIDA, Yaoundé, Cameroun

Contexte:

Au Cameroun, on estime à 50 000, le nombre d'enfants et d'adolescents âgés de 0-19 ans vivant avec le VIH (EAvVIH) parmi lesquels seuls 37% sont sous ARV. La transition au DTG a débuté en 2019 (DTG 50 mg) et depuis 2021 pour la forme pédiatrique du DTG (10mg).

Objectif et méthodes

L'enquête a été réalisée à partir d'un audit national. Il s'agit d'une enquête transversale qui s'est déroulée entre avril et juillet 2023 dans 494 formations sanitaires (échantillonnage pour couvrir 90% de la file active) des dix régions (Adamaoua, Nord, Extrême-Nord, Est, Centre, Sud, Ouest, Nord-ouest, Littoral, et Sud-ouest) que compte le Cameroun. La population cible portait sur toutes les personnes (adultes, enfants et adolescents) vivant avec le VIH (PvVIH) enregistrées dans le registre TARV des formations sanitaires en 2022. Les analyses ont porté sur les données des enfants et des adolescents.

La collecte des données a été faite à partir des registres de suivi et de dispensation des ARV dans les formations sanitaires visitées.

Les indicateurs suivants ont été analysés : La prescription d'un traitement à base de DTG ; switch vers le DTG ; demande de la charge virale dans les 12 derniers mois ; disponibilité du résultat de la charge virale dans les 12 derniers mois ; résultat de la charge virale ; absence à une visite programmée, les perdus de vue et les décédés.

Les analyses ont été faites avec le logiciel R, les valeurs ont été présentées en médiane et étendue interquartile, les test Pearson's Chi-squared test et Wilcoxon rank sum test ont été utilisés.

En 2022, la file active des enfants et adolescents vivant avec le VIH (EAvVIH) des sites ciblés par l'audit national est de 19 321 personnes (quasi exhaustif en comparaison des données ONUSIDA)

L'âge médian est de 12 ans (EIQ 7-17).

Répartition des classes d'âge, 0-4 ans : 12%, 5-9 ans : 23%, 10-14 ans : 26% et 15-19 ans : 38% avec des disparités selon les régions. La pyramide des âges est présentée en figure 1.

La majorité (72%) des EAvVIH sont pris en charge dans des formations sanitaires périphériques, et 45% d'entre eux, dans des sites à files actives moyenne (50-200 EAvVIH).

Lors de l'audit, 92% des EAvVIH étaient en cours de traitement, 3,7% étaient absent à la dernière visite programmée, 0,8% étaient perdus de vue et 0,7% décédés.

71% des EAvVIH sont traités par DTG. Les schémas ARV sont présentés à la figure 2.

53% des EAvVIH ont bénéficié d'une demande de charge virale au cours de leur suivi et 42% des EAvVIH ont bénéficié d'une charge virale dans les 12 derniers mois. 15% des résultats de CV ne sont pas disponibles au niveau des formations sanitaires. 84% de la file active a une charge virale <1000 copies/mL et 63% <50 cp/mL (figure 3).

Résultats

Figure 1, pyramide des âges

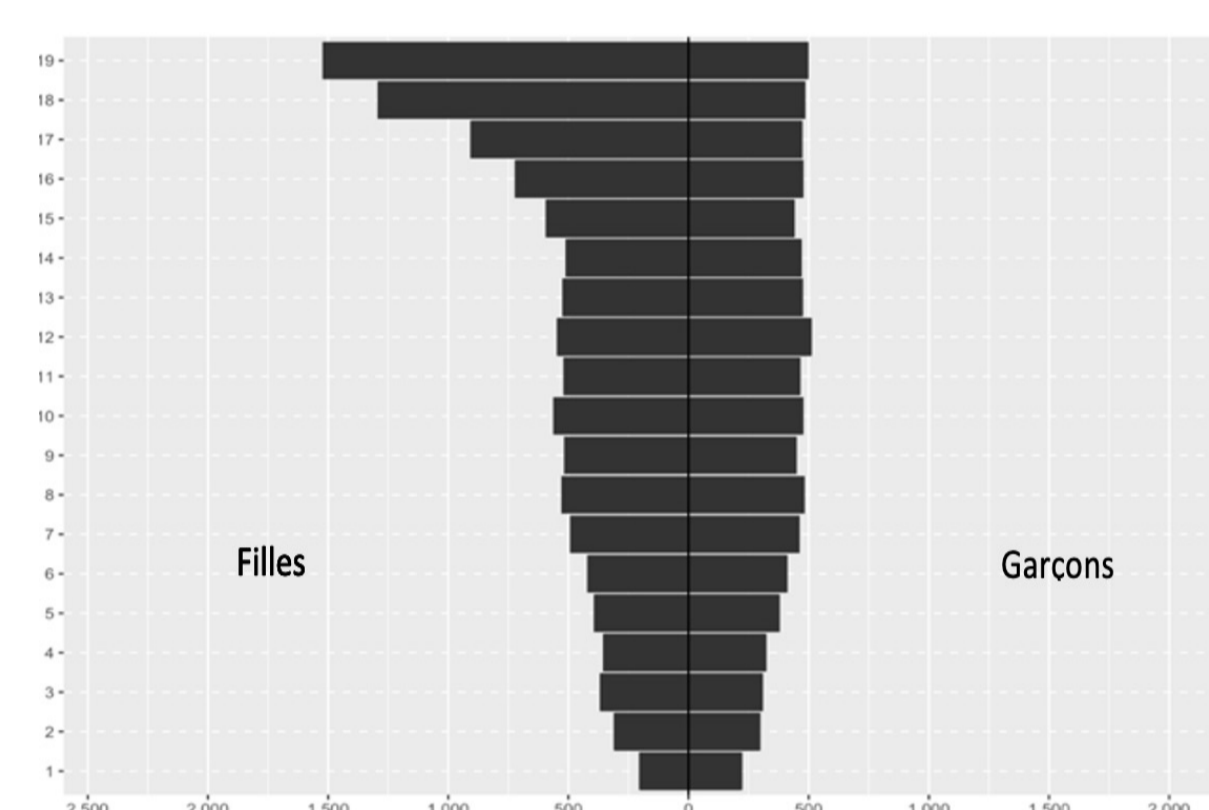


Figure 2, schéma ARV

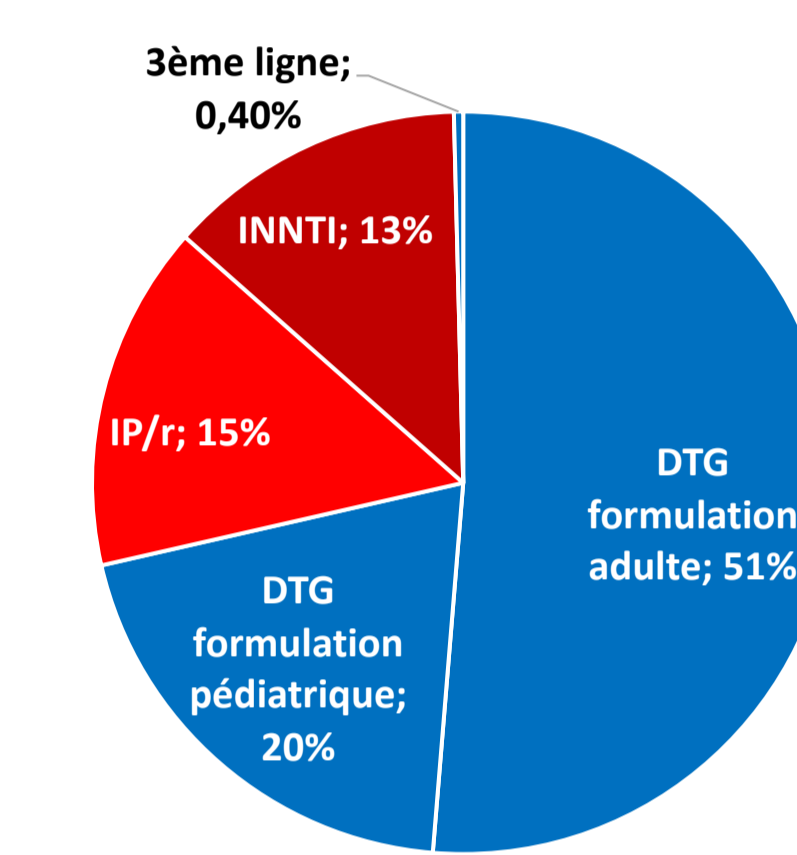
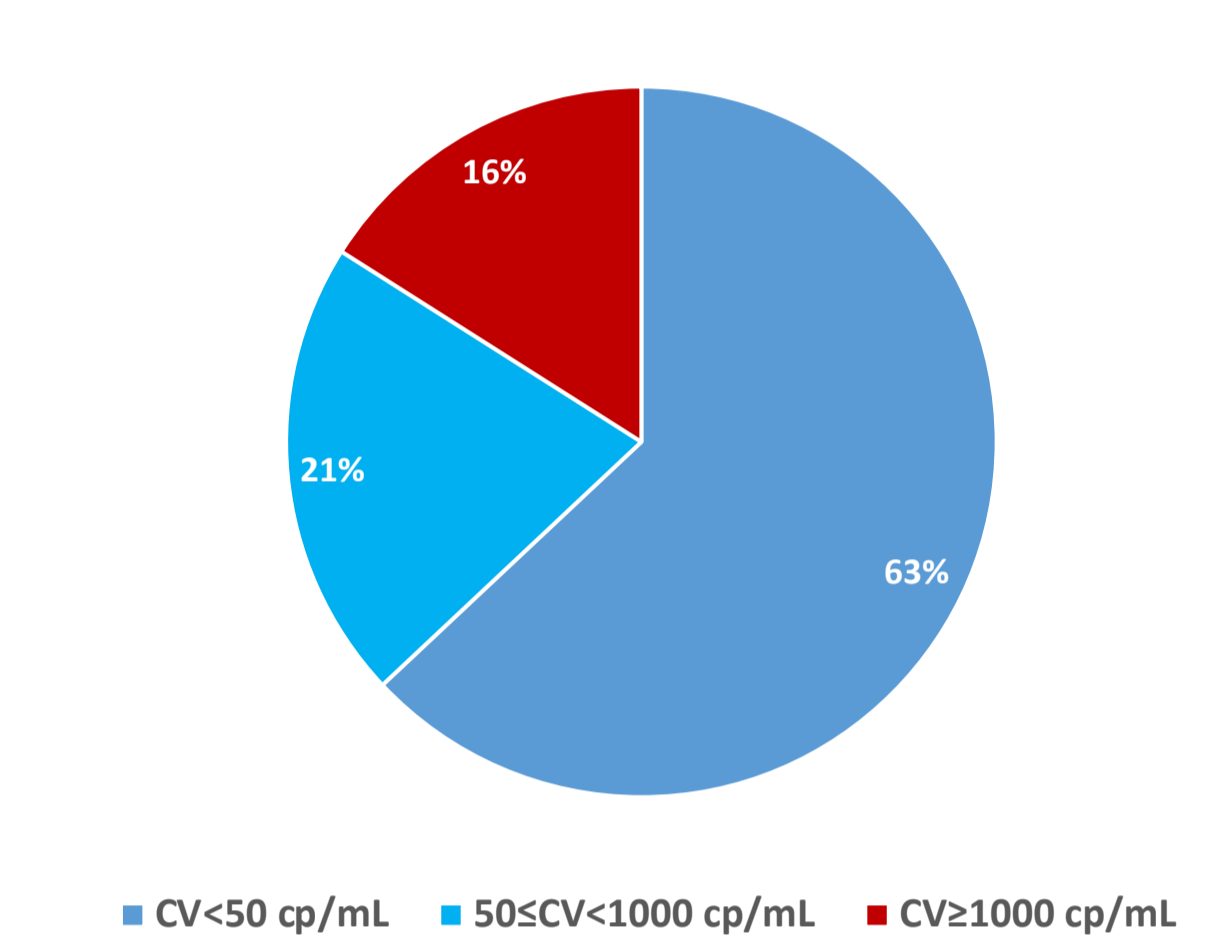


Figure 3, résultats charge virale VIH



Disparité selon le niveau de la pyramide sanitaire

Caractéristiques	Niveau central, N = 1,481	Niveau intermédiaire, N = 3,971	Niveau périphérique, N = 13,869	p
Age initiation ARV, médiane (EIQ)	3.0 (1.0, 7.0)	4.0 (1.0, 9.0)	6.0 (2.0, 13.0)	<0.001
Durée traitement ARV, médiane (EIQ)	8.0 (5.0, 12.0)	6.0 (3.0, 10.0)	4.0 (2.0, 7.0)	<0.001
Traitement ARV actuel				<0.001
DTG	1,015 (70%)	2,862 (76%)	9,329 (70%)	
INNTI	215 (15%)	319 (8.5%)	1,898 (14%)	
IP/r	202 (14%)	585 (16%)	2,006 (15%)	
3ème ligne	18 (1.2%)	6 (0.2%)	48 (0.4%)	
Switch DTG	869 (98%)	2,242 (80%)	6,299 (69%)	<0.001
Demande CV dans les 12 derniers mois	744 (50%)	1,833 (46%)	5,588 (40%)	<0.001
Disponibilité résultats	710 (95%)	1,629 (89%)	4,609 (83%)	<0.001
CV <50 copies/mL	480 (68%)	1,054 (65%)	2,851 (62%)	
CV <1000 copies/mL	618 (87%)	1,360 (83%)	3,855 (84%)	0.060

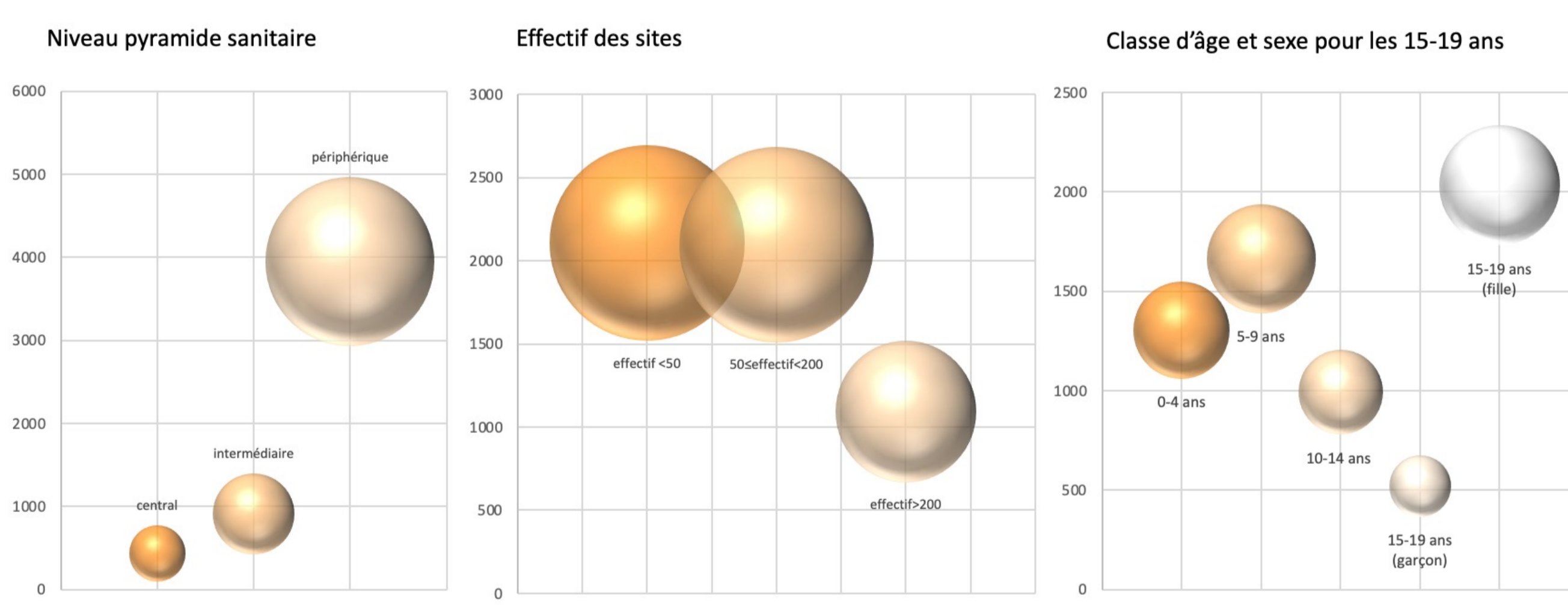
Disparités selon taille file active du site

Caractéristiques	file active <50, N = 6,008	50 ≤ file active <200, N = 8,655	file active ≥200, N = 4,658	p
Age initiation ARV, médiane (EIQ)	8.0 (3.0, 15.0)	6.0 (2.0, 12.0)	4.0 (1.0, 8.0)	<0.001
Durée traitement ARV, médiane (EIQ)	3.0 (2.0, 6.0)	5.0 (2.0, 8.0)	7.0 (4.0, 11.0)	<0.001
Traitement ARV actuel				<0.001
DTG	3,667 (64%)	6,272 (75%)	3,267 (75%)	
INNTI	1,101 (19%)	898 (11%)	433 (9.9%)	
IP/r	985 (17%)	1,164 (14%)	644 (15%)	
3ème ligne	21 (0.4%)	35 (0.4%)	16 (0.4%)	
Switch DTG	2,127 (57%)	4,518 (77%)	2,765 (85%)	<0.001
Charge virale				
Demande CV dans les 12 derniers mois	2,246 (37%)	3,911 (45%)	2,008 (43%)	<0.001
Disponibilité résultat CV	1,880 (84%)	3,270 (84%)	1,798 (90%)	<0.001
CV <50 copies/mL	2,049 (63%)	1,155 (61%)	1,181 (66%)	
CV <1000 copies/mL	1,532 (81%)	2,788 (85%)	1,513 (84%)	0.002

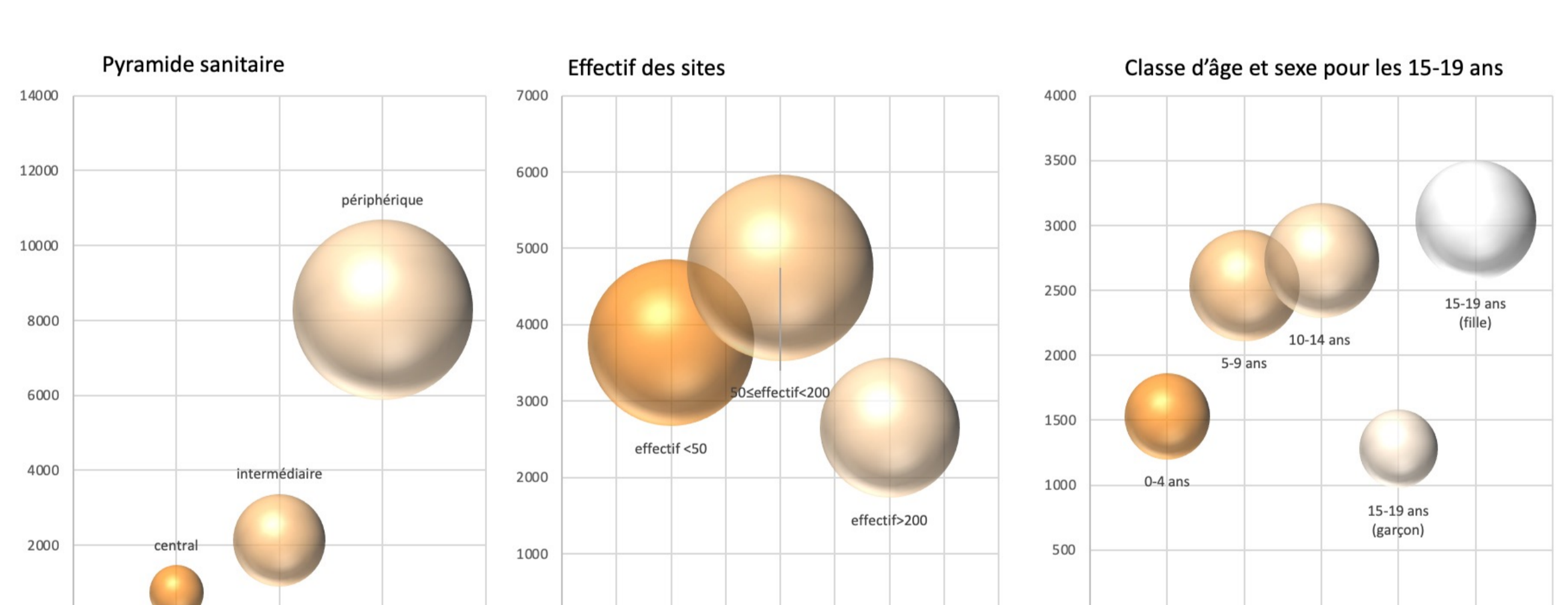
Disparités selon classe d'âge

Caractéristiques	0-4 ans, N = 2,375	5-9 ans, N = 4,514	10-14 ans, N = 5,044	15-19 ans, N = 7,388	p
Age à l'initiation des ARV	1.0 (0.0, 1.0)	2.0 (1.0, 4.0)	6.0 (3.0, 8.0)	14.0 (8.0, 16.0)	<0.001
Sexe féminin	1,226 (52%)	2,335 (52%)	2,649 (53%)	5,023 (68%)	
Sexe masculin	1,140 (48%)	2,166 (48%)	2,384 (47%)	2,359 (32%)	
Statut du patient					
Traitement en cours	2,119 (90%)	4,223 (94%)	4,729 (94%)	6,742 (92%)	<0.001
Décès	53 (2.2%)	26 (0.6%)	20 (0.4%)	42 (0.6%)	<0.001
Perdu de vue	25 (1.1%)	29 (0.6%)	20 (0.4%)	72 (1.0%)	<0.001
Absent	105 (4.4%)	153 (3.4%)	159 (3.2%)	303 (4.1%)	0.007
Traitement ARV actuel					<0.001
DTG	1,070 (48%)	2,842 (65%)	4,024 (82%)	5,270 (75%)	
INNTI	173 (7.8%)	500 (12%)	439 (9.0%)	1,320 (19%)	
IP/r	969 (44%)	994 (23%)	391 (8.0%)	439 (6.2%)	
3ème ligne	1 (<0.1%)	8 (0.2%)	28 (0.6%)	35 (0.5%)	
Switch DTG	635 (43%)	2,244 (70%)	3,235 (88%)	3,296 (74%)	<0.001
Demande CV dans les 12 derniers mois	813 (34%)	1,977 (44%)	2,313 (46%)	3,062 (41%)	<0.001
Disponibilité résultat CV	648 (80%)	1,690 (86%)	2,044 (88%)	2,566 (84%)	<0.001
CV <1000 copies/mL	491 (76%)	1,384 (82%)	1,757 (86%)	2,201 (86%)	<0.001

Gap de transition au DTG



Gap d'accès à la charge virale VIH



Conclusions

- L'analyse de la file active révèle deux groupes distincts : les enfants de 0-14 ans infectés principalement par transmission verticale (de la mère à l'enfant) et les adolescentes de 15-19 ans infectées plus tardivement probablement par voie sexuelle et diagnostiquées lors de la PTME.
- La diminution de l'âge médian d'initiation du traitement ARV dans les classes d'âge les plus jeunes, suggère des progrès dans la prévention de la transmission de la mère à l'enfant.
- Ces résultats montrent, à l'échelle du Cameroun, une rétention satisfaisante dans les soins, un faible taux de perte de suivi et de décès, ainsi qu'un taux de charge virale contrôlée de 84%, dans un contexte où la décentralisation des soins est effective, puisque 72% des EAvVIH sont pris en charge au niveau périphérique de la pyramide sanitaire.
- La transition vers le Dolutégravir est bien avancée avec 71% des EAvVIH sous DTG et un taux de switch de 73%, mais il y a des disparités, en particulier pour les enfants de 0-9 ans, traduisant l'accès encore récent au DTG 10 mg, et les adolescentes de 15-19 ans (cf CO18.3), et dans les sites à petites files actives où l'utilisation du DTG reste insuffisante
- L'accès à la CV reste globalement préoccupant et notamment au niveau périphérique et dans les sites à petits effectifs (cf PL 236).

Recommandations

Transition au DTG

- Poursuivre la transition au DTG pour toutes les classes d'âge en insistant notamment les 0-4 ans qui en bénéficient 2 fois moins que les autres classes d'âge (disponibilité réelle des formulations pédiatriques du DTG ?), les jeunes filles de 15-19 ans (cf CO 18.3) et les garçons de 15-19 ans chez qui l'absence de DTG est associée à des moins bons résultats en termes de contrôle virologique (cf PJ 236)
- Nécessité de mieux analyser le frein à la prescription du DTG pour les jeunes filles de 15-19 ans
- Informers les prescripteurs sur l'absence de risque DTG au cours de la grossesse et proposer une contraception aux jeunes femmes si la crainte de malformation fœtale est évoquée

Accès à la charge virale:

- Nécessité de mieux explorer les barrières à la demande de la charge virale en particulier chez les 0-4 ans et chez les jeunes filles de 15-19 ans
- Renforcer la formation des soignants, l'implication des parents et des AvVIH informés de leur statut pour que la demande de CV soit effective en insistant auprès des 15-19 ans sur le message « indétectable=intransmissible »
- Renforcer les circuits de CV en particulier dans les structures avec petites files actives, faire un état des lieux des machines GenXpert disponibles en vue d'une mutualisation par charge virale VIH, diagnostic précoce du nouveau-né et diagnostic de la tuberculose

Priorité pour combler les gaps:

- les sites à petites files actives (n=343 et 40% gap CV et transition DTG) et ceux situés au niveau périphérique de la pyramide sanitaire doivent bénéficier de l'appui du programme national et des partenaires techniques et financiers.