



Epidémiologie de l'infection à VIH au Cameroun : Premier semestre 2018

p.2 Dépistage de l'infection à VIH au Cameroun

Vous trouverez dans cette section les indicateurs du dépistage du VIH en population générale et dans certains groupes tel que les femmes enceintes.

p.3 PMTCT

You will find in this section the indicators that inform about HIV infection in pregnant women received in ANC as well as their children.

p.4 : Prise en Charge Globale, coinfection TB/VIH

Vous trouverez dans cette partie les Indicateurs portant sur la file active et la mise sous traitement ARV. De plus des données sur le dépistage de la tuberculose chez les PVVIH et la dispensation communautaire des ARV seront présentées.

p.6 : Rétention des personnes vivants avec le VIH dans le système de soins et Qualité des services de routine

Vous trouverez dans cette partie des informations sur la rétention en soins des PVVIH ainsi que la qualité des services de routine

p.8 Epidemiologic Surveillance of HIV/AIDS

This section present the main results of studies presented at the 22nd international AIDS conference especially CAMPHIA.

Directeur de Publication : Dr Jean Bosco ELAT

Directeur de Publication adjoint : Dr Léonard BONONO

Rédacteur en Chef : Dr Serge Clotaire BILLONG

Rédacteur en Chef adjoint 1 : Jean de Dieu ANOUBISSI

Rédacteur en Chef adjoint 2 : Cyprien KENGNE NDE

Comité de rédaction : Dr Marinette TCHATO,

Arlette MESSEH, Raoul FODJO, NGA Anastasie épse MVOGO, Florine TSIMENE, Natacha OWONA, désiré MVILONGO, Roger ONANA ONANA, Dr Daniel MABONGO.

EDITORIAL

Le Cameroun est à sa première année de mise en œuvre de son Plan Stratégique National de lutte contre le VIH, le sida et les IST 2018-2022. Ce bulletin Epidémiologique a pour vocation de présenter la distribution de l'épidémie dans le pays et ses principaux déterminants afin de permettre aux acteurs de réajuster éventuellement les interventions pour une meilleure atteinte des cibles.

Dans ce numéro vous trouverez le profil épidémiologique de l'infection à VIH de Janvier à Juin 2018 à travers les indicateurs de routine tels que le dépistage de l'infection à VIH, la Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant et la prise en charge globale des PVVIH. Une section analysant la rétention en soins au cours du 1^{er} semestre de 2018 est présentée. De plus un résumé des principaux résultats des travaux présentés à la 22^{ème} conférence internationale sur le VIH, AIDS 2018 est disponible dans ce numéro. Par ailleurs, la qualité des services collectée en routine au premier semestre vous sera aussi présentée.

Bonne lecture,

EDITORIAL

Cameroon is implementing for the first year, its 2018-2022 National Strategic Plan for HIV/AIDS and STIs. This epidemiological bulletin is intended to present the state of the epidemic in the country and its main determinants in order to help actors to possibly adjust the interventions to reach the targets faster.

In this issue, you will find the epidemiological profile of HIV infection from January to June 2018 highlighted by the country's activities. A highlight of the principal results from the study presented at the 22nd World AIDS conference is presented in this issue. The quality of routine data collected in the first trimester 2018 will be presented.

Happy reading,

Dr Jean Bosco ELAT

Retrouvez ce numéro sur : <http://www.cnls.cm>

Dépistage de l'infection à VIH au Cameroun

Dépistage dans la population globale

Au cours du 1er semestre de l'année 2018, 1 460 408 personnes ont été dépistées pour le VIH, parmi lesquelles 48 815 avaient un test positif, soit un taux de séropositivité nationale de 3,34%. Les régions du Sud et de l'Adamaoua ont enregistré les taux de séropositivité les plus élevés (6,9% et 6,0%). Ce taux de séropositivité de 3,34% est inférieur à celui obtenu au 1er semestre 2017 qui était de 4,3%. Ce résultat corrobore celui de l'enquête CAMPHIA qui a retrouvé une prévalence nationale de 3,4%

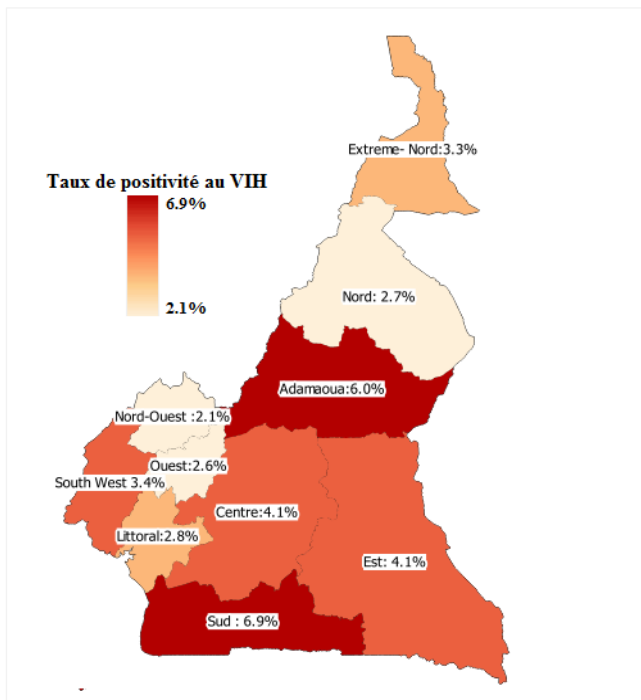


Figure 1 Taux de séropositivité par région au sein de la population générale au 1er semestre 2018

Dépistage chez les adolescents et les jeunes

Au 30 juin 2018, 364977 adolescents et jeunes âgés de 15 à 24 ans ont été dépistés ; 6955 ont été trouvés positifs soit un taux de séropositivité de 1,91% dans cette tranche d'âge. Le taux de séropositivité spécifique au sexe féminin était de 1,55% soit 4 fois supérieur à celui du sexe masculin (0,35%) ; d'où la nécessité d'intensifier les actions de sensibilisation et de dépistage chez les jeunes filles de cette tranche d'âge.

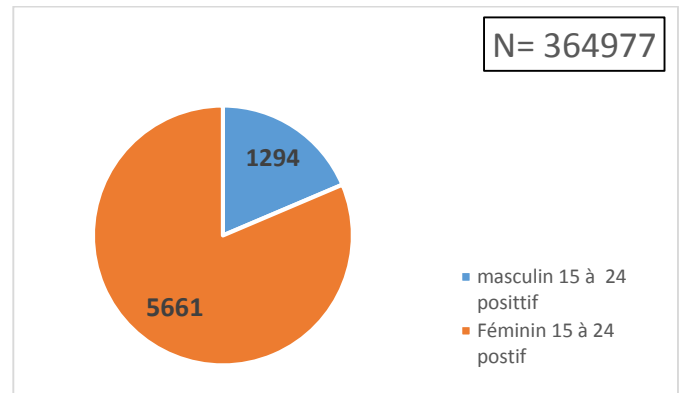


Figure 2 Répartition des cas positifs de VIH chez les jeunes adolescents âgés de 15 à 24 ans au 1er semestre 2018

Dépistage des donneurs lors des transfusions sanguines

Au 30 juin 2018, 73906 donneurs de sang ont été testés au VIH représentant 5,33% de nombre total de dépistage en population générale. 1591 ont été dépistés positifs soit un taux de séropositivité de 2,15% chez les donneurs de sang. Le taux de séropositivité minimale a été enregistré dans la région du Nord-ouest (0,88%) et le maximum dans la région du Sud (6,49%).

Dépistage chez les femmes enceintes, les nourrissons exposés et les partenaires des femmes enceintes

352 957 FEC ont été dépistées au VIH au cours du premier semestre 2018. Le taux de séropositivité chez les FEC était de 2,44% (8627/352 957) ; ce taux est inférieur au 4,3% obtenue au 1er semestre 2017. Le taux de séropositivité est de 1,94% en CPN et 4,14% en salle d'accouchement.

Le nombre de partenaires des femmes enceintes ayant réalisés un test de dépistage VIH était de 17 631 ; 787 ont été dépistés positifs soit un taux de séropositivité de 4,5%.

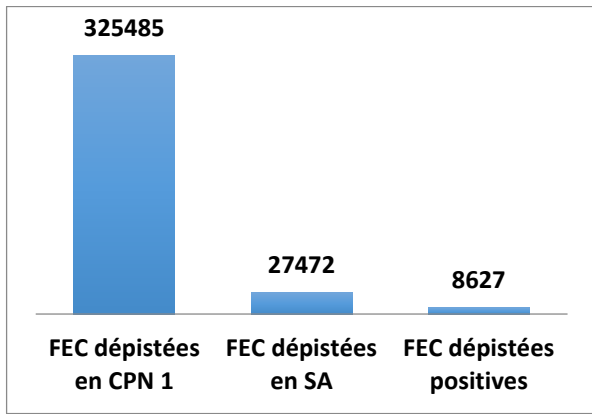


Figure 3 : Dépistage du VIH chez les FEC au 1er semestre 2018

NB : Il convient de noter que la complétude des données de dépistage au moment de l'analyse était de 94,8%. Ainsi, les résultats présentés sont susceptibles d'être légèrement modifiés avec l'augmentation de la complétude.

Prevention Mother To Child Transmission (PMTCT)

The following chart (figure 4) shows the mother cascade. At the end of first semester 2018, 456204 FEC were expected in the health facilities, 371 070 FEC were actually received with a coverage rate of

81.34%. Among the Pregnant Women (PW) received at ANC, 358771 were tested (352 957 at ANC1 or delivery room and 5814 who already know their HIV status) and 14441 of them were HIV Positive, giving an HIV seropositivity rate of 4.06%. Concerning ARV treatment, 78.32% of FEC VIH + (11310 PW) were placed on ARVs Treatment.

With regard to children (figure 5), as of June 30th 2018, there were 8838 deliveries of HIV + PW. Among exposed children, 7439 received Navirapine at birth. In terms of performing the PCR test, 6035 exposed children were tested by PCR between 6 and 8 weeks of age and 616 of them were tested positive for HIV. Finally, 375 children were placed on ARV among the 616 identified seropositive with a rate of putting on antiretroviral treatment of 60.09%.

It is worth noting that all laboratory data have not been taken into account for this analysis.

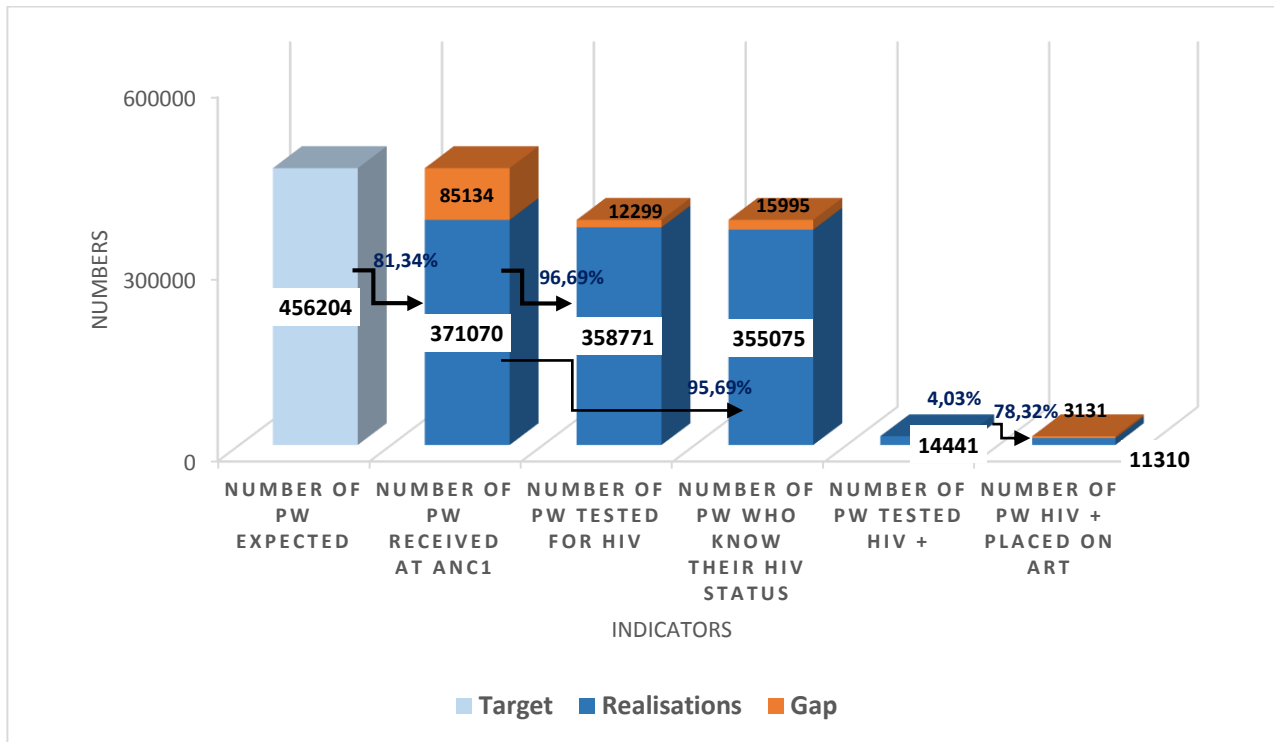


Figure 4: Representation of mother cascade after the first semester 2018.

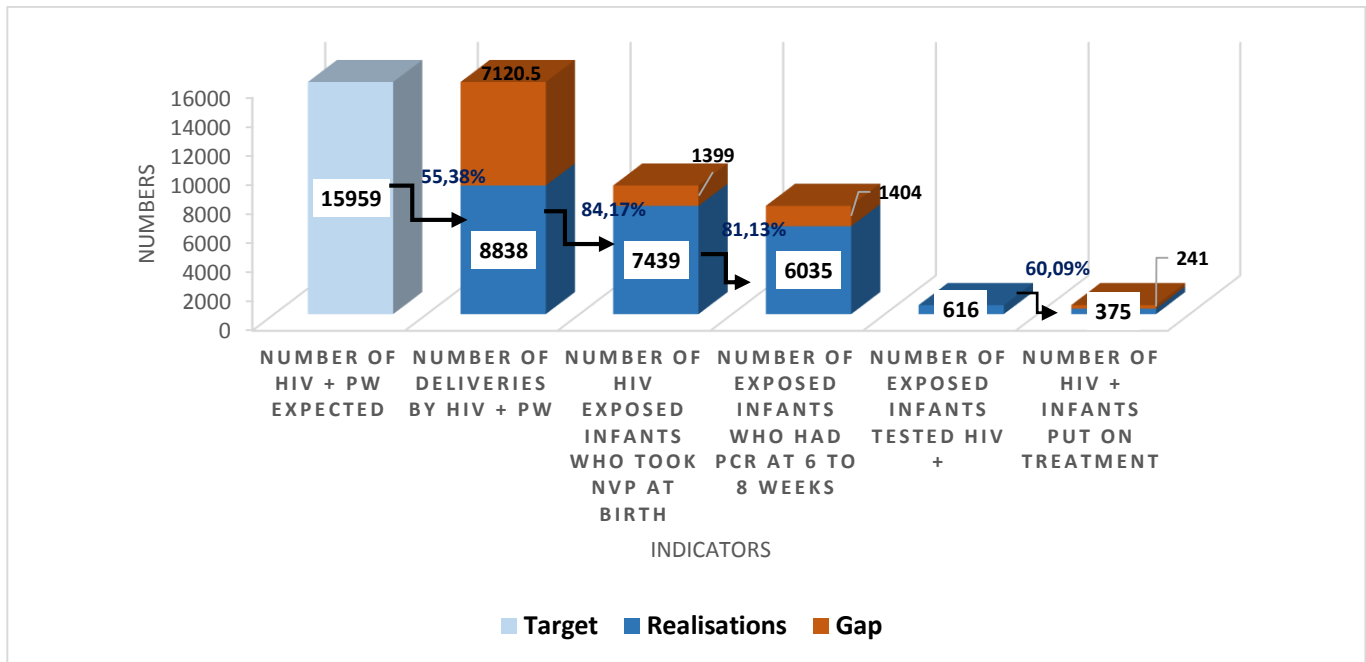


Figure 5: Representation of children cascade after the first semester 2018.

Prise en Charge Globale des personnes vivants avec le VIH et coinfection TB/VIH

Prise en Charge Globale

Au 31 décembre 2017, 223 543 personnes vivant avec le VIH étaient sous traitement ARV. Ce nombre est de 257 082. 268 939 en Juin 2018, ce qui représente une augmentation d'environ 45396 patients.

Au cours du premier semestre 2018, la file active des personnes sous ARV a évolué en dessous de la cible fixée dans le cadre de la stratégie nationale. En effet, la file active attendue au mois de Juin 2018 était de 277 801 personnes, la réalisation à cette période a été de 268 939 PVVIH, soit un écart d'environ 3,19% par rapport à la cible et donc 8862 patients en moins qui n'ont pas pris leur traitement ARV ou devait être initié au TARV en fin Juin 2018.

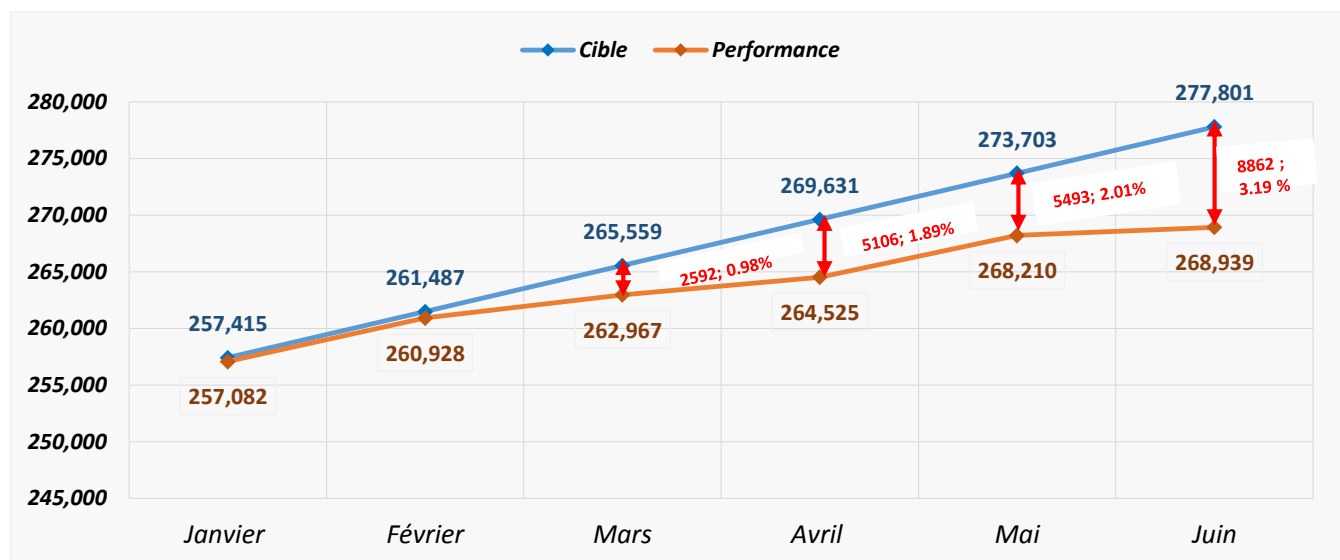


Figure 4 : Evolution de la file active de PECCG des PVVIH sous TARV au cours du premier semestre 2018.

Pour atteindre le 1^{er} 90 (90% des PVVIH connaissent leur statut) de l'objectif « 90-90-90 » (ONUSIDA, 2014), environ 520 069 PVVIH devaient être identifiées au 30 Juin 2018 parmi lesquelles les personnes dépistées mais non encore enrôlées au Traitement ARV, ainsi que les perdus de vue à rechercher.

La cascade programmatique de prise en charge globale illustrée par la figure 5 montre le niveau d'atteinte de l'objectif « 90-90-90 » au cours du

premier semestre 2018. Il y ressort qu'environ quatre cinquième (80,2%) des PVVIH à identifier au cours de l'année l'ont été et seulement deux tiers (63,9%) de celles-ci a été initiée au TARV.

Selon les estimations EPP. SPECTRUM, environ 520 000 personnes vivant avec le VIH sont attendues au cours de l'année 2018 dans le pays, ce qui porte la couverture populationnelle en ARV à 51,71%(268 939/520 069).

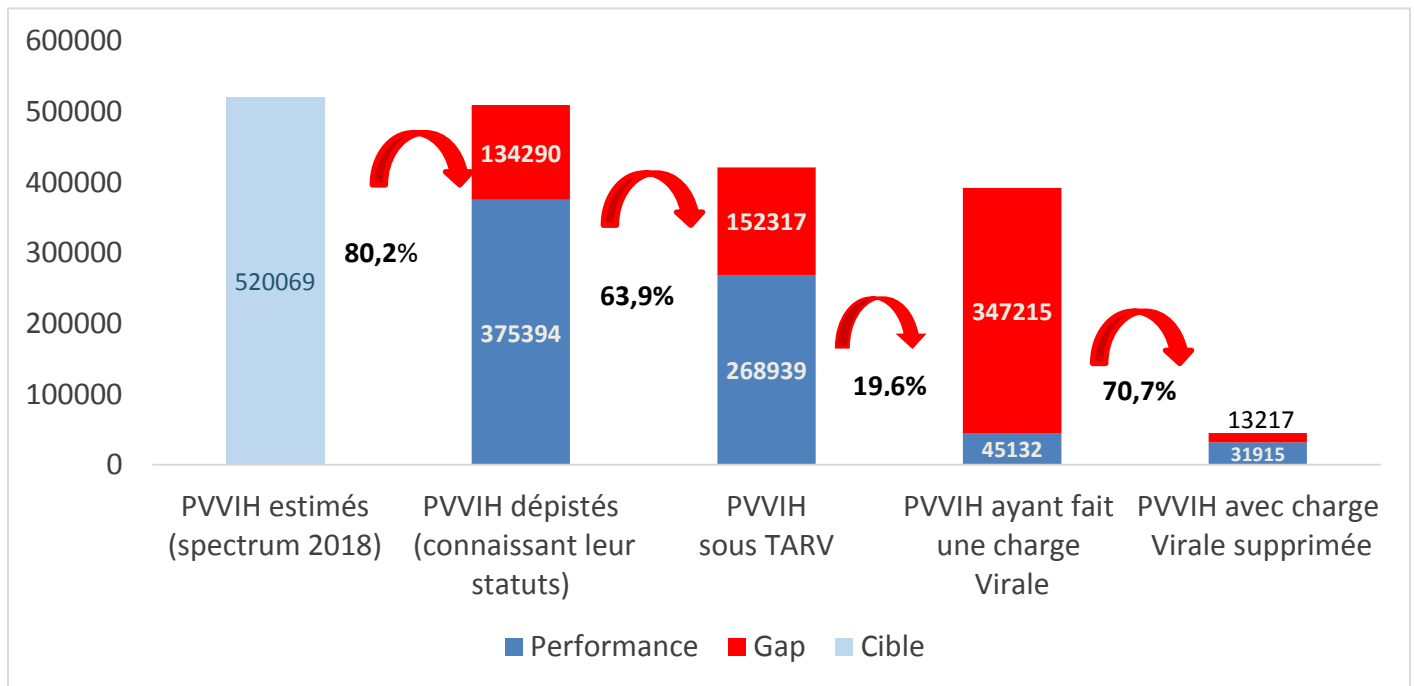


Figure 5 : Cascade programmatique de prise en charge globale au premier semestre 2018 (90-90-90).

Coinfection TB/VIH

La tuberculose étant reconnue comme une cause majeure de mortalité chez les personnes vivant avec le VIH (OMS,2017), les directives nationales de prise en charge du VIH et de la Tuberculose recommandent d'investiguer la tuberculose chez les personnes séropositives et de faire le test du VIH chez les personnes atteintes de la tuberculose.

Dans les structures de prise en charge du VIH, la surveillance de la tuberculose doit se faire en routine chez tous les patients sous TARV. A cet effet, les prestataires doivent rechercher tous les signes évocateurs de la tuberculose chez les patients lors de la dispensation des ARV. En Juin 2018, la tuberculose a été investiguée chez 184462 PVVIH sous ARV, qui représente environ 68,6% de la file active.

NB : Il convient toutefois de noter que le taux de complétude des données de prise en charge globale au niveau national est de 88,89% au cours du premier semestre 2018. L'amélioration de ce niveau de complétude pourrait légèrement modifier les résultats présentés dans cette section.

Rétention des personnes vivants avec le VIH dans le système de soins au cours du 1^{er} semestre 2018

L'un des objectifs du programme de traitement antirétroviral consiste à améliorer la survie des personnes vivant avec le virus. Le taux de rétention est un indicateur essentiel du programme. C'est une occasion pour les différents acteurs d'évaluer les progrès réalisés dans le maintien en vie des adultes et des enfants infectés qui sont mis sous traitement antirétroviral pendant une période déterminée. La rétention à 12 mois est le pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs au VIH et encore sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale. Au 1^{er} trimestre 2018 aucune région n'a atteint l'objectif de 85%. Le taux de rétention national était de 73,69%. Les meilleures performances ont été

enregistrées par les régions du Nord-ouest, Sud et Centre avec respectivement des taux de rétention de 79%, 77,74% et 76,09% ; les régions de l'Adamaoua, l'Est et le Sud-ouest quant à elles ont enregistrées des taux de rétention inférieure à 70%.

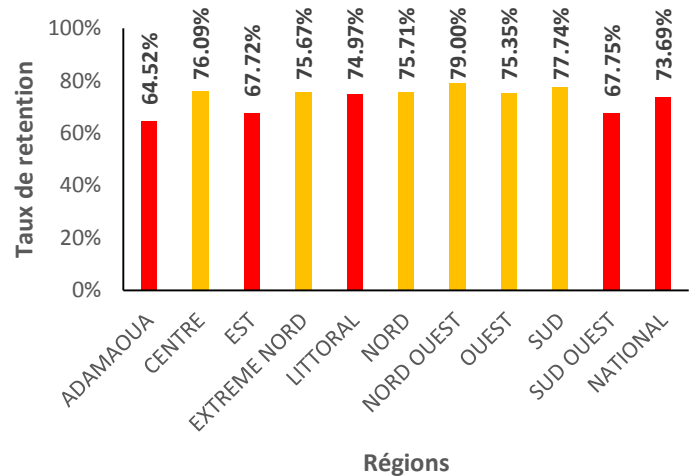


Figure 4 taux de rétention en soins par région au 1^{er} trimestre 2018 pour les cohortes de janvier, février et mars 2017

	>85%
	75-85%
	<75%

Evaluation de la qualité des services dans les Formations sanitaires des régions de l'Adamaoua, de l'Est, de l'extrême-Nord, du Nord, de l'ouest et du Sud au cours

Introduction

L'amélioration de la qualité de l'offre de services est une approche systémique qui, au moyen d'une méthode scientifique qu'est l'outil SQA, analyse les performances et les efforts systématiques en vue d'un progrès. Ceci, à travers le renforcement des capacités du personnel, le monitoring et l'évaluation périodique. Il est donc, la mesure par laquelle les services de santé, améliorent leurs résultats souhaités en se fondant sur des preuves cliniques et assurés de manière adaptée aux réalités techniques et culturelles, via une bonne communication et une prise de décisions communes. C'est dans ce sens que la mission de

supervision SQA a été réalisée dans 10 formations sanitaires des six régions non couvertes par le programme PEPFAR. La mise en œuvre du SQA sur site a permis d'identifier les goulots d'étranglement liés à la demande et l'offre des services afin de les améliorer.

Les activités menées, les résultats obtenus, l'analyse comparative des performances obtenues par rapport à celles attendues et les recommandations formulées au terme de l'activité constituaient l'ossature de ce travail.

But

Améliorer la qualité des services offerts aux PVVIH dans deux formations sanitaires des six régions non PEPFAR.

Objectif général

Evaluer la qualité des services offerts dans la PTME, la Prise en Charge des adultes, adolescents et enfants du VIH dans les FOSA.

Objectifs spécifiques

- Apprécier l'organisation des services de PEC VIH à travers une visite guidée dans la FOSA ;
- Recueillir les avis du personnel du site sur les éléments qui pourraient aider à améliorer la qualité l'offre des services ;
- Vérifier la disponibilité, sur site, de tous les documents normatifs et de suivi des patients VIH (Directives nationales, Guides nationaux, Dossiers du patient, Algorithmes nationaux pour la PEC des PVVIH, Divers registres PEC adulte et femmes enceintes, fiches d'évaluation)
- Formuler des recommandations pour améliorer leur utilisation ;
- Faire le point sur les principaux problèmes (structurels, organisationnels, humains, logistiques et autres) qui entravent l'offre

des services VIH de qualité, y compris la prise en charge des PVVIH ;

- Remplir l'outil de collecte de données « SQA »;
- faire une analyse FFOM des résultats obtenus

Méthodologie

L'évaluation de la qualité des sites a été faite à l'aide d'un outil préalablement validé au niveau international et adapté au contexte du pays. 6 régions étaient concernées et dans chacune des régions deux sites ont été choisis, prioritairement les hôpitaux régionaux, en plus un site de grande envergure. L'outil utilisé nous a permis d'évaluer les domaines suivants :

Domain : Test de VIH et Conseil (TVC) ;

Domain : PTME ;

Domain : Traitement Pédiatrique ;

Domain : Traitement adulte ;

Domain : Soins & Aide ;

Domain : Alimentation & Nutrition ;

Domain : TB/VIH ;

Domain : Laboratoire ;

Domain : Gestion des Médicaments ;

Domain : Gestion du Site – Gestion du rendement (PTME) ;

Domain : Gestion du Site – Gestion du rendement (ART).

La qualité des services était officialisée en attribuant un score à chacun des sous domaines et les scores des sous domaines étaient agrégés pour produire le score du domaine, le score final de chaque région correspond donc à la moyenne des scores obtenues par les sites de la région.

Résultats

Le tableau ci-dessous présente les performances des six régions supervisées au cours du premier semestre 2018.

De manière générale le score national obtenu est au jaune et est égal à 60%, c'est dire que les services

VIH nécessitent encore des améliorations pour un fonctionnement optimal. Par contre au niveau régional, le score est resté au jaune mais cette fois-ci plus élevé pour les régions de l'Extrême nord (66,0%), du Nord (65,5%) et de l'Adamaoua (65,0%) et faible dans la région du Sud (47,0%), dans cette région les services VIH sont mauvais et nécessite encore des interventions urgentes. Pour la région de l'Est le score est orange (57,0%) pas bon aussi.

Pour ce qui est des domaines, la gestion des médicaments est le seul domaine qui fonctionne très bien avec un score de 95% au vert, la région du Sud étant celle qui tire toujours le score global vers le bas. Ensuite nous avons le service de la PTME qui a un score de 81% au vert claire, c'est aussi un domaine où les services sont de bonne qualité. Tous les services sont offerts gratuitement les jours

et heures ouvrables. Les femmes enceintes, allaitantes VIH+ et les enfants infectés sont suivis et pris en charge sur place ; seuls les échantillons de DBS sont acheminés après collecte. Le reste des domaines sont à améliorer excepter le domaine d'Alimentation & Nutrition (40%) au rouge ; la Gestion du rendement (PTME) (40%) au rouge et la Gestion du rendement (ART) (40%) qui sont au rouge et donc il y a une urgence d'amélioration.

Conclusion

De manière globale le score d'ensemble étant de 60% au jaune ce qui est encourageant mais nécessite des améliorations urgentes plus spécifiquement dans les domaines 6, 10 et 11.

Tableau 1 : score par domaine et par région pour la qualité des services VIH au cours du premier semestre 2018.

DOMAIN (in %)	ADAMAOUA	EST	EXTRÊME NORD	NORD	SUD	Ensemble
1. HIV Testing and Counseling (HTC)	16,7	33,3	66,7	83,3	50,0	50
2. PMTCT	78,7	80,8	84,0	100,0	61,0	81
3 Pediatric Treatment	85,0	50,0	58,3	42,8	50,0	57
4 Adult Treatment	71,5	61,1	47,2	50,0	33,0	53
5 Care & Support	62,5	50,0	87,5	62,5	50,0	63
6 Food & Nutrition	75,0	0,0	75,0	50,0	0,0	40
7 TB/HIV	60,0	40,0	80,0	42,5	30,0	51
8 Laboratory	33,3	50,0	50,0	66,7	66,0	53
9 Medication Management	100,0	100,0	100,0	100,0	75,0	95
10 Site Management – Performance Management (PMTCT)	16,7	50,0	33,3	66,7	33,0	40
11 Site Management – Performance Management (ART)	16,7	50,0	50,0	33,3	50,0	40
SCORE D'ENSEMBLE	65,0	57,0	66,0	65,5	47,0	60

	AWESOME !
	CONGRATULATION
	NOT BAD, NEED IMPROVMENT
	FAIR
	TOO BAD, NEED URGENT REMEDIATION

Epidemiologic Surveillance of HIV/AIDS in Cameroon

This section is presenting some keys results of main studies carried out in Cameroon in HIV/AIDS domain. For some of them, the whole results are not yet available.

Prévalence du VIH chez les étudiants des universités de Yaoundé et comportements associés

Objectifs : L'objectif de cette étude était d'évaluer la séroprévalence du VIH chez les étudiants des universités de Yaoundé en fonction des caractéristiques socio-économiques et identifier les facteurs susceptibles de l'influencer.

Méthodes : Une étude transversale biologique et comportementale, a été conduite au mois de novembre 2017 chez les étudiants des universités de Yaoundé 1 (UY1) et de Yaoundé 2 (UY2) ainsi que dans les instituts privés et publics rattachés à ces universités. Le dépistage du VIH a été réalisé selon l'algorithme national et les données socio-comportementales ont été recueillies auprès de chaque participant consentant.

Résultats : Au total, 860 étudiants ont été investigués. La prévalence de l'infection par le VIH était de 0,8%. Ce taux est bas comparativement à la prévalence nationale ou à celles observées dans d'autres groupes populationnels de la même génération. Aucune différence significative n'a été observée selon le genre. Les étudiants âgés de 21-24 ans présentaient la prévalence la plus élevée 1,37% (6/437). Les étudiants résidant en dehors de leur famille et ceux qui consommaient de l'alcool constituaient les groupes les plus touchés avec des prévalences du VIH respectives de 1,08% (5/465, P=0,005) et 2,46% (5/203, P=0,006).

Conclusion : La prévalence du VIH était faible dans la population estudiantine de

Yaoundé. L'âge, le lieu de résidence et la consommation d'alcool étaient des facteurs associés à l'infection. Ceci suggère le renforcement des stratégies ciblées de prévention primaire du VIH pour contribuer à maintenir cette génération sans sida.

CAMPHIA¹ STUDY: Preliminary Findings

Presentation of the study

The Cameroon Population-based HIV Impact

Assessment (CAMPHIA), a household-based national survey, was conducted between July 2017 and February 2018 in order to measure the status of Cameroon's national HIV response. CAMPHIA offered HIV counseling and testing with return of results, and collected information about households and individuals background, and uptake of HIV care and treatment services. This survey is the first in Cameroon to measure national HIV incidence and viral

load suppression. The results provide information on national and regional progress toward control of the HIV epidemic.

CAMPHIA was led by the Government of Cameroon under the Ministry of Health, Division of Health Operations Research (DROS) and National AIDS Control Commission (NACC), and through the National Institute of Statistics (INS). The survey was conducted with funding from the U.S. President's Emergency Plan for

¹ Cameroon Population-based HIV Impact Assessment

AIDS Relief (PEPFAR) and technical assistance through the U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) and

years, 92 percent were tested for HIV. A representative subsample of 1,962 adults ages 15-64 were tested for chronic active

HIV Indicator/ Age	Female	95% CI	Male	95% CI	Total	95% CI
Annual incidence (%)						
15-49	0.44	0.18-0.69	0.08	0.00-0.18	0.26	0.12-0.40
15-64	0.45	0.2-0.69	0.09	0.00-0.19	0.27	0.14-0.41
Prevalence						
15-49	4.8	4.2-5.3	2.0	1.7-2.4	3.4	3.1-4.0
15-64	5.0	4.5-5.5	2.3	2.0-2.7	3.7	3.3-4.0
0-14	0.1	0.0-0.3	0.3	0.1-0.5	0.2	0.1-0.4

ICAP at Columbia University. The survey was implemented by INS and ICAP in collaboration with local partners, including the Centre Pasteur Cameroon (CPC), Global Health Systems Solutions (GHSS), National Early Infant Diagnosis Reference Laboratory, Mutengene, National Public Health Lab (NPHL) and Centre International de Référence Chantal Biya (CIRCB).

Response rates

Of 12,417 eligible households, 11,623 (92 percent) completed a household interview. Of 15,419 eligible women and 13,216 eligible men ages 15-64 years, 95 percent of women and men were interviewed and tested for HIV. Of 8,018 eligible children ages 0-14

hepatitis B.

Main results

Annual incidence of HIV among adults ages 15-64 years in Cameroon is 0.27 percent: It is five time greater among females than males (0.45 vs 0.09). This corresponds to approximately 40,000 new cases of HIV annually among adults ages 15-64 years in Cameroon.

Prevalence of HIV among adults ages 15-64 years in Cameroon is 3.7 percent: 5.0 percent among females and 2.3 % among males. This corresponds to approximately 500,000 people living with HIV (PLHIV) ages 15-64 years in Cameroon.

Table 2: Distribution of annual incidence and prevalence by age per sex.

95% CI (confidence interval) indicates the interval within which the true population parameter is expected to fall 95% of the time. Viral load suppression is defined as HIV RNA <1,000 copies per ml of plasma among HIV-positive adults; incidence measurement based on MDRI of 130 days.

CAMPBIA also tested a subset of participant's hepatitis to get a national estimate of chronic active hepatitis B (HBV) prevalence. Among adults ages 15-64, prevalence of active hepatitis B infection is similar among HIV positive (8.4) and HIV negative individuals (8.3). Rates of HBV

are significantly higher among men (11.2%) than women (5.5%) among the 15-64 years old age group.

Table 3: Distribution of HBV prevalence by age per sex.

HIV Status and Age	Female		Male		Total	
	HBV Prevalence	95% CI	HBV Prevalence	95% CI	HBV Prevalence	95% CI
HIV Positive						
15-64	7.9	5.4-10.4	9.5	5.8-13.3	8.4	6.5-10.4
HIV Negative						
15-64	5.4	3.4-7.4	11.3	8.0-14.6	8.3	6.4-10.3
Total						
15-49	4.8	4.2-5.3	2.0	1.7-2.4	3.4	3.1-4.0
15-64	5.0	4.5-5.5	2.3	2.0-2.7	3.7	3.3-4.0

Test conducted on a representative subsample of 1962 adults aged 15-64 years

Among adults ages 15-64 years, prevalence among adults varies geographically across Cameroon, ranging from 6.3 in South Region to 1.5 in the Far North Region.

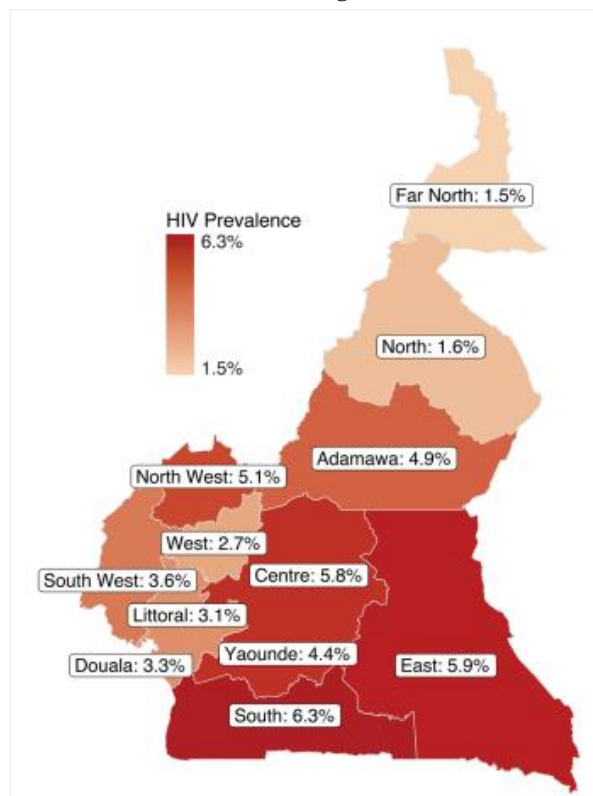


Figure 6 Distribution of HIV prevalence by region

AIDS2018 - Amsterdam (Netherlands)

The main objectives of AIDS 2018 are:

1. Convene the world's experts to advance knowledge about HIV, present new research findings, and promote and enhance global scientific and community collaborations in synergy with other health and development sectors.
2. Promote human rights based and evidence-informed HIV responses that are tailored to the needs of particularly vulnerable communities, including people living with HIV, displaced populations, men who have sex with men, people in closed settings, people who use drugs, sex workers, transgender people, women and girls and young people.

² 22nd International AIDS Conference, 23-27 July 2018.

3. Activate and galvanize political commitment and accountability among governments, donors, private sector and civil society for an inclusive, sustainable and adequately financed, multi-sectoral, integrated response to HIV and associated coinfections and comorbidities.
4. Address gaps in and highlight the critical role of HIV prevention, in particular among young people in all their diversity and its integration in a range of health care settings.
5. Spotlight the state of the epidemic and the HIV response in Eastern Europe and Central Asia with a focus on investments, structural determinants and services.

26 Abstracts from Cameroon have been selected for the AIDS 2018 conference at Amsterdam (Netherlands) in which 03 will be presented in orally while 23 will be during Poster exhibition sessions. Below is the list of these abstracts.

The summary of these research will be present in the next issue since some of them are not yet available.

Summary of the results presented during sessions at the conference

Leadership for HIV primary prevention: The Global HIV Prevention Coalition

This session discussed the Global HIV prevention coalition, convened by UNAIDS and UNFPA since last year, and including 40 priority countries. An impressive panel

emphasized the critical need for a revitalized prevention agenda.

SESSION HIGHLIGHTS

Michel Sidibe highlighted a prevention crisis while Natalia Kanen (UFGA) stated that the face of prevention is a young woman in Africa. Aaron Motsaedi, Minister of Health South Africa suggested a more than 40% reduction in new infections in South Africa from biomedical tools. Nduku Kionzo said data driven programming and targets are essential, as they have been for treatment, accountability for prevention, and financial backing and political leadership. Peter Sands from the Global Fund said the prevention roadmap does pose challenges - we don't want to reverse progress in scaling up diagnosis and treatment. Deborah Bix emphasized the importance of strengthening domestic financing: there is a problem when US is 90+% of the funding for VMMC, PrEP with the PEPFAR budget flat since 2009. Dr Nordstrom emphasized the need to equip people with knowledge, access and empower them to make healthy choices. Dr Alvaro emphasized that budget = strategy.

CRITICAL ASSESSMENT

This session emphasized the important role for the Global HIV prevention coalition. Strengthening resource flows especially from domestic streams, using data to drive programming, re-engaging with the need to support demand and behaviour change as well as supply of tools is critical, and leadership will be key

Are we testing for 2030? Implementing and scaling-up innovative approaches to HIV testing and linkage to prevention and

treatment in low- and middle-income countries

SESSION SUMMARY

This testing discussed innovations in HIV testing. There is much innovation occurring at the moment in trying to reach the first 90. This session discussed experiences implementing “new” approaches such as self-testing, partner testing and other approaches to testing based on an index case, and testing through outreach platforms.

SESSION HIGHLIGHTS

Cameroon and Vietnam reported on positive experiences with self-testing, index testing and community testing. In South Africa strategies are tailored to the needs of men and young women. In the DRC, 27% of partners and children tested through index-linked testing were positive, and both the number of tests done and testing yield increased. Yield was highest among tests from an index case rather than other channels, and highest among sexual partners of index cases. In Ukraine assisted self-testing has seen a large increase in number of tests undertaken and cases found. Social workers were key to this distribution effort. Optimised case finding is being trials based on incentivisation of three people from index cases who they think may be at risk of HIV. The panel discussed health identifiers to track patients over time, age of consent issues, legal frameworks that influence who can provide testing, and integrating testing with structural and behavioural interventions.

CRITICAL ASSESSMENT

These have been an exciting few years for the expansion of HIV testing, and the emergence of new technologies and approaches. Testing has expanded. Increasingly, testing is seen through the lens of case finding with yield, or cost per new case identified and linked to care being the key metrics. In an era of shrinking resources, it will be ever more important to focus efforts. However, testing also offers an important gateway to prevention services.

ART in infants and children

SESSION SUMMARY

A dominant theme was the developmental and neurocognitive effects of ART exposure in young children, with a sub-study nested in the PROMISE-BF trial showing comparable distributions of performance measures across ART exposures amongst HEU children. Other presentations focused on evaluation and optimization of first and second-line ART regimens in children.

SESSION HIGHLIGHTS

A cross-sectional study (n = 141), evaluated the CNS toxicity of efavirenz amongst school-going HIV-infected children in Tanzania. There were mild increases in psychopathology scores, and reduced competence and attention (school performance) in children on efavirenz-based regimens compared with those on other regimens. This effect was more pronounced in a post hoc analysis in those receiving higher efavirenz doses.

Preliminary data were presented from a cohort study that evaluated effectiveness of lopinavir/ritonavir (LPV/r) pellets. The study enrolled ART-naïve or -experienced

children from East Africa unable to swallow tablets. In the initial 354 participants use of the pellets resulted in viral suppression in 72% of ART-naïve children at 12 months. Amongst those switched from liquid LPV/r to pellets there was a ~0.5 log drop in HIV RNA, with an increase in the proportion with virologic suppression from 62% to 80%. Pellet use was associated with significant improvements in anthropometric parameters.

CRITICAL ASSESSMENT

The finding of an association between efavirenz use and worse neurocognitive scores, particularly school performance measures, adds strong support to a shift to dolutegravir-based regimens for first line ART in children. Although LPV/r pellets are approved by regulatory bodies and recommended by WHO for use in children unable to swallow, pellets are not yet widely available in resource-limited settings. Results from the LIVING cohort study demonstrate that the multiple inherent benefits of using pellets (masked taste, simplified dosing, no requirement for refrigeration) are complemented by improved efficacy compared to LPV/r liquid formulations. This should support efforts to improve access.

Risk heterogeneity across the 90-90-90: Evidence supporting new strategies to strengthen the effectiveness of Universal Test and Treat

SESSION SUMMARY

This session posed the question – is getting to 90:90:90 enough? If there is risk differentiation among those who are

successfully treated and those who are not, on the basis of age, gender, behaviour, mobility and other characteristics, will this reduce the impact of treatment scale up on prevention

SESSION HIGHLIGHTS

In a systematic review (53 papers, 17 countries in Africa) no studies reported a 90 measure disaggregated by sexual behaviour. Younger people and men were less likely to be diagnosed and on treatment. In eSwatini data suggest ART scale up is consistent with incidence falls. If we could be successful in targeting age groups, this should address incidence reduction gaps. In Rakia prevention scale up including ART and VMMC had impressive effects, but still not reaching incidence reduction goals. ART use lower among 15-29years olds with high sexual risk behaviours, and also in migrants among whom incidence has not declined. Fishing communities are sinks not sources for HIV. Discussion key points included issues cross sectional cascades, programmatic experiences, key populations, the importance of the last time someone was in a health center, men being hard to find, late presenters and younger people crucial.

CRITICAL ASSESSMENT

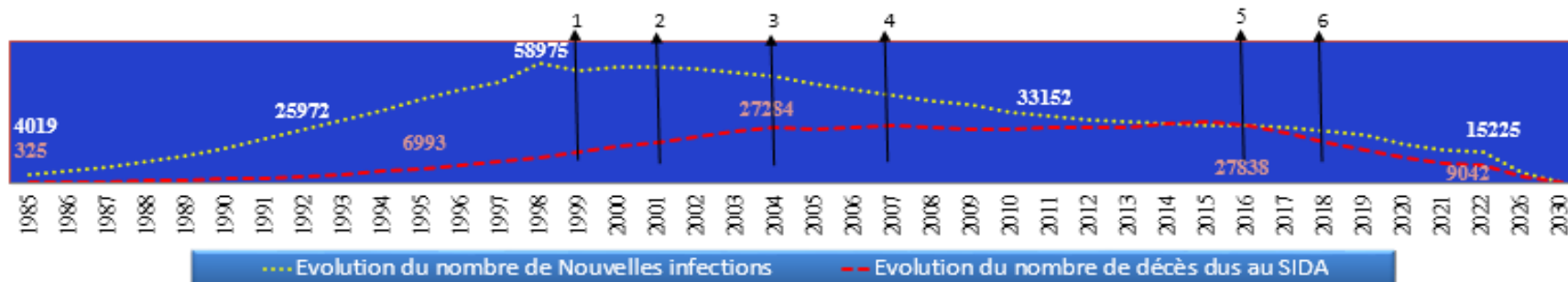
This session addressed an important question that has been neglected to date. The “tyranny of averages” was discussed at the start and lay behind the whole session. Differentiated targets for the cascade were discussed as it will be essential to ensure treatment scale up is equitable and that the impact on incidence is tracked.



TABLEAU DE BORD DE LA RIPOSTE DU CAMEROUN CONTRE L'INFECTION A VIH

Vision : Générations sans Sida

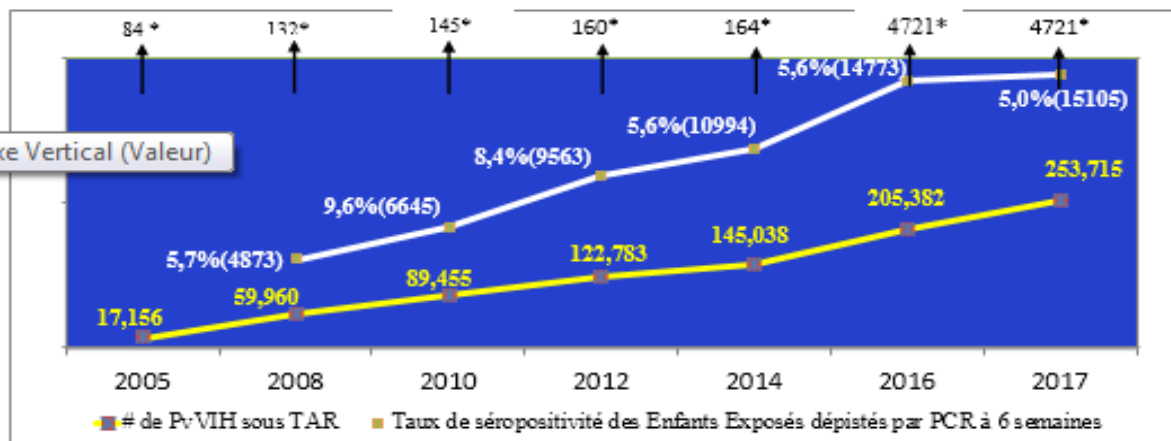
VERS L'ELIMINATION A L'HORIZON 2030



- 1/ Création du Groupe Technique Central du CNLS
- 2/ Création des Centres de Traitement Agréés pour la prise en charge des PvVIH
- 3/ Création des Unités de Prise En Charge des PvVIH

- 4/ Décision de la gratuité du traitement ARV
- 5/ Mise en place de la stratégie « Tester et Traiter »
- 6/ Prise en charge des PvVIH par toutes les FOSA

FOCUS SUR LA RIPOSTE



* nombre de sites de prise en charge des PvVIH par les ARV

Priorités 2018-2022

- Réduire les nouvelles infections
- Eliminer la Transmission Mère-Enfant du VIH
- Améliorer la qualité de vie des personnes infectées / affectées par le VIH
- Lutter contre la discrimination
- Respecter les Droits Humains
- Assurer l'efficacité et l'efficience de la gouvernance

Remerciements

- *Tous les partenaires de la Lutte contre le VIH au Cameroun*
- *Ce numéro a été rédigé par le GTC-CNLS avec la contribution des Groupes techniques régionaux*

Pour citer ce document : CNLS, Bulletin Epidémiologique de l'infection à VIH au Cameroun n°5 – Septembre 2018, volume 2, issue 2.

Cite this document: NACC, Epidemiological Bulletin of HIV infection in Cameroon n°5 – September 2018, volume 2, issue 2.