



# Réseau EVA (ENFANTS & VIH EN AFRIQUE)



**Agir pour le soignant, le soigné et la communauté...!**

# C'est quoi le Réseau EVA

Réseau d'acteurs de la santé investis dans la prise en charge pédiatrique de l'infection à VIH

## □ But :

Contribuer à l'amélioration de la couverture et de la qualité de la prise en charge globale du VIH pédiatrique en Afrique francophone.



# Nos activités

- Renforcement de capacités des acteurs
  - *Formations Nationales et régionales*
  - *développent et mis à la disposition des pays des outils pédagogiques pour améliorer la prise en charge*
- Recherche opérationnelle dans le cadre du VIH pédiatrique
- Contribution technique aux programmes , politiques de lutte contre le vih au niveau national et international
- Plaidoyer aux niveaux national, régional et internationale
- Renforcement technique de ses sites partenaires

# De la PTME à la PEC Pédiatrique



# Problème à sérier

- **PTME** : de la grossesse aux premiers jours de l'enfant



- **PEC PEDIATRIQUE : 0 – 19 ans voir 21 ans**  
( Spécificité du VIH maladie Chronique)
  - 0- 5 ans : problème spécifique
  - 5- 14 ans : moins de problème
  - 14 ans et Plus : ***la nouvelle bombe***

# La PTME, c'est quoi ?

## La PTME – Prévention de la Transmission Mère-Enfant

- ❑ La Transmission de la Mère à l'Enfant (TME) est la contamination du foetus ou de l'enfant par une mère infectée par le VIH.
- ❑ 2<sup>e</sup> mode de transmission en Afrique .
- ❑ La Prévention de la TME comporte donc toutes les actions permettant de diminuer ou d'empêcher cette transmission.

Objectif :

PTME



eTME

# PTME

## ❑ **Comment se fait cette transmission ?**

La contamination du fœtus se fait pendant la grossesse et particulièrement en fin de grossesse, pendant l'accouchement et pendant l'allaitement.

## ❑ **Cette contamination est elle automatique ?**

- Elle ne se fait pas de façon automatique
- Dépend du terme de la grossesse et du mode d'accouchement dépend du niveau de et de l'atteinte maternelle.
- 25 à 30 pour cent sans aucun traitement, (si la mère est séropositive).
- Une bonne prise en charge de la mère peut ramener cette contamination à moins de 5 pour cent, voire l'annuler.

# Intérêt du Traitement ARV chez la femme enceinte

- ❑ les médicaments antirétroviraux (ARV) diminuent la quantité de virus dans le sang de la mère (*la charge virale*), réduisant ainsi le risque de transmettre l'infection à son enfant.
- ❑ Les ARV ont également un effet protecteur sur l'enfant avant et après la naissance en aidant à résister à l'infection à VIH. (*Prophylaxie*)
- ❑ Les ARV diminuent la probabilité de transmission du VIH par le lait maternel.

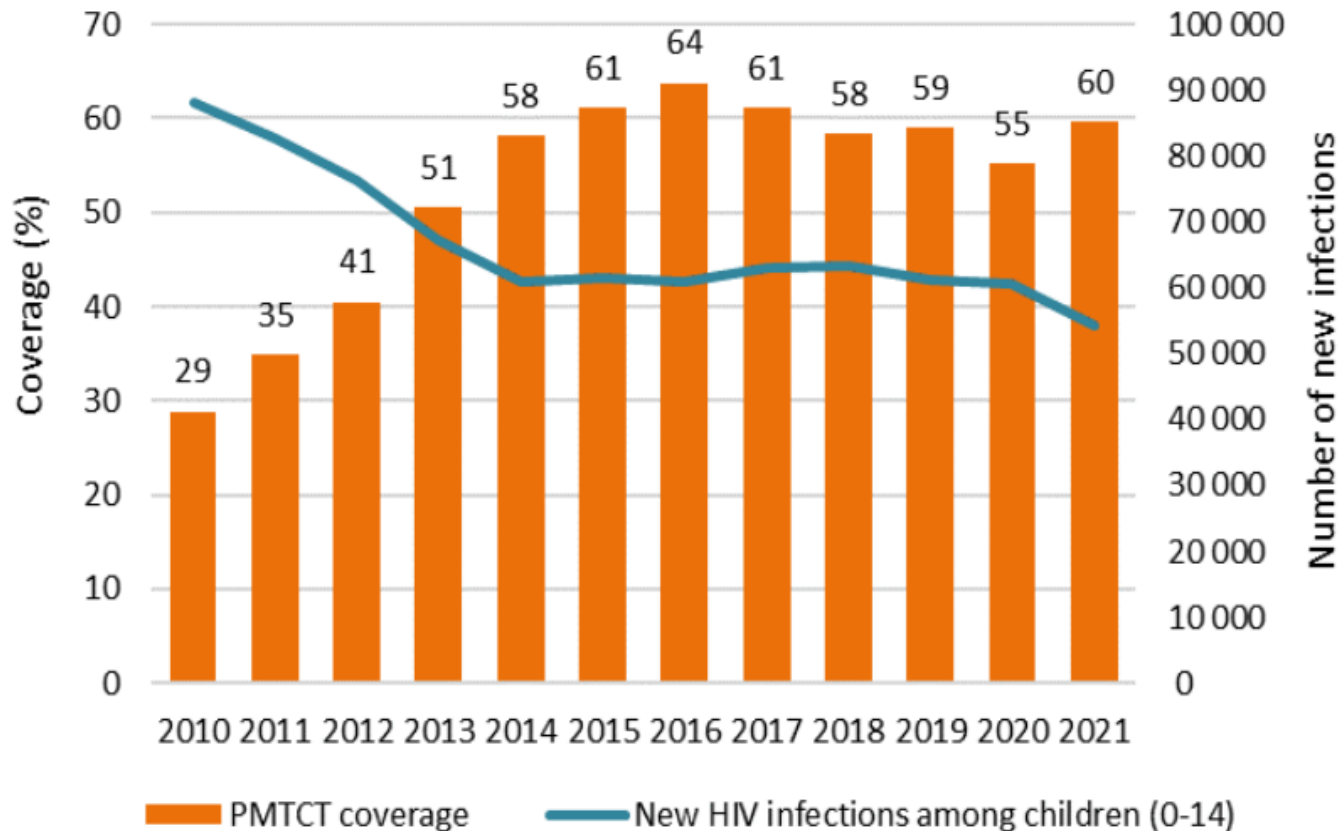


# ETAPES PTME

- Ces différentes étapes sont :
- 1. Présentation à une consultation prénatale (CPN)
- 2. Proposition et acceptation d'un test de dépistage VIH
- 3. Réalisation du prélèvement et du test
- 4. Remise du résultat du test (counseling post-test)
- 5. Conseils aux femmes séronégatives pour qu'elles le demeurent
- 6. Conseils aux femmes séropositives et proposition de traitement préventif de la TME
- 7. Réalisation du traitement PTME
- 8. Suivi des mères après l'accouchement
- 9. Suivi des enfants nés et de la fratrie

# Accès des femmes enceintes aux services PTME et nouvelles infections en

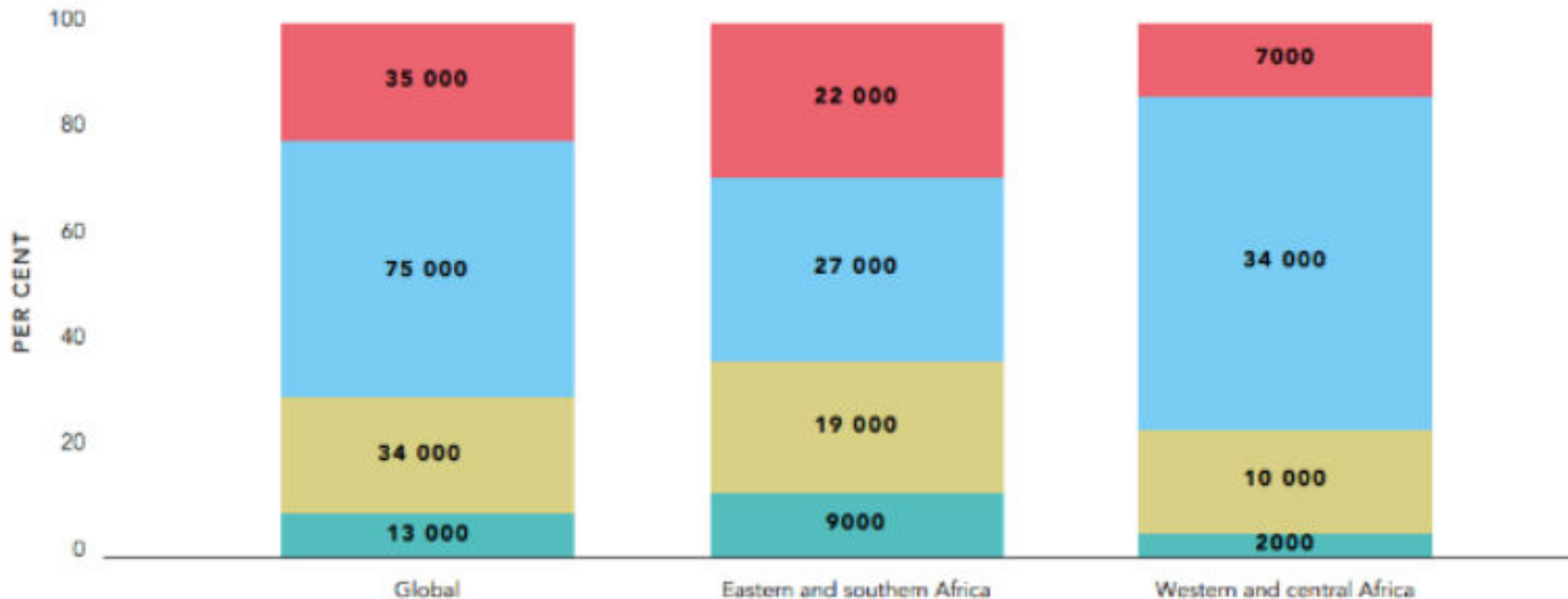
ΔΟΟ 2021



- Réduction de **39%** des nouvelles infections entre 2010 et 2021 (objectif de 90%)

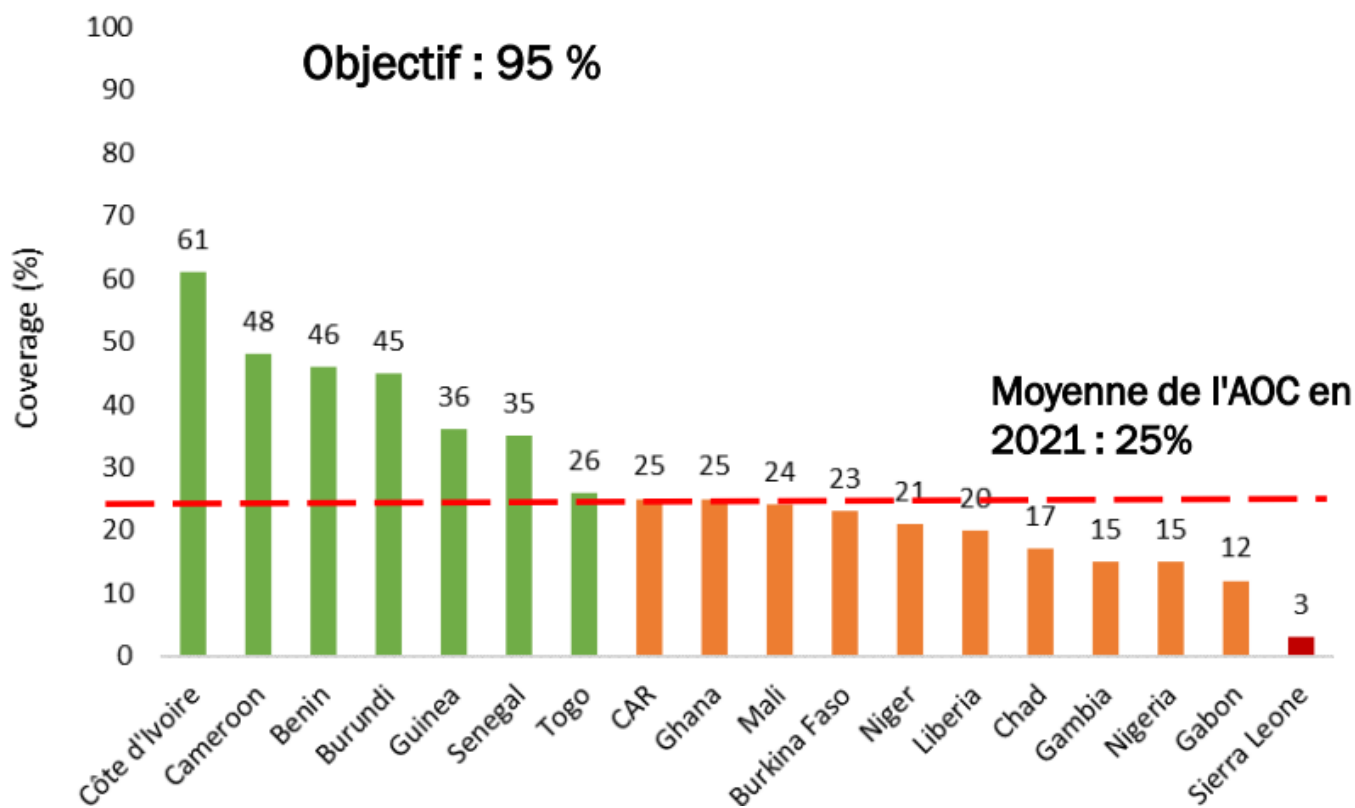
# Nouvelle infection verticale

**FIGURE 2.12** Percentage of new vertical HIV infections by cause of transmission, global and selected regions, 2021



- MOTHER NEWLY INFECTED WITH HIV WHILE PREGNANT OR BREASTFEEDING**
- MOTHER DID NOT RECEIVE ANTIRETROVIRAL THERAPY DURING PREGNANCY OR BREASTFEEDING**
- MOTHER DROPPED OFF ANTIRETROVIRAL THERAPY DURING PREGNANCY OR BREASTFEEDING**
- MOTHER WAS ON ANTIRETROVIRAL THERAPY BUT NOT VIRALLY SUPPRESSED**

# Dépistage précoce chez les enfants



Sept pays dépassent la moyenne régionale de 25%, mais restent bien en dessous de l'objectif de 95%.

Dix pays ont une couverture allant de 12 à 25 %.

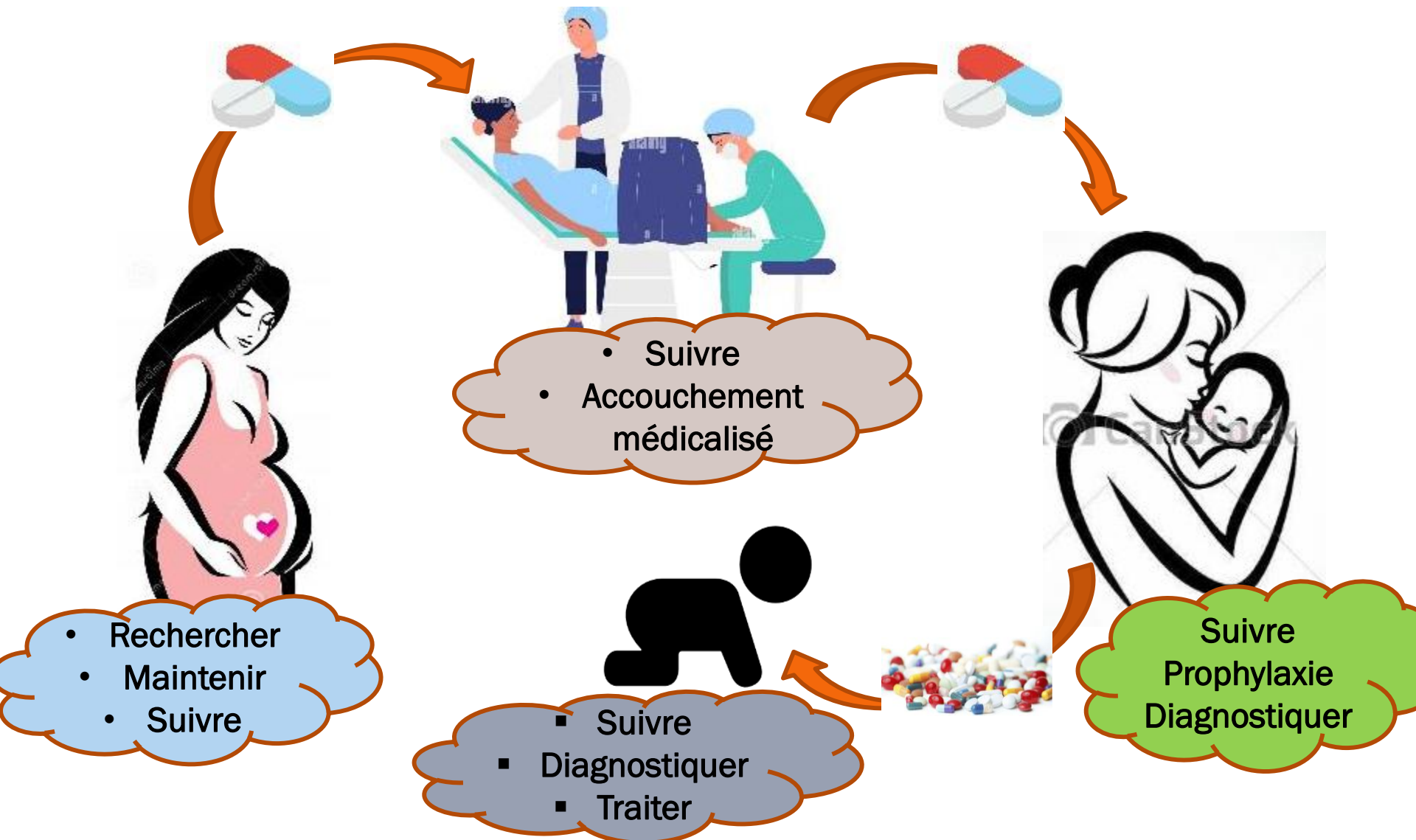
Un pays a une couverture inférieure à 10%.

\* Pas de données pour: DRC, Congo, Guinée Equatoriale, Guinée Bissau, Mauritanie, Cap Vert

# Résumé

- ❑ Bon dépistage des femmes enceintes
- ❑ Faible suivi au cours du dernier trimestre
- ❑ A chaque étape, une partie des femmes sont perdues de vue et, au fur et à mesure que l'on progresse dans l'échelle, le nombre de femmes bénéficiant de ce programme diminue.

# Conclusion PTME



# Conclusion PTME

- ❑ Il faut mettre un accent tout particulier sur les premières étapes (Suivi femme enceinte)
- ❑ Mettre en place des mécanismes de rétention dans les soins
- ❑ Eviter les perdues de vues post-partum
- ❑ Dépistage post partum immédiat # 6 semaines Post Nat

**Considérer que la nécessité de traiter des nouveau-nés infectés est un échec de la prévention, ce qui ne devrait plus exister.**

# PORTE D'ENTREE NON PTME

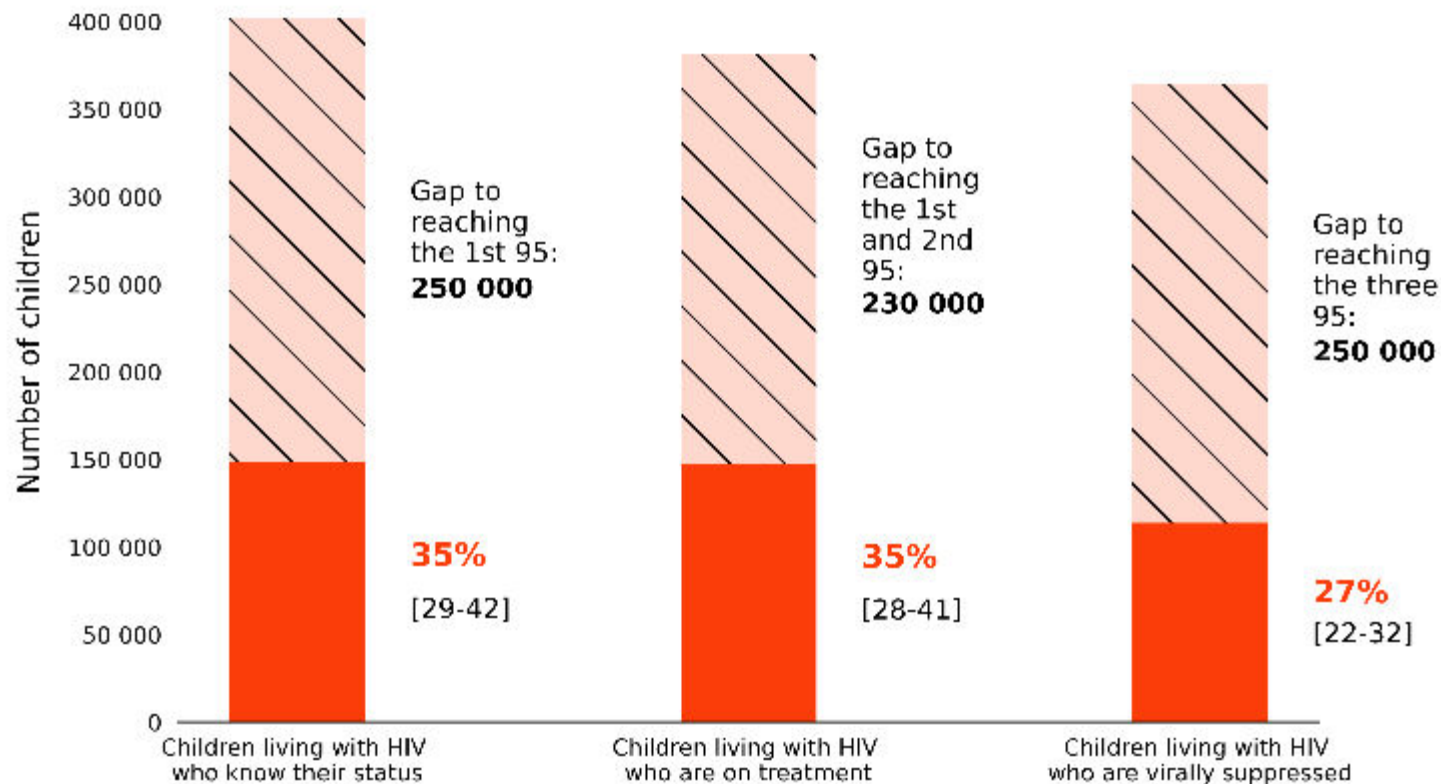
- ❑ Femmes non suivi pendant la grossesse
- ❑ Déni de résultat positif
  
- ❑ Enfant vu en consultation tout venant ( Palu, autres maladies ..... )
  - Quid du dépistage systématique
  - Quid de l'urgence (pas de signe d'appel)/ Counselling
  - Place de la législation ???????



- **ECHEC PTME**
- **Echec du rattrapage non PTME**

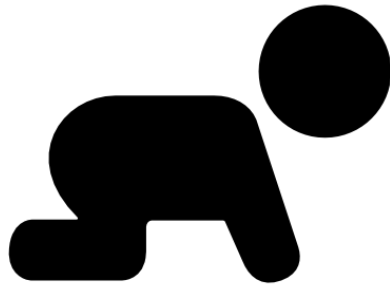
**Enfant vivant avec le VIH**

# C'est quoi le problème

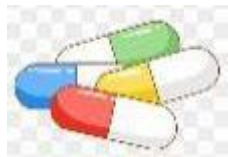


- ***Faible Diagnostic***
- ***Tout diagnostic mis sous traitement***
- ***Faible suppression virologique , donc quid du traitement***

# Quand l'enfant est diagnostiqué



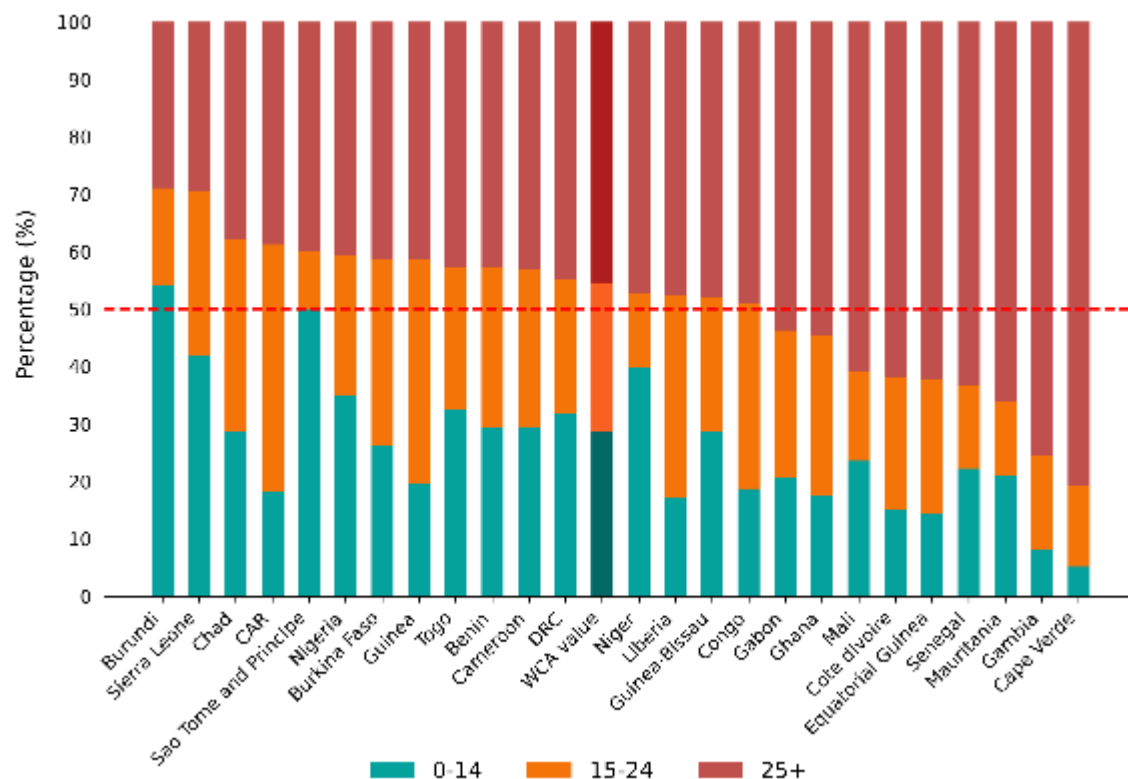
Dolutégravir  
4 en 1



- **Forme Galénique des traitements**
  - **Goûts**
  - **Disponibilité des médicaments**
- 
- **Suivi Biologique ( Disponibilité en permanence du bilan)**
  - **Renforcement thérapeutique à travers la prise en charge nutritionnelle**



# Enfants et ADOS : Nouveaux défis



Dans plus de la moitié des pays (16 sur 25), les **enfants et les jeunes** (groupes d'âge 0-14 et 15-24) représentaient ensemble **plus de 50%** des nouvelles infections en 2021.

Globalement, dans la **région AOC**, les enfants et les jeunes représentaient **55%** des nouvelles infections.

# VIH et Adolescence

- ❑ Problème de traitement résolu ( pas de problème galénique)
- ❑ Annonce de 7 à 12 ans ( retardé)
- ❑ ***Grand problème de suivi***
  - Impact de l'annonce
  - Dénier de la maladie
  - Question de SSR
  - Question de santé mentale , d'estime de soi
  - Lien entre VIH mal suivi et retard de croissance



# PROBLEMES EXOGENES

- ❑ Peu de place accordé au VIH pédiatrique dans les programmes et Plans
- ❑ Peu de ressources disponibles
- ❑ Peu d'acteurs impliqués

# **VIH PEDIATRIQUE :**

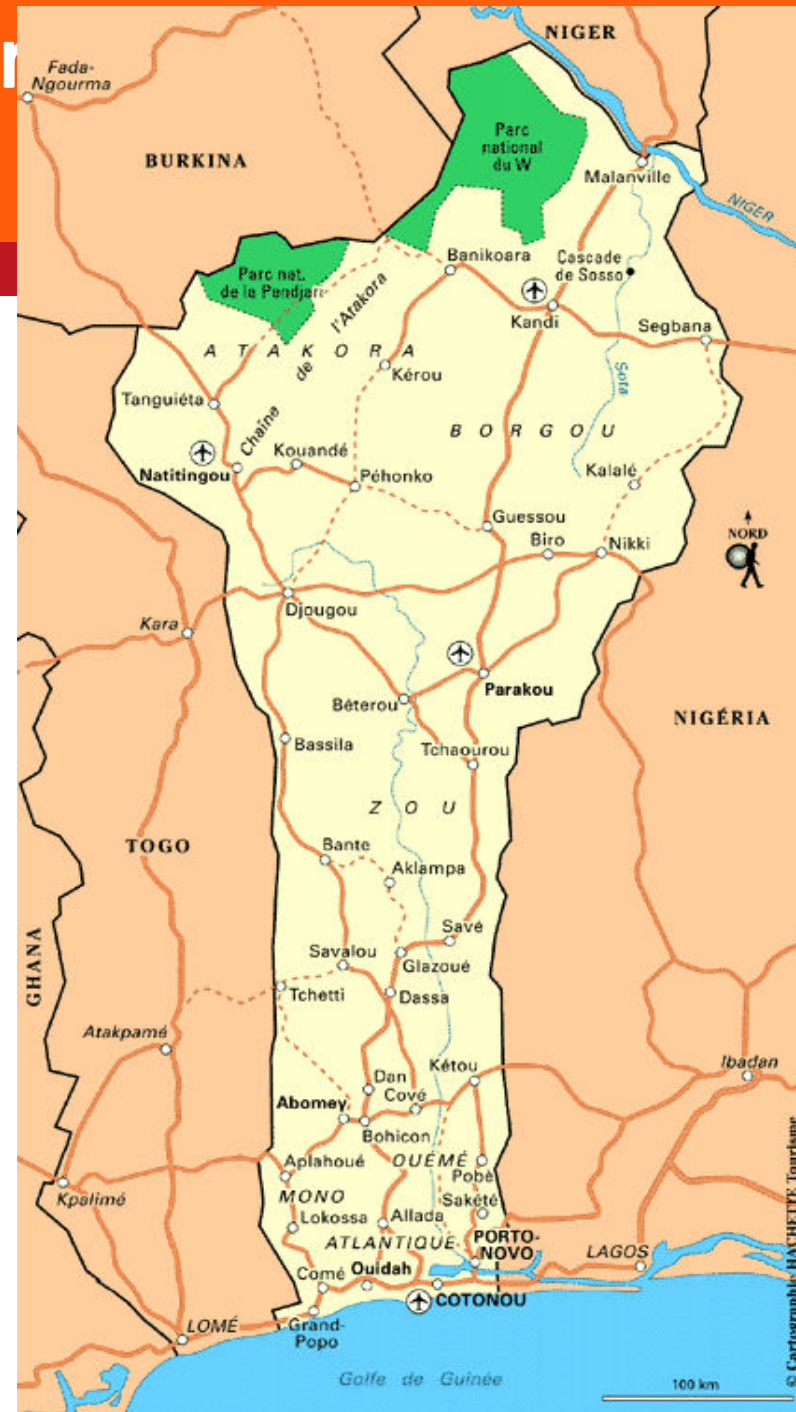
*CAS SPECIFIQUE DU BENIN*



# Introduction

Bénin : pays de l'Afrique de l'ouest

- ❑ Frontières: Togo, Nigéria,
- ❑ Burkina-Faso et le Niger
- ❑ Population : **12 506 347 hbts(2021)**
- ❑ Superficie : **114 763 km<sup>2</sup>**
- ❑ **1<sup>er</sup> cas VIH en 1985** au Bénin  
==> mise en place système de surveillance
- ❑ PEC PVVIH calquée sur le système de santé avec PSLs responsable de la coordination






# Introduction 2/3

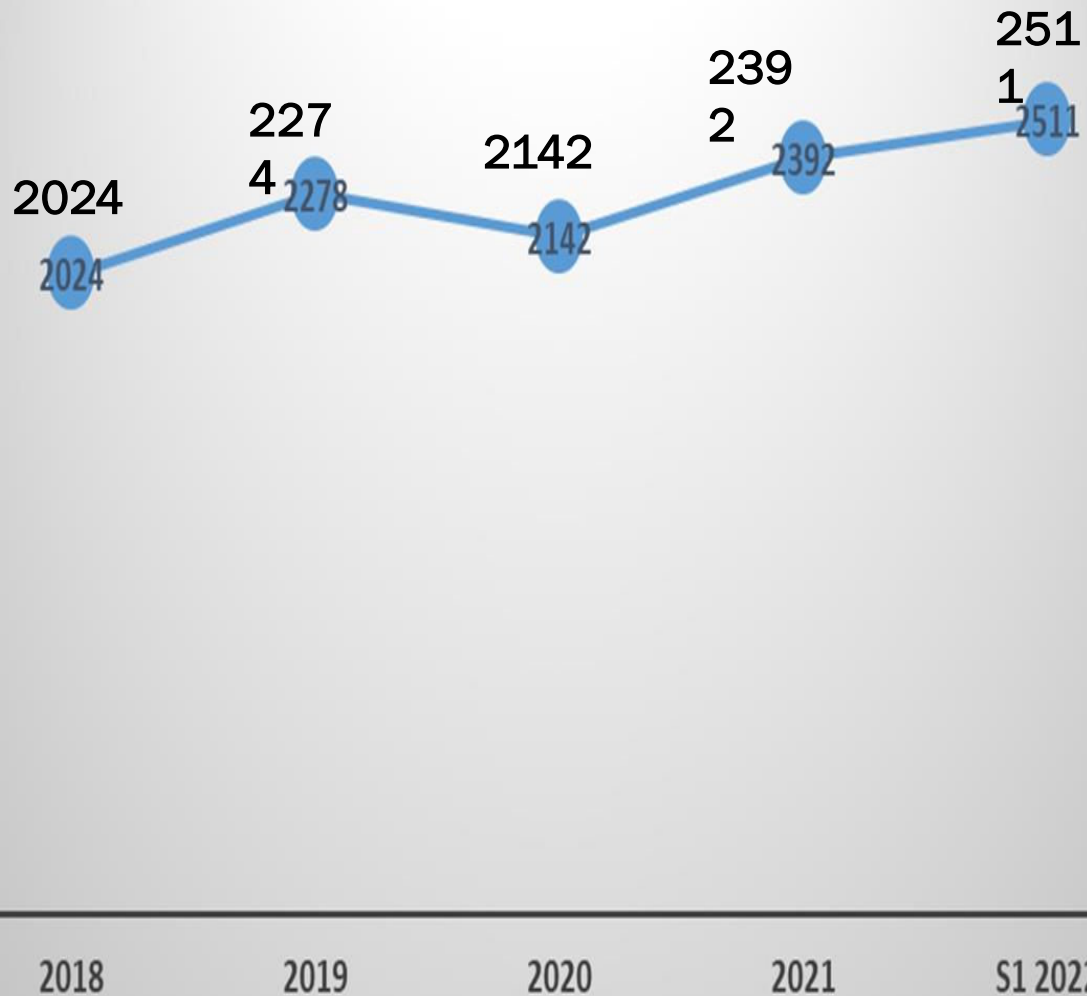
- ❑ **ARV au Bénin: Février 2002** avec trois sites pilotes puis passage à l'échelle
- ❑ **2005 : gratuité de PEC : ARV et bilans ( initiation et suivi)**
- ❑ **Evolution progressive de la PEC des PvVIH en fonction des recommandations OMS ==> Depuis 2015 « test and treat »**
- ❑ **Document de Politique Normes et Procédure de PEC des PVVIH au Bénin (2019): Introduction DTG**

# Introduction 3/3

- ❑ **Prévalence VIH: 1% (Spectrum 2021)**
- ❑ **TME périnatale : 1,8 % (S2/2021) et résiduelle : 3,03% (2019)**
- ❑ **Populations clés:** PS (7,2%,2022), HSH (8%, 2022), CDI (1,8%, 2022) et TG (21,9%, 2021)
- ❑ **Population PVVIH** estimée : **69 000 dont 6 400** enfants (Spectrum 2021)
- ❑ **PEC : FOSA 127 sites dont 90 PECp**
- ❑ **Financements :** BN, FM, UNICEF, OMS, ONUSIDA, CHAI, USAID/PEPFAR , EVA

- 
- ❑ **PECp** : tous les niveaux de pyramide sanitaire,
  - ❑ Acteurs : Pédiatres, médecins généralistes et IDE  
(délégation de tâches )
  - ❑ **Dépistage**: PTME et Hors PTME ( Stratégies différenciées :  
dépistage familial, en consultation, en hospitalisation,  
enfants malnutris.....)
  - ❑ Renforcement capacités des acteurs des sites de PECp ,  
réglette CHAI

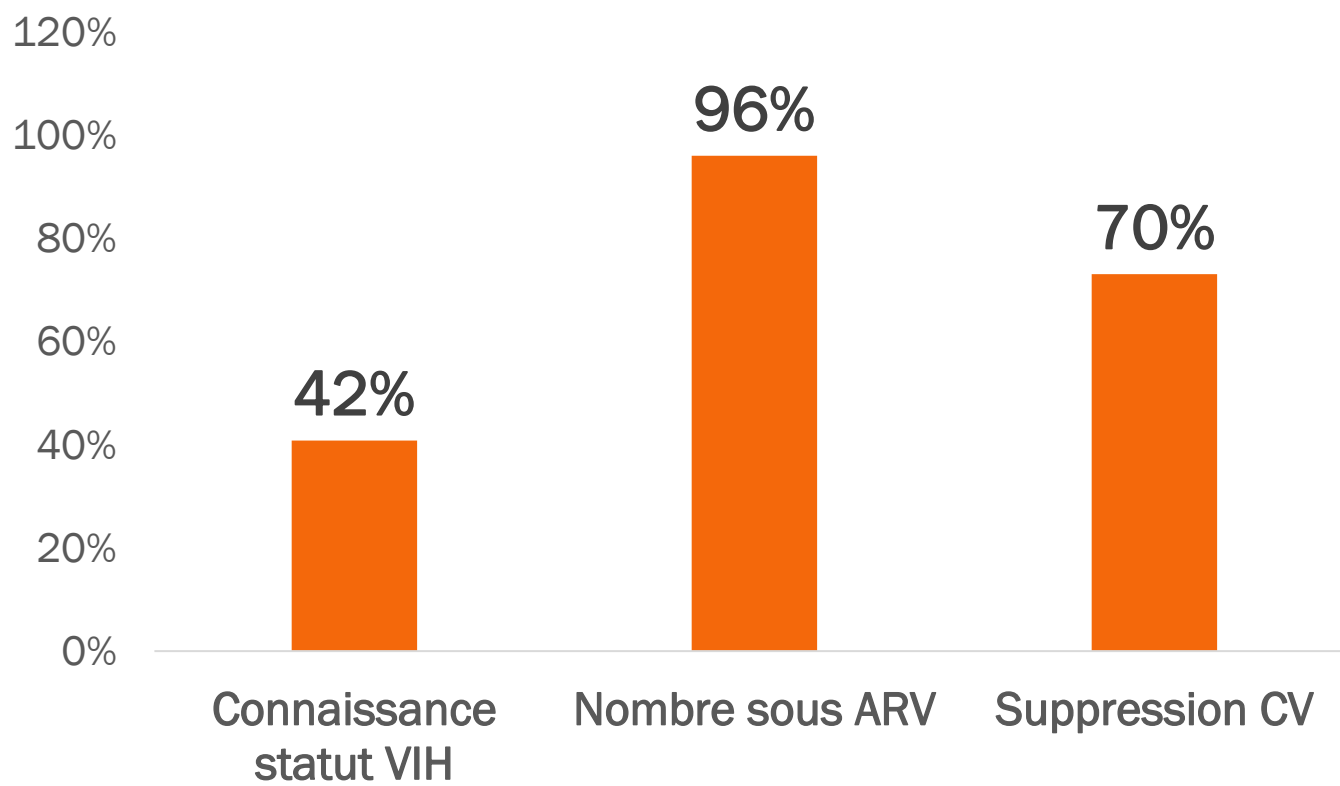
# Evolution de FAp de 2018 à 2022



□ 4% de FA Pays

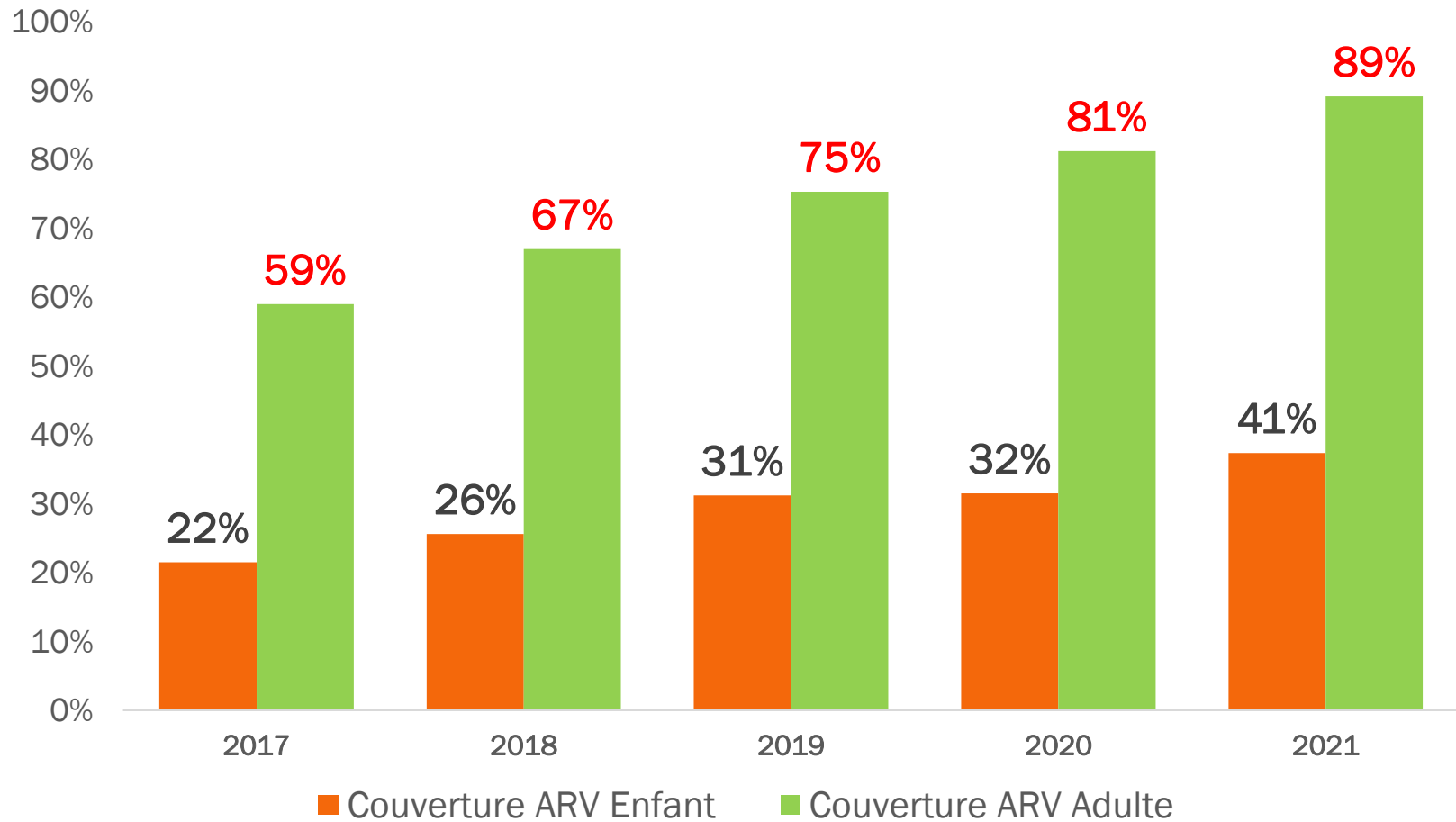
□ 51% de Sexe F

## Cascade des 3X95 en 2021





# Evolution couverture ARV-Benin



# Défis et perspectives PEC Pédiatrique 1/4

## □ Améliorer les 95 95 95 au niveau enfants

- 1<sup>er</sup> 95: Améliorer dépistage avec utilisation de toutes stratégies chez enfants dans services de pédiatrie et centres de santé
  - Dépistage familial
  - Dépistage systématique enfants en consultation, malnutris, hospitalisés.....
  - Dépistage fratrie enfants PvVIH



# Défis et perspectives PEC Pédiatrique 3/4

- Réduire perdus de vue et décès enfants
  - Mettre en œuvre les stratégies du document de rétention du couple mère enfant (SAPA et SAME)
- Harmoniser traitements pédiatriques avec optimisation au DTG
- Assurer passage sécurisé Ados en consultation adultes et dans vie sexuelle (SRAJ)
- Financement groupes de parole, sorties récréatives

# Défis et perspectives PEC Pédiatrique 2/4

- **Améliorer les 95 95 95 au niveau enfants**
  - 3<sup>ème</sup> 95 Améliorer suppression charge virale chez enfants
- Améliorer qualité suivi du TARV (CV, accessibilité au génotypage)
- Garantir accompagnement psychosocial enfants VIH (ETP, groupe de parole, Processus d'annonce.....)

# Défis et perspectives PEC Pédiatrique 3/4

- ❑ Réduire perdus de vue et décès enfants
  - Mettre en œuvre les stratégies du document de rétention du couple mère enfant (SAPA et SAME)
- ❑ Harmoniser traitements pédiatriques avec optimisation au DTG
- ❑ Assurer passage sécurisé Ados en consultation adultes et dans vie sexuelle (SRAJ)
- ❑ Financement groupes de parole, sorties récréatives

- ❑ Assurer disponibilité ARV pédiatriques surtout nouvelles molécules ( DTG 50 et 10)
- ❑ Prophylaxie INH à 100% FAp
- ❑ Améliorer taux de migration vers le DTG

# Conclusion

- ❑ Prise en charge pédiatrique est une réalité au Bénin mais on observe une stagnation de la file active,
- ❑ Encore trop de décès d'enfants et de PDV,
- ❑ Des avancées notables ont été faites mais couverture universelle chez les enfants à moins de 50%
- ❑ Plusieurs défis à relever pour cette PECp avec des volets importants
- ❑ Nécessité action synergique pour combler les gaps et réduire les nouvelles infections et décès d'enfants

# QUE FAIRE

## **MOMENTUM / NOUVELLES DONNES**

- ❑ Les solutions existent au niveau global
- ❑ Doivent être contextualisées
- ❑ Des efforts pour la mise en œuvre réelle

**Votre Effet LEVIER  
est attendu**



MERCI !

# EQUALIZE

WORLD AIDS DAY

1 DECEMBER 2022



Unite to end the inequalities holding back the end of AIDS