



Article Original

L'Accès à la Charge Virale VIH à l'Heure de la Gratuité dans Deux Hôpitaux du District de Santé de la Cité Verte de Yaoundé

Access to HIV Viral Load Testing in a Context of Free Healthcare at Two Hospitals of the Cité Verte Health District

Mbouyap Pretty Rosereine^{2,3}, Ghomsi Tadie Ange Ariane A¹, Mabou Gabriel^{1,4}, Kouanfack Charles^{1,5,6}

Affiliations

1. Faculté de Médecine et des Sciences pharmaceutiques, Université de Dschang, Dschang, Cameroun
2. Faculté de Médecine et des Sciences biomédicales, Université de Yaoundé, Cameroun
3. Service de virologie, Centre Pasteur du Cameroun
4. Clinical Research Education Networking and Consultancy, Yaoundé, Cameroun
5. Centre de Recherche sur les Maladies Émergentes et Ré émergentes, Yaoundé, Cameroun
6. Hôpital du Jour, Yaoundé, Cameroun

Auteur correspondant

Mbouyap Pretty Rosereine ;

Service de virologie, Centre Pasteur du Cameroun, Yaoundé, Cameroun
Tel : 677930255/657134026
Email : mbouyap@pasteur-yaounde.org

Mots clés : Charge virale VIH, gratuité, district de santé de la cité verte

Key Words: HIV viral load, free, Cité Verte health district

Article history

Submitted: 7 March 2025
Revisions requested: 10 March 2025
Accepted: 25 March 2025
Published: 31 March 2025

RÉSUMÉ

Introduction. La charge virale (CV) reste un examen crucial de suivi des personnes vivant avec le VIH (PvVIH) sous traitement antirétroviral (TARV). L'objectif de notre étude était de déterminer les facteurs associés à l'accès à la CVVIH dans le district de santé de la cité verte. **Méthodologie.** Une étude transversale analytique a été menée de Septembre 2023 à Juillet 2024. Étaient inclus les PvVIH sous TARV depuis 06 mois au moins, âgés de plus de 21 ans, ayant donné leur consentement éclairé et suivis de 2020 à 2023. Les données ont été recueillies grâce à un questionnaire et les dossiers des patients. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS 23. **Résultats.** Au total 361 PVVIH ont été inclus. 66,8% étaient des femmes et l'âge moyen de 44,45 ans ($\pm 10,59$). La couverture de charge virale était de 51,8%. Le non-respect des rendez-vous ($aOR=0,05$; 95% CI=0,02-0,13) et une distance du quartier de résidence au lieu de prise en charge de plus de 10 km ($aOR=0,18$; 95% CI=0,08-0,39) étaient des facteurs associés à une faible couverture en CV. Le respect de la fréquence de prescription ($aOR=7,91$; 95% CI=4,94-12,66) et la connaissance de l'importance de cet examen ($aOR=3,21$; 95% CI=1,51-6,84) amélioreraient la couverture en CV. **Conclusion.** La couverture en CV était de 51,8%. Le non-respect des rendez-vous et une distance du quartier de résidence au lieu de prise en charge de plus de 10 km étaient des facteurs associés à une faible couverture.

ABSTRACT

Introduction. Viral load remains a crucial test for monitoring people living with HIV (PLHIV) on antiretroviral therapy (ART). The aim of our study was to determine the factors associated with access to HIV viral load in the Cité Verte health district. **Methodology.** A cross-sectional analytical study was conducted from September 2023 to July 2024. It included PLHIV who had been on ART for at least 6 months, were 21 years of age at least, had given informed consent and were followed up from 2020 to 2023. Data were collected using a questionnaire and patient records. Statistical analyses were performed using SPSS 23 software. **Results.** A total of 361 PLHIV were included. Of these, 66.8% were women and the mean age was 44.45 years (± 10.59). Viral load coverage was 51.8%. Failure to keep appointments ($aOR=0.05$; 95% CI=0.02-0.13) and a distance from the place of residence to the place of care of more than 10 km ($aOR=0.18$; 95% CI=0.08-0.39) were factors associated with a drop in viral load coverage. Compliance with the frequency of recommended prescriptions ($aOR=7.91$; 95% CI=4.94-12.66) and good patient knowledge of the importance of viral load testing ($aOR=3.21$; 95% CI=1.51-6.84) were factors associated with an increase in viral load coverage. **Conclusion.** Viral load coverage in these two hospitals was 51.8%. Failure to keep appointments and a distance of more than 10 km from the place of residence to the place of care were factors associated with sub-optimal coverage.

INTRODUCTION

Le programme commun des nations unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) estime à 85,6 millions, le nombre de PvVIH, posant ainsi des défis majeurs pour la santé mondiale. En Afrique occidentale et centrale, le nombre de PvVIH était estimé à 4,8 millions et le nombre de décès à 120 000 en 2022[1]. Le Cameroun occupe une part de 480000 pour le nombre de PvVIH et 10000 décès [2].

L'ONUSIDA s'est fixé l'objectif 95-95-95 à d'ici 2030 : soit diagnostiquer 95 % des personnes séropositives, fournir un TARV à 95 % des personnes diagnostiquées et obtenir une CV indétectable pour 95 % des personnes traitées [3]. Des stratégies ont été mises en place à savoir l'accès au TARV et son optimisation [4]. Ceci constitue de loin l'intervention la plus efficace car permettra de réduire la transmission de l'infection et éviter un grand nombre de décès [3]. En 2013, l'OMS a recommandé la CV comme approche de suivi privilégié car sert de mesure indirecte du risque de transmission et juge l'efficacité des interventions de prévention [5]. Néanmoins la couverture de celle-ci reste faible dans plusieurs pays à ressources limitées. Une enquête réalisée par l'OMS a révélé que la couverture en CV chez les patients sous TARV dans 94 pays était seulement de 23% en Afrique subsaharienne où résident 70 % des PvVIH [6]. Une étude réalisée au Cameroun en 2017, dans 12 sites décentralisés a montré une faible couverture avec 63,3%, 53,5% et 39,9% à respectivement 12, 24 et 36 mois de l'initiation du TARV. L'un des principaux obstacles mis en évidence était le coût de l'analyse [7].

Ainsi d'après la décision N°0498 D/MINSANTE/SG/CNLS/GTC/SP du 04 avril 2019, plusieurs services ont été rendus gratuits pour tout PvVIH au Cameroun parmi lesquels l'examen de CV [8]. Malgré les différentes interventions mises sur pied, la couverture en CV reste faible[9]. Dans une enquête menée par Sidaction en 2020 dans plusieurs pays dont le Cameroun, Il est ressorti que l'accès à la CV est insuffisant chez les nourrissons et inégalement accessible selon les sites[9]. Afin de déterminer les facteurs entravant l'accès à la CV dans notre contexte nous nous sommes proposés de mener une étude ayant pour objectif de déterminer les facteurs associés à l'accès à la CVVIH à l'heure de la gratuité dans deux hôpitaux du district de santé de la Cité Verte.

MÉTHODOLOGIE

Nous avons mené une étude transversale analytique à l'unité de prise en charge de l'Hôpital de District de la Cité Verte (HDCV) et à l'hôpital de jour de l'Hôpital Central de Yaoundé (HCY) de septembre 2023 à juillet 2024. En ce qui concerne la gestion des CV dans ces formations sanitaires, l'HDCV ne dispose pas d'une plateforme, ainsi les échantillons sont collectés et envoyés dans un laboratoire de référence. L'HCY dispose d'un plateau technique pour la collecte et la réalisation de la CV, cependant les échantillons qui y sont collectés peuvent être également envoyés dans un laboratoire de référence en cas de nécessité

La population d'étude était constituée des PvVIH sous TARV depuis 06 mois au moins, âgés d'au moins 21 ans,

ayant donné leur consentement éclairé et suivis de 2020 à 2023

Nous avons procédé à un échantillonnage systématique. Les données de cette étude ont été collectées à partir de d'un questionnaire spécifique qui était administré au patient concomitamment avec la revue du dossier. Ceci nous a permis de renseigner les variables socio-démographiques telles que l'âge, le sexe, statut matrimonial, cohorte de suivi, le quartier de résidence, Distance quartier-FOSA, lieu de recrutement, Niveau scolaire ; les variables liées à la connaissance de l'examen de charge virale par les participants ; liés à la complétude et à la promptitude de la réalisation de la charge virale et lié au management de la charge virale dans ces formations sanitaires.

Une bonne couverture en CV était définie comme suit [8]:

- Bonne couverture de la CV : pourcentage de patients ayant réalisé toutes leurs CV respectivement à sa durée de rétention sous TARV >62 %
- Faible couverture de la CV : pourcentage ayant réalisé toutes leurs CV respectivement à sa durée de rétention sous TARV ≤ 62 %
- Pour la 1ère mesure de la CV à 06 mois sous TARV : Bonne couverture en CV VIH : pourcentage de patients qui ont réalisés leur première charge virale >70%.
- Pour la 2nde mesure de la CV à 12 mois sous TARV : Bonne couverture en CVVIH : pourcentage de patients qui ont réalisés leur seconde charge virale >63.3%.
- Pour la 3ème mesure de la CV à 24 mois sous TARV : Bonne couverture en CVVIH : pourcentage de patients qui ont réalisés leur troisième charge virale >53.5%

Les données ont été saisies à l'aide d'un masque de saisie conçu à partir du logiciel CS Pro, puis la base a été exportée vers le logiciel statistique SPSS 23.0. Les données ont été décrites en utilisant les moyennes avec écarts types pour les variables continues et les proportions (%) pour les données catégorielles. Le test exact Chi-square a été utilisé pour comparer les proportions. Pour l'analyse bi variée, un modèle de régression de logistique simple a été utilisé pour déterminer les associations entre la variable dépendantes et les variables indépendantes et celles-ci ont été quantifiées en utilisant les odds ratios bruts (OR) avec un intervalle de confiance (IC) à 95 % ainsi que des p value. Les variables jugées associées à des valeurs de p inférieures à 0,05 ont été réexaminées par la suite dans un modèle de régression logistique multi varié. De ce modèle, les associations démontrant des valeurs P inférieures à 0,2 ont été considérées comme statistiquement significatives avec des odd ratio ainsi ajustés.

Considérations éthiques

Le protocole de recherche a reçu des autorisations administratives de l'HCY référence N°137/24/MINSANTE/SG/DHCY/CM/SM et de l'HDCV référence N°050/NS/MINSANTE/DRSPC/DSCN/HDCV. Une clairance éthique du Comité d'Éthique Régionale Pour la Recherche en Santé Humaine de la Région du centre

référence N°0122/CRERSHC/2024 a été obtenue. Les dispositions classiques nécessaires pour garantir la confidentialité des informations ont été prises. Les questionnaires ont été anonymés et toutes les données collectées ont été soigneusement codées.

RÉSULTATS

Sur les 1090 patients venus pour les soins, 710 n'ont pas été inclus. Parmi les 380 éligibles, nous avons enregistré 50 refus soit un taux de non réponse de 4.59% et 39 ont été exclus pour données manquantes. Au total 361 participants ont été inclus soit 91 participants à l'HDCV et 270 participants à l'HCY (Figure 1).

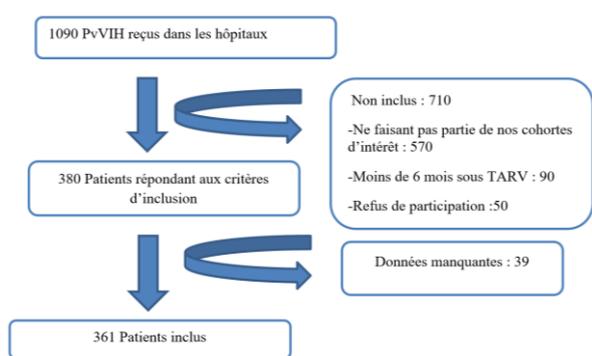


Figure 1 : Diagramme de flux

Des 361 participants inclus, 66.8% étaient des femmes soit un sex ratio de 2,01. L'âge moyen était de 44,45 ($\pm 10,59$) et la tranche d'âge la plus représentée était celle de 40 à 59 ans (59,6%). En ce qui concerne la distance quartier-FOSA, 236 patients provenaient des quartiers situés à moins de 10 km de leur FOSA de prise en charge soit 65,3% et 125 de quartiers situés à plus de 10km de ladite FOSA soit 34,6%. De plus, 134 participants appartenait à la cohorte 2020, 83 à la cohorte 2021, 71 à la cohorte 2022 et 73 à la cohorte 2023 soit respectivement 37,1%, 23%, 19,7% et 20,2% (tableau 1).

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques de participants(N=361)

Caractéristiques	Modalités	N	%
Sexe	Masculin	120	33,2
	Féminin	241	66,8
Distance quartier-FOSA	0-5 Km	116	32,1
	5-10 Km	120	33,2
	+ 10 Km	125	34,6
Lieu de recrutement	HCY	270	74,8
	HDCV	91	25,2
Niveau scolaire	Primaire	88	24,4
	Secondaire	199	55,1
	Supérieur	64	17,7
	Aucun	10	2,8
Age	< 40 ans	114	31,6
	40-59 ans	215	59,6
	≥ 60 ans	32	8,9
Statut matrimonial	Célibataire	164	45,4
	Divorcé	28	7,8
	Mariée	74	20,5
	Veuf	49	13,6
	Concubinage	46	12,7
Cohorte du patient	Cohorte 2020	134	37,1
	Cohorte 2021	83	23,0
	Cohorte 2022	71	19,7
	Cohorte 2023	73	20,2

Sur les 361 participants interrogés, la couverture globale en CV était de 51,8%. Un retard dans la réalisation de la CVa été observée chez 245 participants. En ce qui concerne la complétude de la CV, la première CV a été réalisée par 347/361 patients qui étaient éligibles soit 96,1%, la seconde par 282/324 soit 87,03%, et la troisième par 163/242 soit 45,2%. Concernant la promptitude, 247/361(68,40%) ; 118/321(36,76%) ; 74/242 (30,57%) ont réalisé respectivement la première, la deuxième et la troisième CV dans les délais (tableau 2).

Tableau II : Couverture et promptitude de la charge virale(N=361)

	Modalités	N	%
Réalisation de toutes les CV par le patient	Oui	187	51,8
	Non	174	48,2
Respect de la promptitude dans la réalisation des CV	Oui	116	32,1
	Non	245	67,9
Complétude de la première CV	Oui	347	96,1
	Non	14	3,9
Promptitude de la première CV	Oui	247	68,4
	Non	114	31,6

Tableau II (suite): Couverture et promptitude de la charge virale(N=361)

Complétude de la deuxième CV	Oui	282	87,03
	Non	42	12,96
	Inéligible	37	10,2
Promptitude de la deuxième CV	Oui	118	36,76
	Non	203	63,23
	Inéligible	40	11,1
Complétude de la Troisième CV	Oui	163	67,35
	Non	79	32,64
	Inéligible	119	32,96
Promptitude de la Troisième CV	Oui	74	30,57
	Non	168	69,42
	Inéligible	119	32,96

En ce qui concerne le niveau de connaissance globale en CV. Ainsi 188/361 (52,10%) participants connaissaient l'importance de l'examen pour le suivi du traitement. La fréquence de réalisation de l'examen étaient connus par 149/361 (41,3%) participants. De plus, nous avons évalué la connaissance de la gratuité de l'examen, il en ressort que 359/361(99,4%) des participants sont informés de la gratuité de l'examen de charge virale.

Tableau III : Niveau de connaissance globale de la charge virale(N=361)

	Bon niveau de connaissance	
	Effectif de bonne réponse	%
Importance de l'examen pour le suivi du traitement	188	52,1
Fréquence de réalisation de l'examen	149	41,3
Gratuité de l'examen	359	99,4

En ce qui concerne la gestion des CV dans ces formations sanitaires, il faut noter que l'HDCV ne possède pas des équipements pour la réalisation de la CV, ainsi les échantillons sont collectés et envoyés dans un laboratoire de référence.

L'efficacité du service de CV a été évaluée à partir du délai de rendu des résultats du laboratoire à la formation sanitaire et la durée moyenne de réception des échantillons par le laboratoire. Sur les 361 dossiers

étudiés, dans 209/361(57,9%) des cas le délai de rendu des résultats au service de prise en charge ou FOSA était de plus d'un mois. Par ailleurs la durée moyenne de réception des échantillons au niveau du laboratoire était supérieure à 07 jours chez 133/361(36,8%) des participants.

Tableau IV : Évaluation de l'efficacité du service de charge virale

Variables	Modalités	%
Délai de rendu de résultat à la FOSA	>01 mois	57,9
	≤01 mois	32,1
Durée moyenne pour la réception des échantillons au laboratoire	> 07 jours	36,8
	≤ 07 jours	53,2

Les tableaux ci-dessous présente les associations entre les caractéristiques socio démographiques et cliniques et la couverture en CV. Il est noté que le fait de manquer ses rendez-vous (aOR=0.05 [0.02-0.13]) et le fait d'avoir une distance de son quartier de résidence à la FOSA de prise en charge de plus de 10 Km (aOR=0.18 [0.08-0.39]) étaient significativement associés à une mauvaise couverture en CV. Par ailleurs le respect de la fréquence des prescriptions (aOR=7.91 [4.94-12.66]) et une bonne connaissance de l'importance de l'examen de la CV (aOR=3.21 [1.51-6.84]) étaient des facteurs qui pourraient améliorer la couverture de la CV.

Tableau I: Association entre les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et la couverture de charge virale

Caractéristiques	Modalités	Réalisation de toutes les charges virales		Khi deux	P value
		Oui n(%)	Non n(%)		
Sexe	Masculin	51 (42.5)	69 (57.5)	6.23	0.013
	Féminin	136 (56.4)	105 (46.3)		
Tranche d'âge	Moins de 40 ans	50 (26.7)	64 (36.8)	4.217	0.121
	40-59 ans	119 (63.6)	96 (55.2)		
	60 ans et plus	18 (9.6)	14 (8.0)		
Niveau scolaire	Primaire	47(25.1)	41 (23.6)	0.651	0.885
	Secondaire	103 (55.1)	96(55.2)		
	Supérieure	33 (17.6)	31(17.8)		
	Aucun	4 (2.1)	6 (3.4)		

Tableau II(suite): Association entre les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et la couverture de charge virale

Caractéristiques	Modalités	Réalisation de toutes les charges virales		Khi deux	P value
Statut matrimonial	Célibataire	71 (38.0)	93(53.4)	10.127	0.038
	Divorcée	18 (9.6)	10 (5.7)		
	Mariée	46 (24.6)	28 (16.1)		
	Veuf (veuve)	26 (13.9)	23 (13.2)		
	Concubinage	26 (13.9)	20 (11.5)		
Distance quartier-FOSA	Moins de 5 Km	89 (47.6)	27 (15.5)	46.712	<0.001
	5-10 Km	56 (29.9)	64 (36.8)		
	Plus de 10 Km	42 (22.5)	83(47.7)		
Présence de rendez-vous manqués	Oui	76 (40.6)	163 (59.4)	113.35	<0.001
	Non	111 (93.7)	11 (6.3)		
Le respect de la fréquence des prescriptions	Oui	135 (72.2)	43 (24.7)	81.992	<0.001
	Non	52 (27.8)	131 (75.3)		
Vécu de discrimination	Oui	24 (14.2)	48 (32.0)	12.285	<0.001
	Non	145 (85.8)	102 (68.0)		
La révélation du statut	Oui	167 (89.3)	150 (86.2)	0.808	0.369
	Non	20 (10.7)	24 (13.8)		
Connaissance de l'importance de la CV	Bonne réponse	137(73.1)	50 (28.7)	72.241	<0.001
	Mauvaise réponse	50 (26.7)	122(70.1)		
Connaissance sur les délais de réalisation de l'examen	Bonne réponse	111(59.4%)	38 (21.8)	53.385	<0.001
	Mauvaise réponse	76 (40.6)	134 (77.0)		

Tableau VI : Régression logistique et facteurs associés à la couverture de charge virale observée

	Modalités	cOR[IC à 95%]	P value	aOR[IC à 95%]	P value
Sexe	Masculin	0.57 [0.37-0.89]	0.13	-	-
	Féminin				
Le respect de la fréquence des prescriptions	Oui	7.91 [4.94-12.66]	<0.001	3.81 [1.87-7.86]	<0.001
	Non			1	
Vécu de discrimination	Oui	0.35 [0.20-0.61]	<0.001	0.56 [0.23-1.37]	0.21
	Non			1	
Présence de rendez-vous manqués	Oui	0.05 [0.02-0.09]	<0.001	0.05 [0.02-0.13]	<0.001
	Non			1	
Connaissance de l'importance de l'examen	Bonne réponse	6.87[4.32-10.92]	<0.001	3.21 [1.51-6.84]	<0.001
	Mauvaise réponse			1	
Connaissance des délais de réalisation	Bonne réponse	5.15 [3.24-8.19]	<0.001	0.98 [0.43-2.25]	0.97
	Mauvaise réponse			1	
	Célibataire	1.7 [0.88-3.29]	0.11	-	-
Statut matrimonial	Divorcée	0.72 [0.27-1.9]	0.51	-	-
	Concubinage	0.79 [0.37-1.67]	0.54	-	-
	Veuf	1.15 [0.51-2.58]	0.74	-	-
	Mariée	1		1	
Distance quartier FOSA	Plus de 10 Km	0.15 [0.09-0.27]	<0.001	0.18 [0.08-0.39]	<0.001
	5-10 km	0.58 [0.35-0.97]	0.04	0.55 [0.27-1.14]	0.11
	Moins de 5 Km	1		1	

DISCUSSION

La CV ayant été rendue gratuite depuis le début de l'an 2020[8], l'on s'attendrait à un rebond de la couverture de celle-ci. Le monitoring de la CV est réalisé chaque année par le comité national de lutte contre le SIDA. La couverture en CV estimée dans cette étude était de 51,8%. Celle-ci est inférieure à celle retrouvée par le CNLS pour le compte de l'année 2022 qui était de 62,4% [10]. Une autre étude réalisée dans différents pays en Afrique subsaharienne en 2018 à savoir Côte d'Ivoire, Kenya et en Ouganda avait retrouvé une couverture en charge virale de

60,7%, 85,8 % et 48,8% respectivement [11]. Ceci montre la faible couverture en CV dans ces deux hôpitaux du district de santé de la cité verte malgré la gratuité mise en place. Néanmoins il faudrait tenir compte du fait que nous avons seulement inclus deux structures de prise en charge dans notre étude pourtant le monitoring fait par le CNLS a été réalisé sur l'ensemble du territoire national. Aussi dans cette étude menée dans ces différents pays d'Afrique la couverture de la charge virale était définie comme le pourcentage des patients ayant réalisé au moins une CV au cours de leur suivi. Cependant dans l'étude réalisée par Serges Billong et al en 2017, la couverture en CV dans la

région du Centre était de 27% [12]. Taeib et al avait retrouvé un taux de couverture de CV de 63,3%, 53,5% et 39,9% à 12, 24 et 36 mois de l'initiation du TARV respectivement [7]. Cependant dans notre étude le taux de couverture était de 96,1%, 87,03%, 67,35% à 12, 24 et 36 mois de l'initiation du TARV respectivement. Ces différences observées entre ces études pourraient s'expliquer par l'obstacle financier mis en exergue dans l'étude dû à non gratuité de l'examen de charge virale durant ces périodes où les études avaient été réalisées.

Les facteurs associés à la couverture en CV trouvés dans notre étude étaient le fait de manquer les rendez-vous, une distance de son quartier de résidence à la FOSA de prise en charge de plus de 10 Km, le respect de la fréquence de prescriptions recommandée et une bonne connaissance de l'importance de l'examen de la CV. Concernant ceux-ci, une étude menée en Afrique du sud a révélé que les challenges financiers que rencontrent les patients sont une barrière à la rétention pour la prise en charge VIH car ceux-ci n'ont pas suffisamment de moyens pour se rendre à leur clinique [13]. Ces résultats nous montrent qu'il est impératif de trouver des stratégies afin que les services de santé puissent se rapprocher davantage de la population pour la dispensation des soins de santé non seulement pour la réalisation de la CV mais aussi pour d'autres prestations de soins. Aussi il serait judicieux d'équiper les laboratoires des plateaux techniques, en réactifs et en intrants nécessaires pour la réalisation de la CV dans la même formation sanitaire où le malade est suivi. Ceci pourrait réduire les délais prolongés de rendu des résultats qui sont souvent dus aux ruptures de stock en réactif, et la logistique de transport de ces échantillons. Par ailleurs une étude d'Albert Frank Zeh et al publié en 2020 a renseigné la rupture de tous les stocks de réactifs comme étant un facteur essentiel à la faiblesse de la surveillance virologique au Cameroun [14]. D'autre part il n'a pas fait abstraction de mentionner le manque de connaissance, une pénurie du personnel, une faiblesse des systèmes de transport tel que découvert dans notre étude comme étant des obstacles aux soins liés au VIH [15]. Une autre étude réalisée en Grèce avait ressorti des résultats semblables aux nôtres [16].

Nos résultats montrent l'importance de développer des stratégies de sensibilisation non seulement des PvVIH sur l'importance de l'examen de CV et l'importance du respect des rendez-vous mais également la population en générale sur la stigmatisation des PvVIH. Ces mesures permettraient le suivi rapproché et le monitoring de la réponse virologique afin de prévenir les échecs thérapeutiques et la survenue de la résistance aux ARV. Dans une étude qualitative au Venezuela réalisée sur des migrants a montré que la stigmatisation de ceux-ci par rapport à la maladie constituait un obstacle essentiel à la poursuite des soins liés au VIH [17].

CONCLUSION

Le Cameroun en vue de s'aligner aux objectifs 95-95-95 de l'ONUSIDA et de favoriser la bonne prise en charge des PvVIH a émis quelques réformes notamment la

gratuité de l'examen de charge virale. Cependant la couverture en charge virale reste faible et est de 51,8%. Des facteurs tels que la présence de rendez-vous manqués, une distance du quartier de résidence à la FOSA de plus de 10 Km pourraient réduire de la couverture en charge virale tandis que le respect de la fréquence de prescription et une bonne connaissance de l'importance de l'examen pourrait l'améliorer. Il serait urgent de répondre à ses besoins identifiés en rapprochant les services de santé de la population et en renforçant le plateau technique de nos formations sanitaires.

DÉCLARATIONS

Remerciements

Nous tenons à remercier la direction de l'HCY et de l'HDCV pour nous avoir autorisé à mener cette étude dans leurs établissements, ainsi que tout le personnel du service Hôpital du jour de l'HCY et de l'unité de prise en charge de l'HDCV et enfin tous les participants à cette étude

Conflit d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

Contributions des auteurs

KC et MPR ont largement contribué à la conception de l'étude. GTAA, MPR MB à la rédaction du manuscrit, à l'analyse et à l'interprétation des données des patients. La révision du manuscrit a été principalement faite par KC et MPR. Tous les auteurs ont lu et approuvé le manuscrit final.

Financements

Aucun financement.

RÉFÉRENCES

- UNAIDS_FactSheet_fr.pdf [Internet]. [Cité 6 sept 2023]. Disponible sur : https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_fr.pdf
- Cameroun [Internet]. [Cité 7 sept 2023]. Disponible sur : <https://www.unaids.org/fr/regionscountries/countries/cameroun>
- VIH/SIDA [Internet]. 2022 [cité 16 sept 2023]. Disponible sur : <https://epicentre.msf.org/nos-concretisations/vihsida>
- WHO-HIV-2017.22-fre.pdf [Internet]. [Cité 29 août 2023]. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255894/WHO-HIV-2017.22-fre.pdf>
- Organisation mondiale de la Santé. Des tests de diagnostic moléculaire de l'infection à VIH destinés à améliorer l'accès à la mesure de la charge virale et au diagnostic du VIH chez le nourrisson [Internet]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 [cité 7 sept 2023]. 44 p. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331805>
- 9789241507905_eng.pdf [Internet]. [Cité 28 sept 2023]. Disponible sur : https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/147213/9789241507905_eng.pdf?sequence=1.
- Taieb F. Accès à la charge virale pour les patients infectés par le VIH sous traitement antiretroviral, en zone décentralisée des pays à niveau de ressources faible ou modéré.
- MINSANTE/SG/DPML Cameroun - Décision fixant les modalités d'accès et de suivi des populations aux services de Dépistage et Prise en charge du VIH [Internet]. [Cité 29

- août 2023]. Disponible sur : <https://dpml.cm/index.php/fr/s-informer/actualite/annee-2019/406-decision-fixant-les-modalites-d-acces-et-de-suivi-des-populations-aux-services-de-depistage-et-prise-en-charge-du-vih>
9. Langlois J, Masson D. aux associations africaines partenaires de Sidaction et membres du réseau Grandir Ensemble ayant participé aux enquêtes entre 2008 et 2020. RAPPORT CNLS 2022.
 11. Fonjungo PN, Lecher S, Zeh C, Rottinghaus E, Chun H, Adje-Toure C, et al. Progress in scale up of HIV viral load testing in select sub-Saharan African countries 2016-2018. *PLoS One*. 2023;18(3): e0282652.
 12. Billong SC, Fokam J, Penda CI, Mvilongo EA, Fodjo R, Messeh A, et al. [National profile of early warning indicators of HIV pharmaco-resistance in Cameroon]. *Pan Afr Med J*. 2020; 37:374.
 13. Hannaford A, Moll AP, Madondo T, Khoza B, Sheno SV. Mobility and structural barriers in rural South Africa contribute to loss to follow up from HIV care. *AIDS Care*. nov 2021;33(11):1436-44.
 14. Meka AFZ, Billong SC, Diallo I, Tientore OW, Bongwong B, Nguetack-Tsague G. Challenges and barriers to HIV service uptake and delivery along the HIV care cascade in Cameroon. *Pan Afr Med J*. 27 mai 2020; 36:37.
 15. Ondoa P, Kim AA, Boender TS, Zhang G, Kroeze S, Wiener J, et al. Access to HIV Viral Load Testing and Antiretroviral Therapy Switch Practices: A Multicountry Prospective Cohort Study in Sub-Saharan Africa. *AIDS Res Hum Retroviruses*. nov 2020;36(11):918-26.
 16. Souliotis K, Tsiakalakis G, Golna C, Sifaki-Pistolla D, Dedes N, Lazanas M. Access of People Living with HIV to Testing Services in Greece: A Challenge for Equity in Care. *Int J Environ Res Public Health*. 2 nov 2022;19(21):14353.
 17. Correa-Salazar C, Amon JJ, Page K, Groves AK, Bilal U, Vera A, et al. Barriers and facilitators to HIV prevention and care for Venezuelan migrant/refugee women and girls in Colombia. *J Migr Health*. 10 nov 2023 ;8 :100206.