



DRAFT RAPPORT DE PROGRES N°9



VERS L'ELIMINATION DE LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MERE A L'ENFANT A L'HORIZON 2015

ANNEE 2014

Table des matières

LISTE DES TABLEAUX ET DES GRAPHIQUES	3
Tableaux :	3
Graphiques :	3
LISTE DES ABBREVIATIONS	4
INTRODUCTION	5
A. MISE EN ŒUVRE DE LA PTME.....	6
B. OFFRE DES SERVICES PTME AUX FEMMES ENCEINTES	8
1. Fréquentation de la consultation prénatale (CPN)	8
2. Dépistage du VIH chez les femmes enceintes:.....	9
3. Taux de séropositivité du VIH chez les femmes enceintes :.....	11
4. Taux de séroconversion des femmes enceintes :.....	13
5. Le dépistage du VIH chez les partenaires masculins des femmes enceintes.....	14
6. Offre du bilan d'orientation CD4 aux femmes enceintes séropositives.....	17
7. Couverture en ARV des femmes enceintes séropositives.....	18
8. Offre du Cotrimoxazole prophylactique aux femmes enceintes séropositives	19
9. TAUX D'ACCOUCHEMENT DES FEMMES VIH+ DANS LES FOSA.....	21
C. OFFRE DES SERVICES DE PTME AUX ENFANTS EXPOSES.....	21
1. Couverture en ARV prophylactiques chez les enfants exposés :	22
2. Couverture en cotrimoxazole chez les enfants exposés :	23
3. Diagnostic précoce du VIH chez les enfants exposés.....	24
4. Taux de positivité de la PCR à 6 semaines :.....	24
5. Le dépistage du VIH entre 9 et 18 mois après la naissance	26
6. Prise en charge pédiatrique du VIH.....	26
D. EVALUATION DE LA QUALITE DES DONNEES ET DES SERVICES : mettre à la fin apres la mobcom	
Erreur ! Signet non défini.	
1. Complétude des données par région	Erreur ! Signet non défini.
2. Evaluation de la qualité des données et des services :	Erreur ! Signet non défini.
3. Leçons apprises :	Erreur ! Signet non défini.
E. Mobilisation communautaire en PTME.....	29
F. DEFIS MAJEURS A LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME DE PTME.....	33
1. Renforcement de la coordination à tous les niveaux :.....	33
2. Amélioration du système d'approvisionnement et de distribution des intrants:.....	33
3. Renforcement du système de supervision:.....	33
4. Disponibilité des outils intégrés de collecte des données	34
5. Améliorer le système de transport des échantillons DBS et le rendu des résultats de PCR	34

6. Renforcement de la mobilisation communautaire.	34
G. PERSPECTIVES.....	34
H. COORDINATION ET PARTENARIAT	35
CONCLUSION	36
ANNEXES :.....	37
ANNEXE 1 : indicateurs intégrés SMNI/PF/PTME de suivi du plan mondial e-TME.....	37
ANNEXE 2 : Liste des indicateurs du programme intégré SMNI/PTME à collecter mensuellement dans les FOSA.....	40

LISTE DES TABLEAUX ET DES GRAPHIQUES

Tableaux :

Tableau 1: Taux de fréquentation de la CPN1	9
Tableau 2: Taux de positivité et de retrait des résultats du test de dépistage du VIH chez les femmes enceintes par région	10
Tableau 3: Couverture en CD4 pour les femmes enceintes séropositives en 2014	18
Tableau 4: Couverture en ARV pour les femmes enceintes séropositives en 2014	19
Tableau 5: Couverture en Cotrimoxazole pour les femmes enceintes VIH+ en 2014	20
Tableau 6: Couverture en ARV prophylactiques chez les enfants exposés en 2014	22
Tableau 7: Couverture en CTX pour les enfants exposés par région en 2014	23
Tableau 8: Couverture en PCR1 des enfants nés de mères séropositives en 2014	25
Tableau 9: Sites de PECP et File active des enfants sous TARV en 2014	27
Tableau 10; Couverture en traitement ARV pédiatrique par région	28
Tableau 11: Répartition du taux de complétude des rapports PTME 2014	Erreur ! Signet non défini.
Tableau 12: Nombre d'ARC et VC, nombre de radios communautaires par zones d'intervention de CARE	30

Graphiques :

Figure 1: Carte sanitaire de la PTME	7
Figure 2: Cascade régionale des FEC reçues en CPN1, dépistées, testées VIH+ et ayant retiré les résultats	11
Figure 3: Taux de séropositivité du VIH chez les femmes enceintes en 2014 par région ..	12
Figure 5: Evolution du taux de séropositivité du VIH chez les FEC de 2006 à 2014	13
Figure 6: Taux de séroconversion au VIH dans 04 régions	14
Figure 7: Dépistage du VIH des partenaires en fonction du nombre de femmes enceintes reçues en CPN1	15
Figure 6: Taux de positivité VIH des partenaires masculins des femmes enceintes reçues	16
Figure 7: Répartition de la séropositivité par rapport au nombre de partenaires masculins testés selon les régions	17
Figure 8: Taux d'accouchement dans les FOSA par région	21
Figure 9: cascade nationale des enfants exposés	26
Figure 10: Evolution de la file active des enfants de 2003 à 2014	27

LISTE DES ABBREVIATIONS

ARV	Antirétroviral
CARMMA	Campagne pour l'Accélération de Réduction de la Mortalité Maternelle en
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CIRCB	Centre International de Recherche Chantal Biya
CNLS	Comité National de Lutte contre le Sida
CPN	Consultations Périnatales
CPN1	Première Consultation Périnatale
DBS	Dry Blood Spots
DLM	Direction de Lutte Contre la Maladie
e-TME	Elimination de la Transmission Mère Enfants
FEC	Femme enceinte
FOSA	Formation Sanitaire
MINPROFF	Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille
MIO	Médicaments des Infections Opportunistes
ND	Non Disponible
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations Unies
PECP	Prise en Charge Pédiatrique
PEV	Programme Elargi de Vaccinations
PSN 2011-2015	Plan Stratégique National de lutte contre le Sida 2011-2015
PTME	Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
RSC	Renforcement du système communautaire
RSS	Renforcement du système de santé
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SMNI	Santé Maternelle Néonatale et Infantile
SR	Santé de Reproduction
TARV	Traitement Anti rétroviral
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organisation
UNGASS	United Nations General Assembly Special Session on HIV and AIDs
VIH	Virus de l'immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

En Afrique, l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est l'une des causes fréquentes de la morbi-mortalité chez le nourrisson et l'enfant. Selon les estimations de l'ONUSIDA, 390 000 enfants ont été nouvellement infectés par le VIH dans le monde en 2010 et 90% d'entre eux vivent en Afrique subsaharienne. La prévalence élevée de l'infection à VIH chez l'enfant découle du taux élevé de l'infection à VIH chez les femmes en âge de procréer et de la persistance de la transmission du VIH de la mère à l'enfant en Afrique. Le défi est d'assurer une prise en charge d'une maladie chronique chez les femmes enceintes séropositives et de prendre en charge son enfant dès la naissance et de le suivre dans le temps en tenant compte de différentes phases du développement de l'enfant dans son contexte familial. La transmission materno-fœtale est estimée à moins de 2% dans les pays du Nord alors qu'il reste encore très élevé dans les pays de l'Afrique sub-saharienne.

Le Cameroun, pays en situation d'épidémie généralisée a une prévalence du VIH de 4,3 % dans sa population générale (EDS IV). Le taux de transmission mère enfant du VIH à 18 mois est encore de 25% d'après l'ONUSIDA et près de 7300 nourrissons naissent contaminés contribuant aux 9500 enfants qui sont contaminés chaque année dans le pays.

En 2014, les activités de PTME se sont poursuivies dans un contexte de transition de l'option A vers l'option B+. 69,5% des femmes enceintes attendues ont été reçues en CPN, contre 52,7% en 2013 et 83% de ces femmes ont été testées contre 76,2% en 2013. Ces couvertures ont une forte disparité régionale.

Ces résultats ont été influencés par la disponibilité dans les FOSA des outils intégrés de collecte des données PTME/SMNI, des intrants, la mobilisation communautaire à l'utilisation des services et la sensibilisation des acteurs sur l'importance de l'intégration des services de PTME/SMNI selon l'approche familiale.

Ce rapport progrès présente l'ensemble des résultats des interventions de la PTME au cours de l'année 2014 ainsi que la situation du Cameroun par rapport à l'échéance de 2015.

A. MISE EN ŒUVRE DE LA PTME

De 2010 à 2014 le nombre de formations sanitaires offrant les services de PTME a considérablement augmenté, passant de 2067 à 3466 sur les 3990 FOSA fonctionnelles que compte le pays.

De même, le nombre de FOSA offrant la PTME qui prélèvent les DBS pour le diagnostic précoce de l'infection à VIH chez les enfants a triplé, passant de 419 en 2012 à 1306 sites DBS en 2014.

Au niveau national, les FOSA qui font les prélèvements de DBS sont couverts par 03 laboratoires de Référence : CIRCB, CDC Mutengene et Laboratoire de Référence de Bamenda. Les régions ayant le plus de sites de prélèvement DBS sont les régions du centre, du Nord-ouest et du Sud-ouest avec respectivement 535, 312, et 202 sites. Les régions les moins pourvues sont l'Adamaoua (08), le Sud (15) et le nord (17). L'objectif ultime est de faire de toutes les FOSA offrant les services de PTME des sites de prélèvement des DBS.

Le Cameroun a adopté en Aout 2012 l'option B+, et l'a concrétisée avec l'élaboration d'un plan opérationnel suivie de sa mise en œuvre par phases successives depuis Novembre 2014, date à partir de laquelle la lettre circulaire N°D36-97 relative à la mise en œuvre de l'option B+, a été signée par le Ministre de la sante publique.

- La phase 1 subdivisée en phase 1a (elle consiste à l'enrôlement de 166 FOSA où se font en même temps la prise en charge par les ARV et la PTME) et 1b (elle consiste à l'enrôlement de 414 FOSA de grande fréquentation avec 30-40 CPN/mois) soit un total de 580 sites à enrôler d'ici Juin 2015.
- La phase 2 consiste à l'enrôlement des 1000 FOSA qui ont une fréquentation de 30-20 CPN/mois de Juillet à Décembre 2015
- La phase 3 concernera l'enrôlement des 1000 sites qui ont une fréquentation de 20-10 CPN/mois de Janvier à Juin 2016
- La phase 4 enrôlera 886 sites qui ont une fréquentation de moins de 10CPN/mois de Juillet à Décembre 2016.

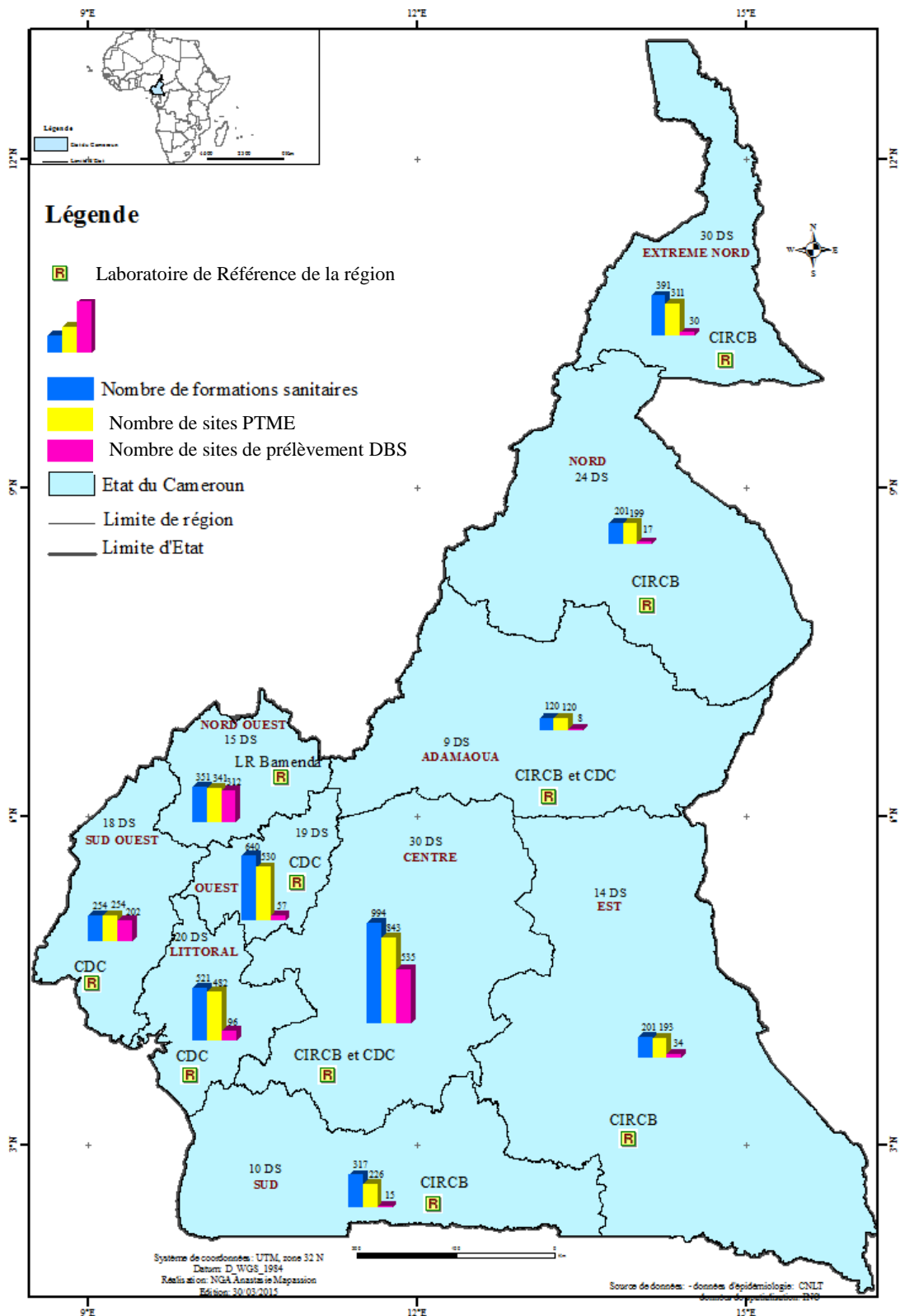


Figure 1: Carte sanitaire de la PTME

La figure ci-dessus montre la répartition des districts de santé, des FOSA fonctionnelles, des FOSA offrant la PTME et des sites de prélèvement des DBS par région. Nous pouvons constater également sur cette figure que dans les régions du Nord-ouest et Sud-ouest, le nombre de FOSA fonctionnelles existant dans la région, le nombre qui offrent la PTME et

le nombre de sites de prélèvement DBS sont sensiblement égaux, ce qui n'est pas le cas pour les autres régions.

B. OFFRE DES SERVICES PTME AUX FEMMES ENCEINTES

1. Fréquentation de la consultation prénatale (CPN)

La consultation prénatale est une des portes d'entrée dans les services de PTME/SMNI ; elle permet de détecter les risques liés à la grossesse, le dépistage des affections connexes et leur prise en charge, le suivi de la grossesse pour un accouchement dans de bonnes conditions. La fréquentation de la CPN permet d'offrir à la femme le paquet de services nécessaire au bon suivi et au déroulement de sa grossesse et pour réduire au minimum possible les risques de contamination du bébé par le VIH. Ces services comprennent le conseil et dépistage du VIH, le traitement ARV, la prophylaxie au Cotrimoxazole, les bonnes pratiques de l'accouchement.

Pour l'année 2014, le nombre de femmes enceintes attendues a été calculé sur la base du taux brut de natalité actualisé (3.81%) de l'EDS 2011 et non plus sur la base de 5% utilisée les années précédentes. Ceci a permis de revoir à la baisse le dénominateur (nombre de femmes enceintes attendues), qui avait ainsi été surestimé jusque-là et qui sert au calcul des divers indicateurs de performance du programme.

Ainsi, sur une population générale estimée à 21 657488 habitants, 825150 femmes enceintes étaient attendues en 2014. De celles-ci, 573 793 ont été effectivement reçues en CPN soit un taux de fréquentation de 69,5 %. Le nombre de femmes enceintes reçues en CPN1 en 2014 présente une augmentation de près de (2%) par rapport à 2013(557257). Il existe de fortes disparités régionales, avec des taux variant de 99,4% à l'Est, à 57,6% au Sud-ouest. Par ailleurs, les régions de l'Adamaoua(-3%), Centre(-4%) et Nord(-2%) n'ont pas connu un accroissement du nombre de femmes enceintes reçues en CPN en 2014.

Ces résultats pourraient s'expliquer par l'effet conjugué de :

- l'intensification de la sensibilisation et mobilisation communautaire
- l'augmentation du nombre de prestataires formés à l'offre de service PTME/Option B+/SMNI ;
- la revue du dénominateur (nombre de femmes enceinte attendues) pour le calcul des indicateurs se basant sur le taux de natalité (3.81%)

Tableau 1: Taux de fréquentation de la CPN1 en 2014

<i>Régions</i>	<i>Nombre de grossesses attendues (3.81%)</i>	<i>Nombre de femmes reçues en 1ère CPN en 2014</i>	<i>Taux de fréquentation en CPN1 en 2014 (%)</i>	<i>Nombre de femmes enceintes reçues en 1ère CPN en 2013</i>	<i>Taux d'accroissement du nombre de FEC reçues en CPN entre 2013 et 2014(%)</i>
<i>Adamaoua</i>	44 434	35 823	80,6	36 960	-3
<i>Centre</i>	153 861	98 611	64,1	104 232	-4
<i>Est</i>	31 624	31 428	99,4	27 425	13
<i>Extrême-Nord</i>	148 498	98 466	66,3	96 724	1
<i>Littoral</i>	124 371	75 930	61,1	68 158	6
<i>Nord</i>	90 620	78 028	86,1	80 247	-2
<i>Nord-Ouest</i>	73 661	48 224	65,5	48 325	0,1
<i>Ouest</i>	72 106	57 703	80,0	48 807	12
<i>Sud</i>	28 220	16 286	57,7	15 008	5
<i>Sud-Ouest</i>	57 755	33 294	57,6	31 371	3
TOTAL	825 150	573 793	69,5	557 257	2

2. Dépistage du VIH chez les femmes enceintes:

L'accès au conseil et dépistage du VIH au cours des CPN, à la maternité et au cours de la période d'allaitement aide à déterminer la séropositivité négative ou positive au VIH d'une femme est infectée ou non par le VIH afin de prendre le plus tôt possible les mesures qui conviennent pour diminuer le risque de transmission du VIH à son bébé. Le dépistage doit être fait à la 1^{ère} CPN, et si son résultat est négatif, le test doit être répété à la 3^e ou 4^e CPN ou bien en salle de travail et d'accouchement ou encore pendant la période de suivi post-natal du couple mère-enfant. De façon générale, le dépistage du VIH doit se faire tous les 3 mois chez une femme enceinte ou allaitante dont la date de la séronégative remonte à au moins 3 mois.

Le test de dépistage par des tests rapides doit se faire suivant l'algorithme national qui utilise successivement un premier test de très grande sensibilité et un deuxième test de très grande spécificité. Une femme enceinte est déclarée séronégative au VIH si le résultat

du premier test est négatif. Elle est déclarée séropositive si le résultat est positif pour le premier test et confirmé par le deuxième test.

Le tableau 2 ci-dessous montre que 493510 femmes enceintes ont été dépistées au VIH sur un total de 573 793 FEC reçues en CPN1, soit un taux moyen d'acceptation de 86% .

Tableau 2: Taux de positivité et de retrait des résultats du test de dépistage du VIH chez les femmes enceintes par région

<i>Régions</i>	<i>Nombre de FEC reçues en 1ère consultation prénatale en 2014</i>	<i>Nombre de FEC testées (y compris les FEC testées en salle de travail)</i>	<i>Nombre de FEC testées VIH + (y compris les FEC testées en salle de travail)</i>	<i>Taux de positivité du test de dépistage (%)</i>	<i>Nombre de FEC testées ayant retiré les résultats (y compris les FEC testées en salle de travail)</i>	<i>Taux de retrait des résultats du test du dépistage des FEC (%)</i>
Adamaoua	35 823	31 290	1 309	4,2	29 347	93,8
Centre	98 611	87 176	10 639	12,2	83 774	96,1
Est	31 428	27 653	1 659	6,0	26 931	97,4
Extrême-Nord	98 466	66 771	2 524	3,8	61 312	91,8
Littoral	75 930	64 374	4 943	7,7	62 426	97
Nord	78 028	61 899	1 384	2,2	60 331	97,5
Nord-Ouest	48 224	47 180	3 104	6,6	47 114	99,9
Ouest	57 703	58 844	1 506	2,6	57 264	97,3
Sud	16 286	16 286	1 875	11,5	15 943	97,9
Sud-ouest	33 294	32 037	2 169	6,8	32 035	100
Total	573 793	493 510	31 112	6,3	476 477	96,5

L'objectif d'au moins 95% des femmes enceintes testées doit donc continuer de guider les efforts au cours de l'année 2015. Les ruptures de stock en tests de dépistage dans certains sites au cours de l'année, la non complétude des données rapportées expliqueraient au moins en partie ce taux sous optimal du dépistage des femmes enceintes. De même, la faiblesse du système de suivi postnatal du couple mère-enfant ne favorise aucunement le dépistage du VIH chez les mères allaitantes et les expose au risque de contaminer leur bébé, si elles venaient à être contaminées par le VIH. Il faudrait intensifier le conseil et dépistage dans les services de consultations prénatales, renforcer le système de suivi postnatal du couple mère enfant et que le personnel documente systématiquement toutes les données du dépistage dans les registres prévus à cet effet pour permettre d'améliorer la qualité et la performance du programme.

De même, 476477 femmes enceintes testées ont retiré leurs résultats ce qui donne un taux de retrait global de 96,5%. Ce taux est en augmentation par rapport à 2013(94,8%).

La figure 2 ci-dessous montre un décalage important entre le nombre de femmes enceintes reçues en CPN1, celles dépistées et celles ayant retiré les résultats, principalement dans les régions du Centre, de l'Extrême-nord, du Nord, du Littoral et de l'Adamaoua. Normalement toutes les femmes reçues en CPN1 devraient être testées et elles devraient également retirer leurs résultats.

On observe que ces 04 indicateurs sont sensiblement comparables dans les régions du Nord-Ouest, Sud et Sud-ouest tandis que dans les autres régions, ces indicateurs présentent des disparités plus ou moins importantes tout au long de la cascade de la PTME.

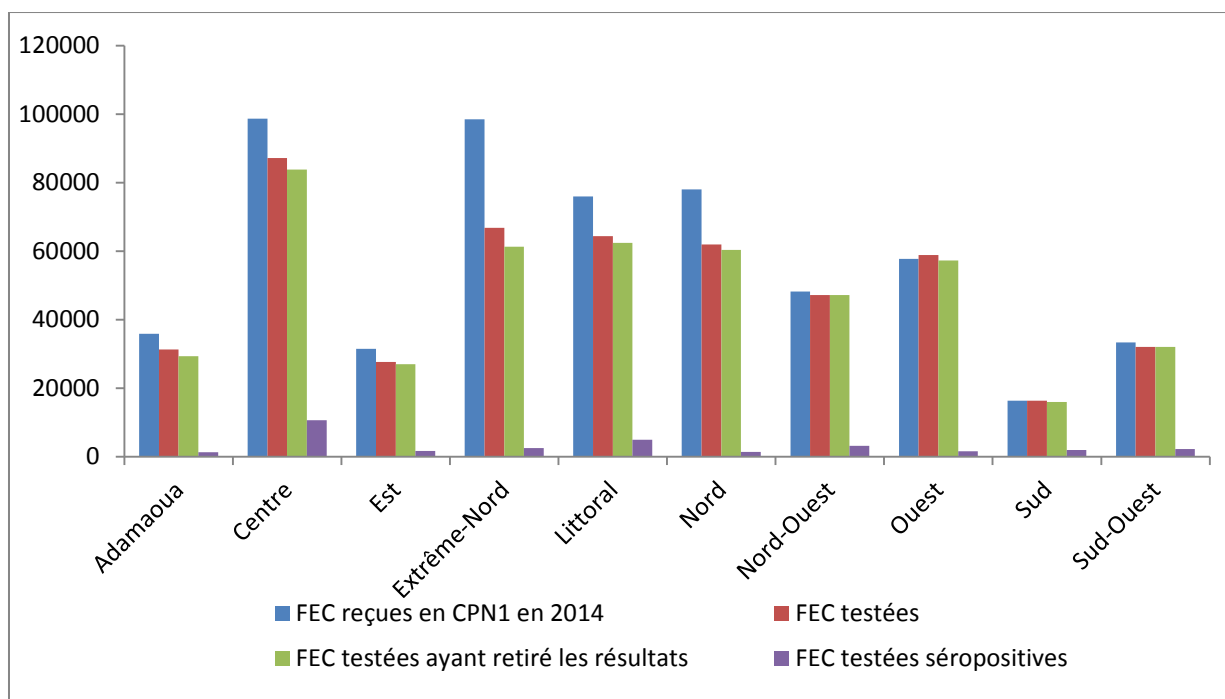


Figure 2: Cascade régionale des FEC reçues en CPN1, dépistées, testées VIH+ et ayant retiré les résultats

3. Taux de séropositivité du VIH chez les femmes enceintes :

Sur 493 510 femmes enceintes dépistées pour le VIH en CPN ou en salle d'accouchement en 2014, 31 112 se sont révélées infectées. Soit un taux national de séropositivité de 6,3%. Ce taux est plus élevé dans la région du Centre (12,2%) et plus bas dans celle du Nord (2,2%) et cinq des 10 régions présentent un taux de séropositivité supérieur à la moyenne nationale (6,3%).

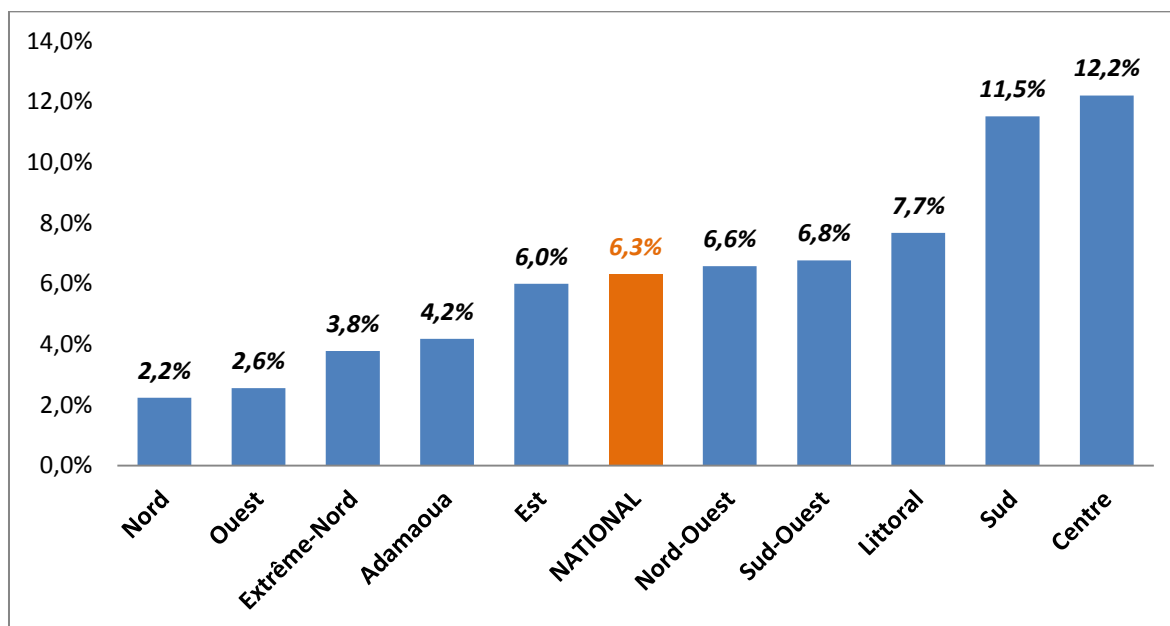


Figure 3: Taux de séropositivité du VIH chez les femmes enceintes en 2014 par région

De 2006 à 2008 nous observons une baisse de ce taux de 8,7% à 6,5%. On constate ensuite une stabilisation du taux de séropositivité entre 2008 et 2011, puis une chute de 7,9% à 4,7% de 2001 à 2013 et enfin une remontée à 6,3% en 2014.

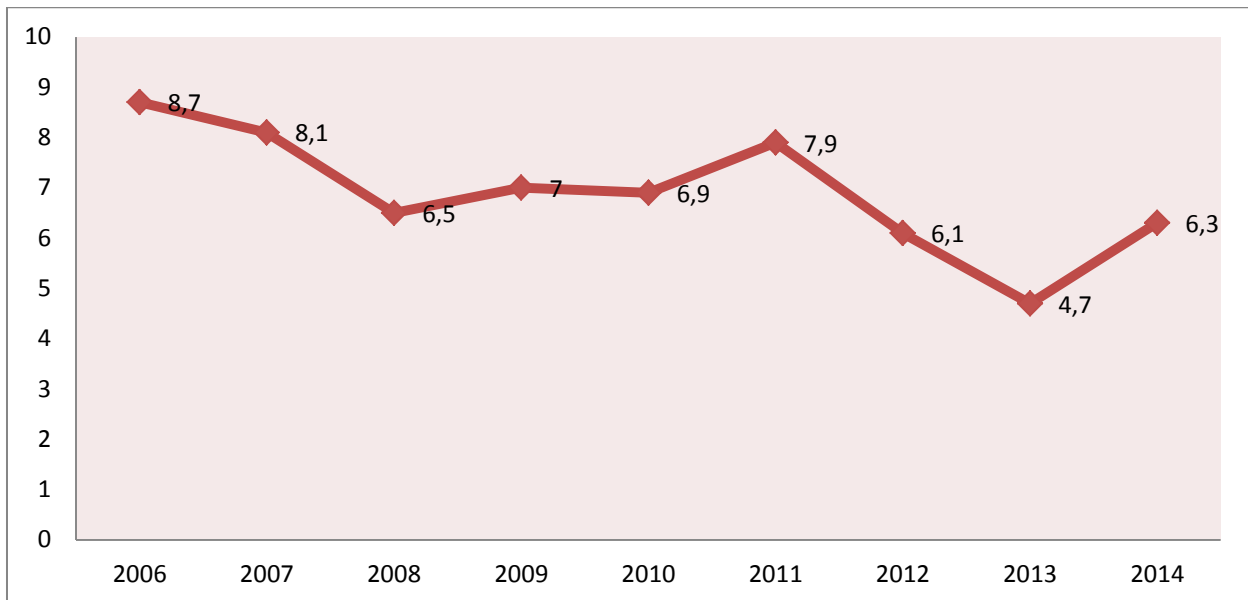


Figure 4: Evolution du taux de séropositivité du VIH chez les FEC de 2006 à 2014

La figure ci-dessus montre une évolution en dents de scies avec une tendance à la baisse du taux de séropositivité des FEC VIH+ depuis 2006

4. Taux de séroconversion des femmes enceintes :

Il s'agit des femmes enceintes testées séronégatives lors de la CPN1 et retestées séropositives lors de la CPN3, CPN4 et/ou en salle de travail. Le taux de séroconversion dans les 4 régions (Centre, Sud, Sud-ouest et Nord-ouest) ayant renseigné cet indicateur est de 7,8% en moyenne.

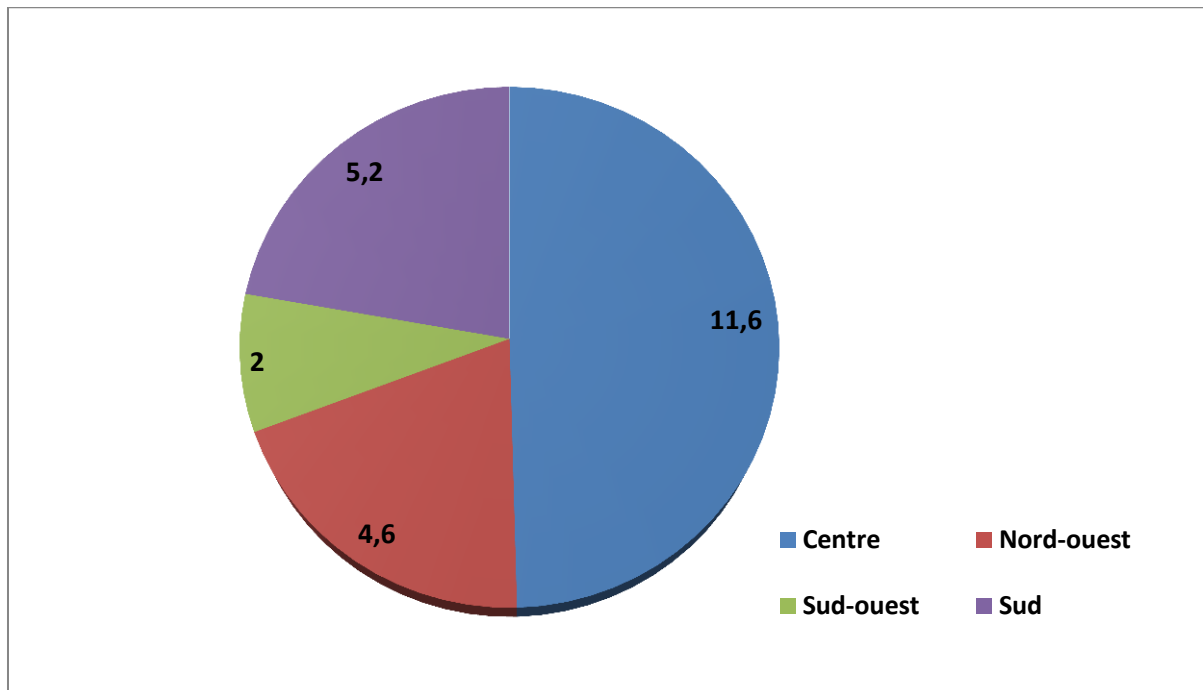


Figure 5: Taux de séroconversion au VIH dans 04 régions

La figure ci-dessus, révèle que ce taux est plus élevé dans la région du centre (11,6%) et plus bas dans celle du Sud-ouest (2%).

Ce taux élevé de séroconversion des femmes en cours de grossesse témoigne de l'importance de ce phénomène dans le pays et donc de celle de l'effort encore à fournir pour informer et sensibiliser toutes les femmes enceintes du risque accru de contamination de leur bébé par le VIH si elles venaient à se contaminer alors qu'elles sont déjà enceintes ou en cours d'allaitement. A ce sujet le personnel de santé doit redoubler les efforts de prévention en particulier chez les femmes enceintes dépistées séronégatives en CPN1.

5. Le dépistage du VIH chez les partenaires masculins des femmes enceintes

En 2014, sur 573 793 femmes enceintes reçues en CPN1, 19 527 partenaires masculins (3,4%) ont été dépistés pour le VIH, soit un ratio de 4 partenaires testés pour 100 femmes enceintes reçues en CPN au lieu des 100% attendus. Plusieurs facteurs expliqueraient cette faible performance :

- Les partenaires ne perçoivent pas l'importance de faire le test du VIH
- Les prestataires ne sensibilisent pas assez les femmes sur l'importance d'impliquer leurs partenaires pour une prise en charge globale de la famille
- Les femmes enceintes ne partagent pas leur statut avec leurs partenaires par crainte d'être rejetées par ceux-ci
- La mobilisation communautaire est insuffisante

L'implication des partenaires de toutes les femmes enceintes (séropositives et séronégatives) est essentielle pour le bon suivi du couple mère-enfant.

La figure 6 ci-dessous montre le dépistage des partenaires masculins des FEC reçues en CPN par région.

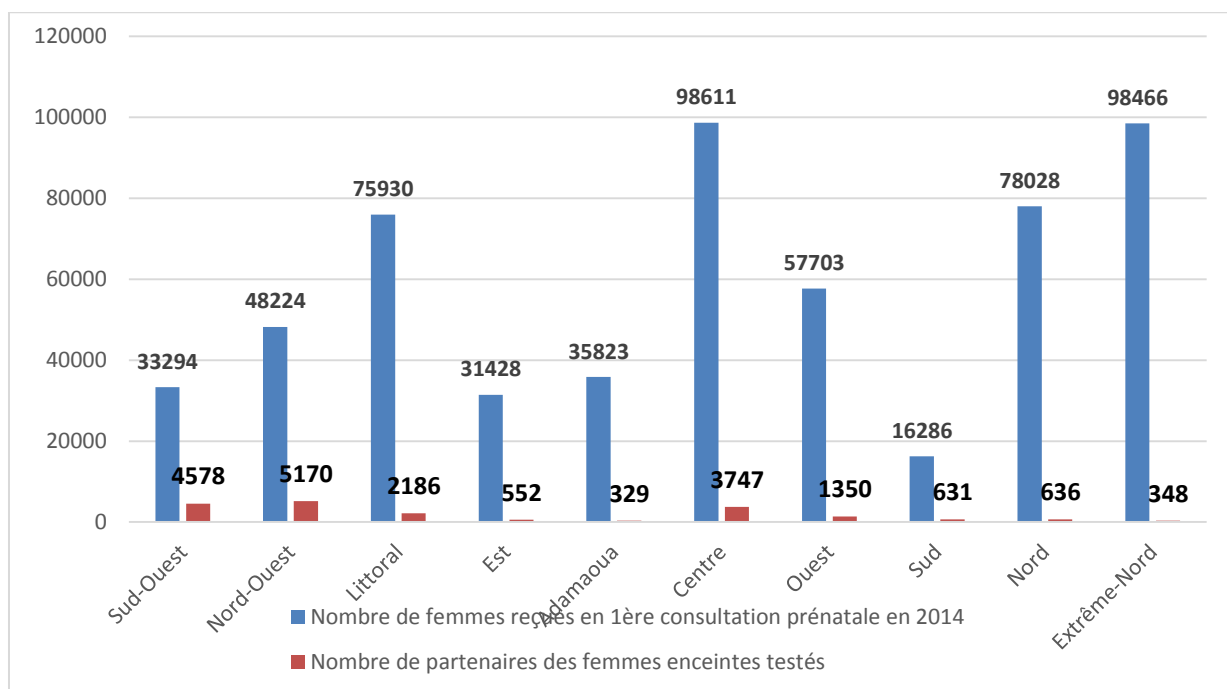


Figure 6: Dépistage du VIH des partenaires en fonction du nombre de femmes enceintes reçues en CPN1

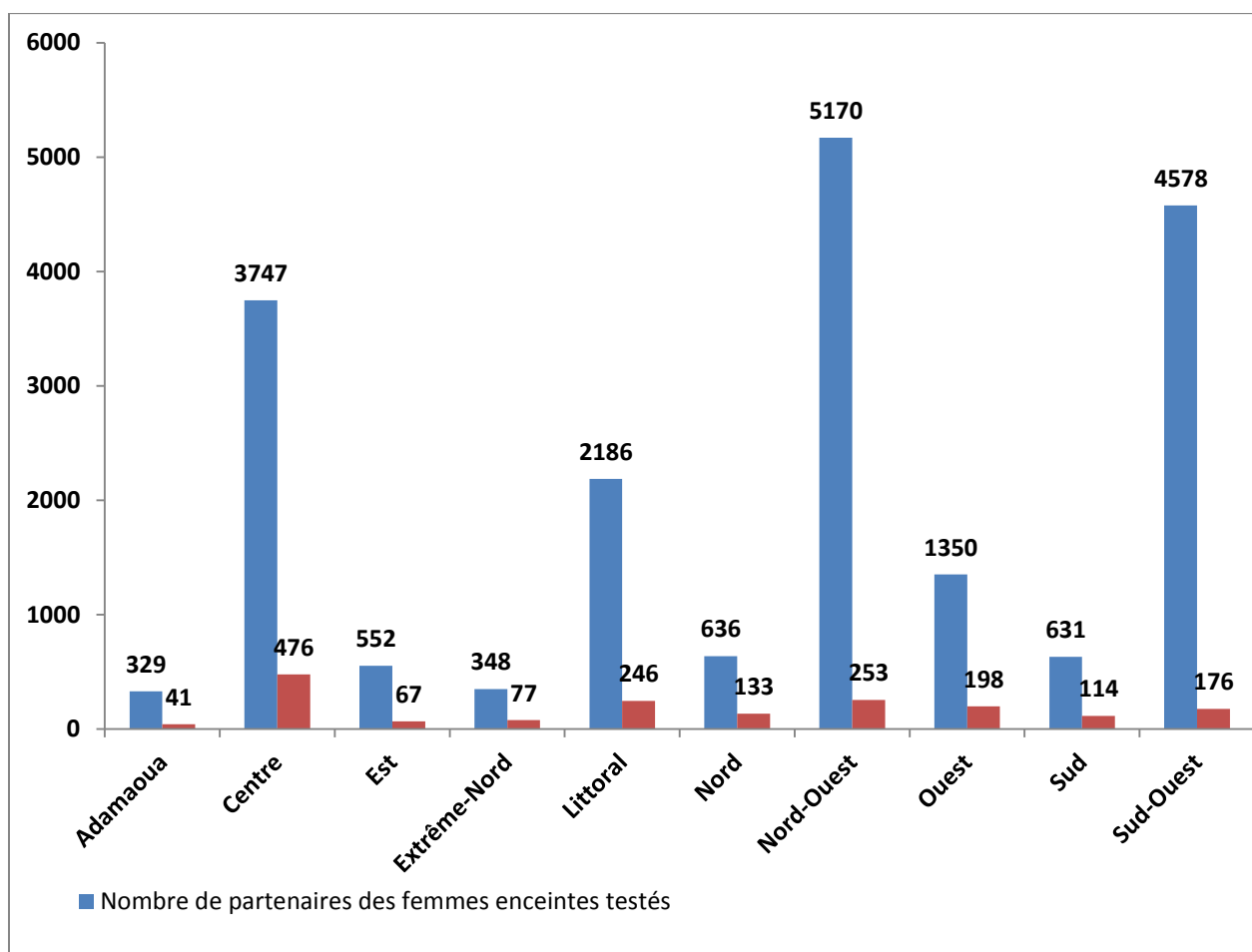


Figure 7: Taux de positivité VIH des partenaires masculins des femmes enceintes reçues

Des 19 527 partenaires dépistés, 1781 se sont révélés infectés, ce qui donne un taux de séropositivité de 9,1% contre 10,1% en 2013. Ce faible taux pourrait s'expliquer par la stratégie utilisée dans les sites de dépistage. Seuls les partenaires des femmes déjà testées positives semblent avoir été testés alors que la proposition du dépistage doit se faire pour tous les partenaires des femmes enceintes quelque soit leur statut sérologique. Ceci permettrait également d'identifier les couples sérodifférents pour qui l'importance de prévenir la survenue de l'infection chez le partenaire non infecté est primordiale en plus de celle la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Le taux de séropositivité VIH chez les partenaires des femmes enceintes est plus élevé dans la région de l'Extrême-Nord (22,1%) et plus bas dans celle du Sud-ouest (3,8%). Des efforts importants engageant toutes les couches sociales doivent être faits pour améliorer cette situation afin que le test de dépistage soit proposé à tous les partenaires de femmes enceintes reçues en CPN1, et non seulement aux partenaires des FEC séropositives (figure6).

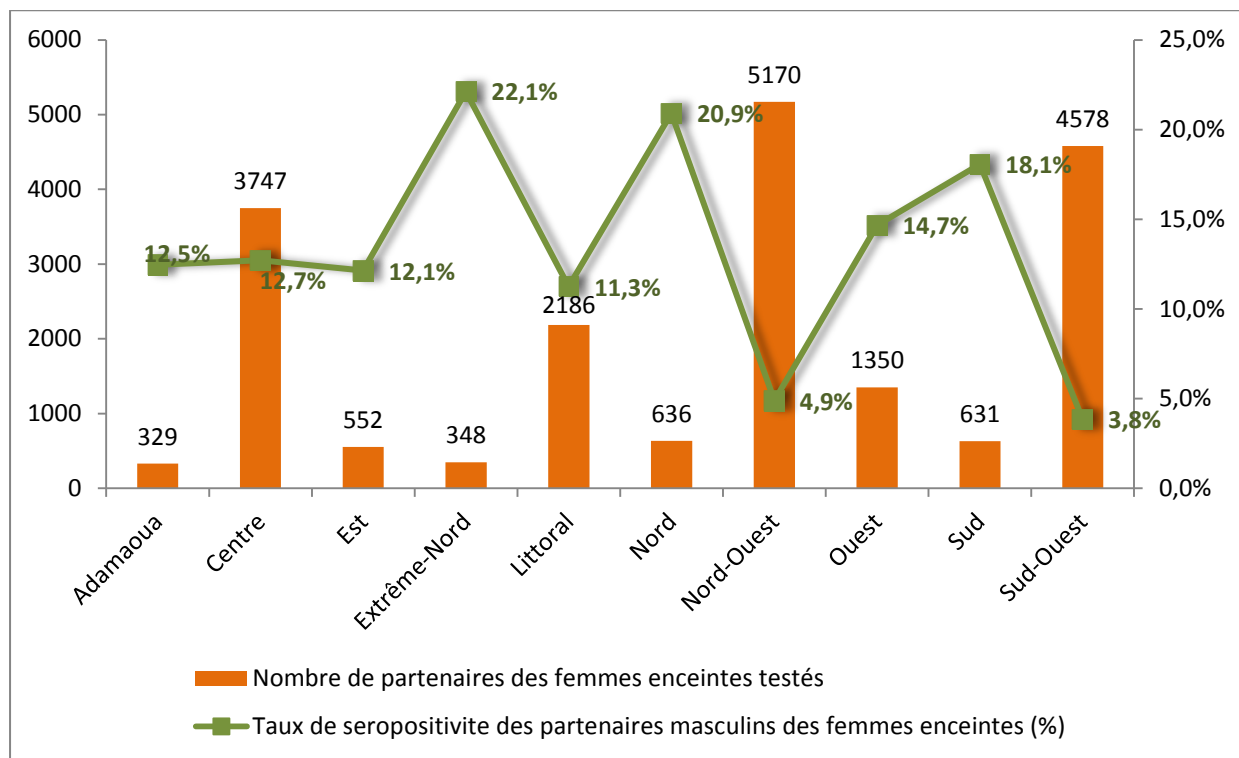


Figure 8: Répartition de la séropositivité par rapport au nombre de partenaires masculins testés selon les régions

Au total, le dépistage du VIH chez les partenaires des femmes enceintes reste très faible dans toutes les régions du pays. Seules les régions du Nord-Ouest et du Sud-ouest sont parvenues à un taux de plus de 10% au cours de l'année 2014. Le taux de séropositivité VIH chez ceux-ci est par contre généralement élevé, augurant du taux de séroconversion élevé (7,8%) chez les femmes enceintes dépistées séronégatives en CPN1 tel qu'observé dans les 4 régions où cet indicateur a été rapporté et qui fait courir un risque accru de contamination chez les bébés au cours de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement. Le retesting VIH des femmes enceintes dépistées séronégatives en CPN1 doit donc être renforcé pour devenir une pratique systématique, et celui des partenaires de toute femme enceinte une activité de routine tel que recommandé dans les directives nationales. Tous les efforts doivent converger vers cet objectif tant est-il que le statut VIH de beaucoup d'enfants à naître et leur survie en dépendent.

6. Offre du bilan d'orientation CD4 aux femmes enceintes séropositives

Dans l'optique de la mise en œuvre de l'option B+, le bilan de CD4 n'est pas un préalable à l'initiation du traitement ARV chez les femmes enceintes séropositives. Toutefois, ce bilan est nécessaire pour le suivi du traitement ARV des femmes enceintes séropositives, en l'absence de l'accès facilité à la charge virale. A cette fin également, un système est actuellement envisagé pour la mise en place de la pratique de la charge virale pour toute personne mise sous TARV.

Le tableau 3 ci-dessous montre que des 31112 femmes enceintes testées VIH+ au cours de l'année 2014, 5130 femmes ont effectué le dosage des CD4 soit un taux de couverture

programmatique de 16,5% et une couverture populationnelle de 12,3%, en très légère augmentation par rapport à l'année 2013 (9,4%).

Tableau 3: Couverture en CD4 pour les femmes enceintes séropositives en 2014

<i>Regions</i>	<i>Nombre de FEC VIH+ attendues en 2014</i>	<i>Nombre de FEC testées VIH+ (y compris celles testées en salle de travail)</i>	<i>Nombre de FEC VIH+ ayant fait le test de CD4</i>	<i>Couverture programmatique des FEC VIH+ en CD4 (%)</i>	<i>Couverture populationnelle des FEC VIH+ en CD4 (%)</i>
<i>Adamaoua</i>	2 637	1 309	325	24,8	12,3
<i>Centre</i>	10 253	10 639	1 414	13,3	13,8
<i>Est</i>	3 844	1 659	57	3,4	1,5
<i>Extrême-Nord</i>	4 753	2 524	186	7,4	3,9
<i>Littoral</i>	6 847	4 943	837	16,9	12,2
<i>Nord</i>	1 958	1 384	227	16,4	11,6
<i>Nord-Ouest</i>	3 641	3 104	785	25,3	21,6
<i>Ouest</i>	2 867	1 506	511	33,9	17,8
<i>Sud</i>	2 175	1 875	268	14,3	12,3
<i>Sud-Ouest</i>	2 709	2 169	520	24,0	19,2
TOTAL	41 684	31 112	5 130	16,5	12,3

7. Couverture en ARV des femmes enceintes séropositives

Selon les Directives Nationales, toute femme enceinte dépistée séropositive pour le VIH doit être systématiquement mise sous traitement et le plus tôt possible quelque soit sa classification clinique ou son taux de CD4. Cependant, l'extension de l'option B+ se fait encore progressivement et par phases successives, ce qui fait que la majorité des sites pratiquent encore l'Option A pour la PTME. Au cours de l'année 2014, sur les 31 112 femmes enceintes dépistées séropositives, 22 297 FEC VIH+ ont reçu un protocole antirétroviral parmi lesquelles 10 599 ont été mises sous TARV (FEC déjà connues VIH+ sous traitement, FEC sous option B+ au cours de cette grossesse et femmes enceintes trouvées éligibles après examen de CD4) et 11 698 sous une prophylaxie ARV.

En 2014, 8815 FEC VIH+ n'ont reçu aucun protocole ARV. Ce qui représente 28% de l'ensemble des femmes enceintes séropositives identifiées n'ont pas reçu de protocole.... Parmi celles-ci, 60% viennent de la région du centre. Ceci pourrait être dû à un sous rapportage dans les outils de collecte des données en particulier dans certains de nos grands hôpitaux pourtant de référence, mauvaise gestion des stocks, à un déni de la

sérologie par les patientes, et à un problème de rétention des FEC VIH+. Un effort doit être fait pour clarifier et améliorer cette situation.

La couverture populationnelle des FEC VIH + en ARV a sensiblement augmenté passant de 32.7% en 2013 à 53,5% en 2014. Cette augmentation s'expliquerait entre autres par la révision de l'estimation du nombre des femmes enceintes séropositives attendues servant de dénominateur pour le calcul de cet indicateur. Cependant l'amélioration de la mise à disposition continue des ARV dans les sites continue d'être une préoccupation alors que bien souvent, ils sont disponibles au niveau central. Cette situation doit elle aussi être améliorée.

Tableau 4: Couverture en ARV pour les femmes enceintes séropositives en 2014

<i>Régions</i>	<i>Nombre de FEC VIH + attendues en 2014</i>	<i>Nombre de FEC testées VIH+ (y compris celles testées en salle de travail)</i>	<i>nombre de FEC VIH+ n'ayant reçu aucun ARV</i>	<i>FEC VIH+ sous TARV</i>	<i>FEC VIH+ sous prophylaxie ARV</i>	<i>Nombre total des FEC VIH+ ayant bénéficié un protocole ARV</i>	<i>Couverture populationnelle des FEC VIH+ en ARV (%)</i>
Adamaoua	2 637	1 309	78	470	917	1 387	52,6
Centre	10 253	10 639	5 298	3 545	1 796	5 341	52,1
Est	3 844	1 659	651	30	978	1 008	26,2
Extrême-Nord	4 753	2 524	962	246	1 316	1 562	32,9
Littoral	6 847	4 943	864	2 171	3 636	5 807	84,8
Nord	1 958	1 384	129	507	748	1 255	64,1
Nord-Ouest	3 641	3 104	128	1 529	1 447	2 976	81,7
Ouest	2 867	1 506	59	592	973	1 565	54,6
Sud	2 175	1 875	762	592	521	1 113	51,2
Sud-Ouest	2 709	2 169	200	917	1 052	1 969	72,7
TOTAL	41 684	31 112	8 815	10 599	11 698	22 297	53,5

8. Offre du Cotrimoxazole prophylactique aux femmes enceintes séropositives

La prescription systématique du cotrimoxazole à toute femme enceinte séropositive (à partir du deuxième trimestre de la grossesse) permet de prévenir la survenue des infections opportunistes.

Le tableau 6 ci-dessous, montre que sur 31 112 femmes enceintes séropositives dépistées, 11 194 d'entre elles ont bénéficié d'une prophylaxie au Cotrimoxazole, soit une couverture populationnelle de 26,9%. Cette couverture est en augmentation par rapport à 2013 (17,5%), mais elle reste néanmoins très faible ; ceci peut s'expliquer par l'effet conjugué de : ruptures de stock en CTX, femmes enceintes déjà sous TPI au moment de la prescription du CTX et la non perception de l'importance de la prise des MIO par certains prestataires. La région la mieux couverte est celle du Nord-ouest (52,3%) et la moins couverte est celle du Centre (11,9%). S'agissant de la couverture programmatique, elle est de 36,0% en 2014 et largement supérieure à la couverture populationnelle (26,9%). Nous constatons que la plus forte couverture programmatique se trouve dans la région de l'Ouest (63,9%) et la plus faible dans la région du Centre (11,5%).

Tableau 5: Couverture en Cotrimoxazole pour les femmes enceintes VIH+ en 2014

<i>Régions</i>	<i>Nombre de FEC VIH + attendues en 2014 - SPECTRUM</i>	<i>Nombre de FEC testées séropositives (y compris celles en SA)</i>	<i>Nombre de FEC séropositives qui reçoivent la prophylaxie au cotrimoxazole</i>	<i>Couverture programmatique des FEC VIH+ en CTX (%)</i>	<i>Couverture populationnelle des FEC VIH+ en CTX (%)</i>
<i>Adamaoua</i>	2 637	1309	700	53,5	26,5
<i>Centre</i>	10 253	10639	1219	11,5	11,9
<i>Est</i>	3 844	1659	1018	61,4	26,5
<i>Extrême-Nord</i>	4 753	2524	635	25,2	13,4
<i>Littoral</i>	6 847	4943	2233	45,2	32,6
<i>Nord</i>	1 958	1384	684	49,4	34,9
<i>Nord-Ouest</i>	3 641	3104	1906	61,4	52,3
<i>Ouest</i>	2 867	1506	962	63,9	33,6
<i>Sud</i>	2 175	1875	578	30,8	26,6
<i>Sud-ouest</i>	2 709	2169	1259	58,0	46,5
TOTAL	41 684	31 112	11194	36,0	26,9

9. TAUX D'ACCOUCHEMENT DES FEMMES VIH+ DANS LES FOSA

Il apparaît donc que 36,8 % des accouchements des femmes enceintes VIH+ répertoriés se sont déroulés dans une FOSA, si l'on considère les 4 régions qui ont rapporté cet indicateur et que près de 63,2% de ces accouchements se seraient déroulés sans assistance d'un personnel qualifié exposant les bébés au risque accru de contamination par le VIH.

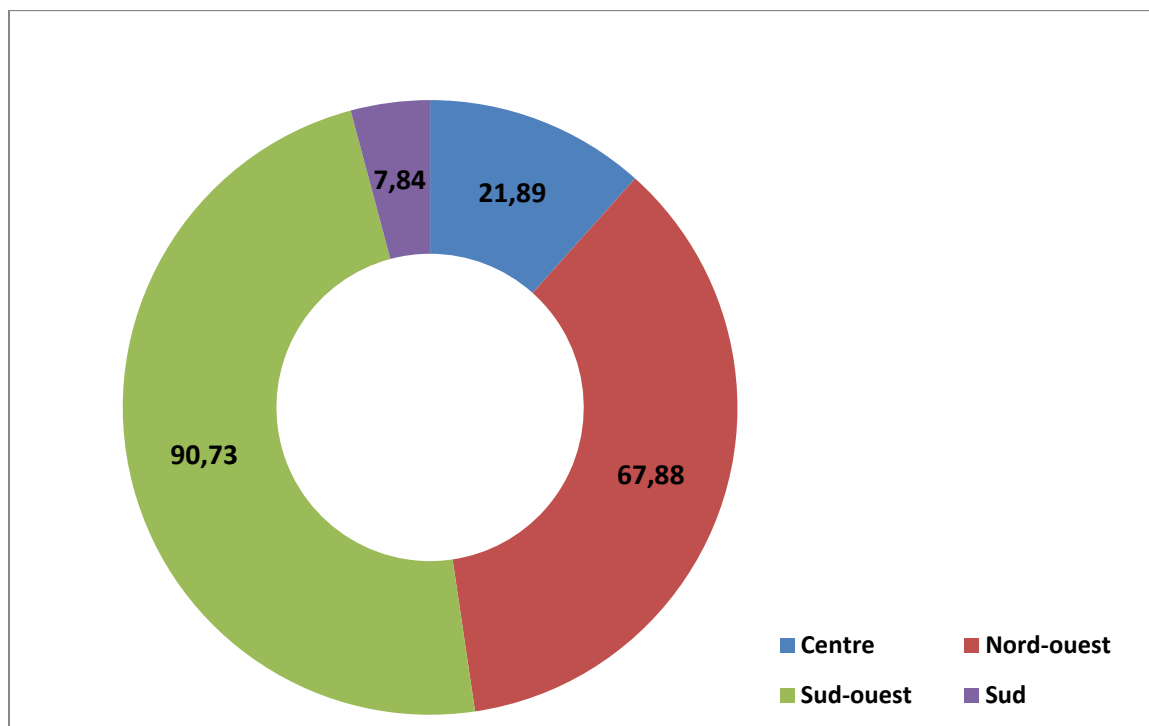


Figure 9: Taux d'accouchement des femmes VIH+ dans les FOSA par région

Le taux d'accouchement des femmes enceintes séropositives varie d'une région à une autre avec le maximum 90,73% dans le Sud-ouest, et le minimum 7,84% dans le Sud. Il serait donc opportun qu'une étude soit menée pour essayer de savoir où ces femmes accouchent et comprendre pourquoi elles font le choix d'accoucher sans l'assistance d'un personnel qualifié et en dehors des FOSA afin d'envisager les stratégies nécessaires en vue de l'amélioration de cette situation.

C. OFFRE DES SERVICES DE PTME AUX ENFANTS EXPOSES

L'enfant né de mère séropositive non contaminé à la naissance court encore le risque de se contaminer pendant la période post natale surtout par l'allaitement maternel qui se présente comme une norme culturelle dans notre société et apporte tous leurs besoins nécessaires pour une croissance et un développement harmonieux. Cet allaitement présente malheureusement un risque de contamination pour le bébé surtout si certaines précautions ne sont pas prises pour le minimiser. La suivi de l'enfant né de mère séropositive en cela devient alors une activité indispensable de la PTME et doit se faire pendant toute la période de suivi de cet enfant qui dans notre contexte, couvre les 24

premiers mois de vie. Les activités de ce suivi ont été menées de la manière qui suit au cours de l'année 2014:

1. Couverture en ARV prophylactiques chez les enfants exposés :

Tout enfant né de mère séropositive, sous allaitement maternel ou pas, doit recevoir la Nevirapine dans les 72 heures qui suivent la naissance et ce traitement doit être poursuivi pendant 6 semaines si l'enfant n'allait pas ou si la mère est sous TARV ; cette prophylaxie va se poursuivre jusqu'à 7 jours après le sevrage si la mère est sous option A.

Au cours de l'année 2014, 10718 enfants exposés ont bénéficié d'une prophylaxie ARV à la naissance. En l'absence du nombre précis de naissances des enfants nés des mères séropositives, le proxy est le nombre estimé de femmes VIH+ au cours de l'année. Ceci permet d'obtenir une couverture populationnelle en ARV prophylactique chez les bébés exposés de 25,7%. Cette couverture est la plus élevée dans la région du Nord-Ouest (60,8%) et la plus basse dans celle de l'Est (2,2%).

Tableau 6: Couverture en ARV prophylactiques chez les enfants exposés en 2014

<i>Régions</i>	<i>Nombre de FEC VIH + attendues en 2014</i>	<i>Nombre total des FEC VIH+ ayant bénéficié un protocole ARV</i>	<i>Nombre d'enfants nés de mères séropositives ayant reçu un traitement prophylactique par ARV à la naissance</i>	<i>Nombre d'enfants nés de mères séropositives n'ayant pas reçu un traitement prophylactique par ARV à la naissance</i>	<i>Couverture programmatique des enfants exposés(%)</i>	<i>Couverture populationnelle des enfants exposés (%)</i>
<i>Adamaoua</i>	2 637	1 387	275	1 112	21,0	10,4
<i>Centre</i>	10 253	5 341	2 129	3 212	20,0	20,8
<i>Est</i>	3 844	1 008	86	922	5,2	2,2
<i>Extrême-Nord</i>	4 753	1 562	580	982	23,0	12,2
<i>Littoral</i>	6 847	5 807	2 173	3 634	44,0	31,7
<i>Nord</i>	1 958	1 255	428	827	30,9	21,9
<i>Nord-Ouest</i>	3 641	2 976	2 215	761	71,4	60,8
<i>Ouest</i>	2 867	1 565	885	680	58,8	30,9
<i>Sud</i>	2 175	1 113	501	612	26,7	23,0
<i>Sud-ouest</i>	2 709	1 969	1 446	523	66,7	53,4
<i>TOTAL</i>	41 684	22 297	10 718	11579	34,4	25,7

2. Couverture en cotrimoxazole chez les enfants exposés :

Tout enfant né de mère séropositive doit recevoir le Cotrimoxazole pour la prévention des infections opportuniste dès l'âge de 6 semaines. Ce traitement doit être poursuivi jusqu'au moment de certitude de non contamination de l'enfant alors que celui-ci n'est plus à risque de se contaminer notamment par l'allaitement maternel.

Sur 10 718 enfants exposés au VIH vus à la naissance, 7318(68,3%) ont été mis sous prophylaxie au cotrimoxazole dès l'âge de 6 semaines. Ramenée au nombre estimé d'enfants exposés au cours de l'année, la couverture populationnelle est de 17,6%. Cette couverture est la plus élevée dans la région du Nord-Ouest (47,5%). Elle est la plus basse dans la région de l'Est (1,9%). Les ruptures de stock de Cotrimoxazole dans les sites et le non-respect des directives en matière de suivi des enfants exposés contribuent à cette faible couverture en CTX chez ces derniers.

Tableau 7: Couverture en CTX pour les enfants exposés par région en 2014

<i>Régions</i>	<i>Nombre de FEC VIH + attendues en 2014</i>	<i>Nombre d'enfants nés de mères séropositives ayant reçu un traitement prophylactique par ARV à la naissance</i>	<i>Nombre d'enfants nés de mères séropositives ayant reçu un traitement prophylactique par le CTX dès la 6^e semaine après la naissance</i>	<i>Couverture programmatique des enfants exposés en CTX prophylactique (%)</i>	<i>Couverture populationnelle des enfants exposés en CTX prophylactique (%)</i>
<i>Adamaoua</i>	2 637	275	169	12,9	6,4
<i>Centre</i>	10 253	2 129	1 143	10,7	11,1
<i>Est</i>	3 844	86	74	4,5	1,9
<i>Extrême-Nord</i>	4 753	580	438	17,4	9,2
<i>Littoral</i>	6 847	2 173	1 375	27,8	20,1
<i>Nord</i>	1 958	428	271	19,6	13,8
<i>Nord-Ouest</i>	3 641	2 215	1 729	55,7	47,5
<i>Ouest</i>	2 867	885	558	37,1	19,5
<i>Sud</i>	2 175	501	280	14,9	12,9
<i>Sud-ouest</i>	2 709	1 446	1 281	59,1	47,3
TOTAL	41 684	10 718	7 318	68,2	17,6

3. Diagnostic précoce du VIH chez les enfants exposés

La réduction du taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant à moins de 2% à 6 semaines et à moins de 5% à 18-24 mois est l'objectif clé du plan national d'élimination d'ici fin 2015. Pour se faire, tous les enfants exposés doivent bénéficier d'un test de diagnostic précoce par la PCR dès la 6ème semaine de vie et d'un test sérologique à l'âge de 18 mois. Un résultat positif à l'un de ces tests permet d'affirmer le diagnostic de VIH chez l'enfant.

En 2014, 1306 formations sanitaires ont envoyé au moins un prélèvement DBS vers l'un des 03 laboratoires de référence (CIRCB, CDC, Laboratoire de référence de Bamenda).

Le laboratoire de référence de Mutengene couvre les régions du Sud-ouest du Littoral et de l'Ouest tandis que celui de Bamenda couvre celle du Nord-Ouest. Le CIRCB couvre quant à lui les 6 autres régions du pays.

Idéalement, le nombre de sites de prélèvement DBS devrait être égal à celui des sites PTME. Il n'en est pour le moment pas encore le cas et la non couverture des 2160 sites restant pourrait s'expliquer par :

- La non intégration du diagnostic précoce à la PTME
- L'insuffisance de personnels formés
- La difficulté dans la mise en place d'un système de transport des échantillons et rendu des résultats
- Les ruptures des kits et réactifs DBS

Les régions du Centre (535), du Nord-Ouest (312) et du Sud-ouest (202) sont celles qui disposent le plus de sites de prélèvement des DBS alors que celles de l'Adamaoua (8), du Sud (15) et du nord (17) sont les moins nantis. Il serait important d'étendre la couverture des sites DBS dans les régions qui sont actuellement peu couvertes et de renforcer le système de transport des échantillons afin de maximiser le nombre d'enfants dépistés et donc d'avoir une meilleure visibilité du taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant à 6 semaines. La couverture populationnelle en PCR du VIH chez les enfants exposés est de 26,4% en moyenne, avec le taux le plus élevé dans la région du Nord-Ouest (67,5%) et le plus bas dans celle de l'Extrême Nord (3,6%).

4. Taux de positivité de la PCR à 6 semaines :

Des 10994 enfants nés des mères séropositives qui ont bénéficié de la PCR à 6-8 semaines de vie, 613 (5,6%) se sont révélés positifs. Avec une couverture populationnelle en diagnostic précoce de 26,4%, ce taux de positivité de la PCR, bien qu'en régression par rapport à celui de 2013 (6,3%), est encore éloigné du taux de moins de 2% attendu à cet âge. Quatre régions ont un taux de TME du VIH à 6-8 semaines inférieur à 5% à savoir le Littoral (3,6%), le Nord-Ouest (4,8%), l'Ouest (3,9%) et le Sud (4,6%), mais la faible couverture en PCR des enfants exposés doit tempérer les velléités d'une quelconque conclusion quant au taux de transmission du VIH à cet âge chez les enfants exposés dans notre pays.

Tableau 8: Couverture en PCR1 des enfants nés de mères séropositives en 2014

<i>Régions</i>	<i>Nombre de FEC VIH + attendues en 2014 - SPECTRUM</i>	<i>FEC testées VIH+</i>	<i>EE mis sous prophylaxie ARV à la naissance</i>	<i>EE ayant fait la PCR du VIH à 6 à 8 semaines</i>	<i>Couverture programmée en PCR du VIH des EE à 6 semaines</i>	<i>Couverture populationnelle en PCR du VIH des EE à 6 semaines</i>	<i>EE testés VIH+ par PCR du VIH à 6 semaines</i>	<i>Taux de positivité de la PCR VIH</i>
Adamaoua	2637	1309	275	291	22,2%	11,0%	32	10.9
Centre	10253	10639	2 129	2260	21,2%	22,0%	151	6.7
Est	3844	1659	86	435	26,2%	11,3%	42	9.6
Extrême-Nord	4753	2524	580	169	6,7%	3,6%	17	10
Littoral	6847	4943	2 173	2639	53,4%	38,5%	96	3.6
Nord	1958	1384	428	188	13,6%	9,6%	19	10
Nord-Ouest	3641	3104	2 215	2457	79,2%	67,5%	118	4.8
Ouest	2867	1506	885	776	51,5%	27,1%	31	3.9
Sud	2175	1875	501	281	15,0%	12,9%	13	4.6
Sud-ouest	2709	2169	1 446	1498	69,1%	55,3%	94	6.2
NATIONAL	41684	31112	10 718	10994	35,3%	26,4%	613	5.6

Pour les enfants entre l'âge de 9 mois et 18 mois, et pour diminuer le coût du dépistage du VIH, on effectue d'abord une sérologie afin d'identifier ceux qui possèdent les anticorps du VIH. On effectue ensuite le test par la PCR chez ceux qui présentent une sérologie positive pour discriminer ceux qui sont effectivement infectés par le VIH.

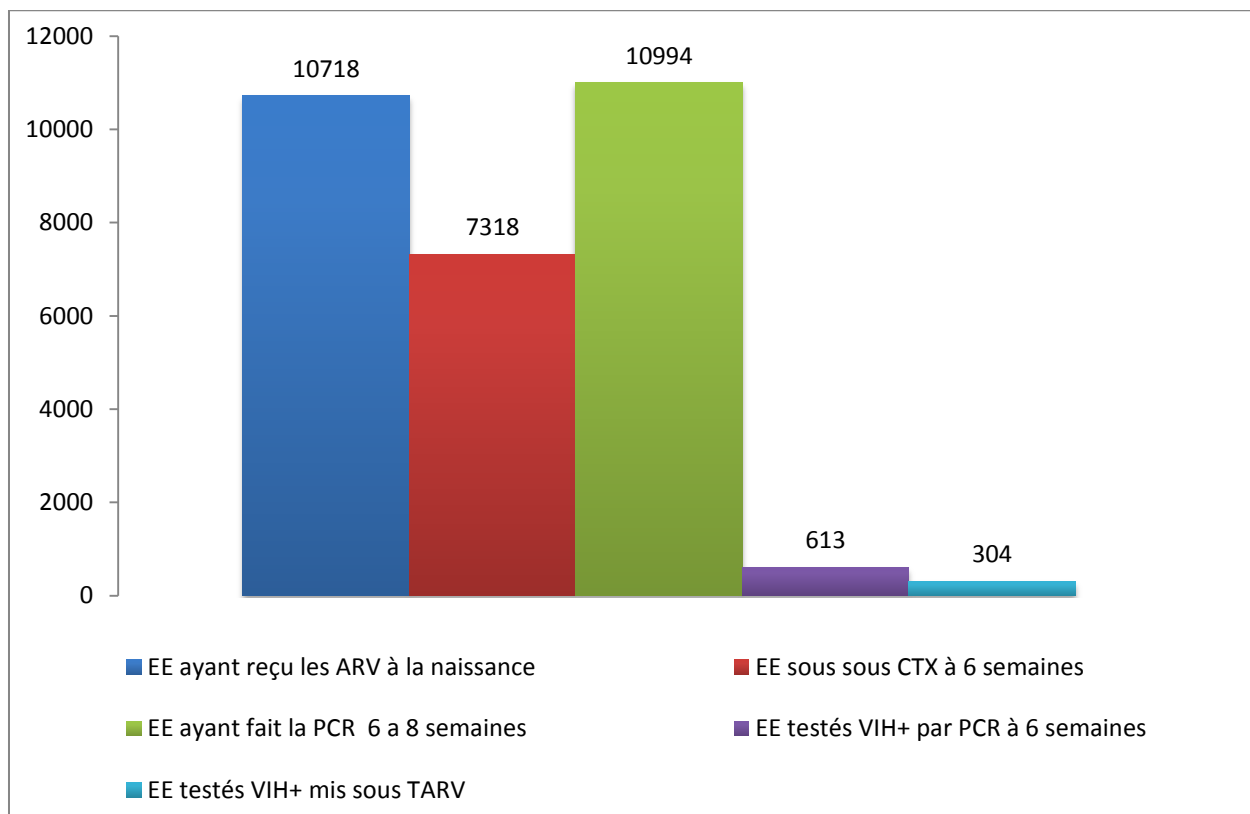


Figure 10: cascade nationale des enfants exposés

La figure ci-dessus montre que le nombre d'enfants exposés ayant fait la PCR à 6 semaines est plus élevé que ceux ayant reçu une prophylaxie par ARV à la naissance. Ceci serait dû au fait que certains enfants naissent dans des formations sanitaires non répertoriées dans le système de santé ou bien à domicile et ne sont vus qu'à la visite de 6 semaines. Sur 613 enfants dépistés positifs pour le VIH, 304 (49,6%) ont été enrôlés au TARV.

5. Le dépistage du VIH entre 9 et 18 mois après la naissance

L'algorithme de dépistage du VIH chez les enfants exposés recommande que la sérologie VIH soit faite à tout enfant exposé à l'âge de 9- 18 mois, et que si cette sérologie est positive, que ce résultat soit confirmé par la PCR. L'enfant ne sera donc déclaré VIH+ que si sa PCR est positive. Insérer la partie supprimée plus haut

6. Prise en charge pédiatrique du VIH

Tout enfant infecté par le VIH doit être diagnostiqué le plus tôt possible et son enrôlement et initiation au traitement ARV doit se faire dans les meilleurs délais pour améliorer sa survie et préserver ses chances pour une bonne croissance et développement. Le Cameroun est encore très éloigné de cet objectif puisque sur les 94000 enfants infectés dans le pays d'après l'ONUSIDA en 2013, 6099 étaient sous traitement en Décembre 2014, soit une couverture du TARV pédiatrique de seulement 6,5%.

Le tableau ci-dessous montre la répartition des sites de traitement et de la cohorte pédiatrique dans les 10 régions du pays.

Tableau 9: Sites de PECP et File active des enfants sous TARV en 2014

<i>Régions</i>	<i>Nombre de sites de PEC</i>	<i>Nombre de sites de PEC ayant traité au moins 1 enfant</i>	<i>FILE ACTIVE (nombre total d'enfant recevant la TARV)</i>
<i>Adamaoua</i>	8	7	177
<i>Centre</i>	40	31	1 718
<i>Est</i>	10	9	213
<i>Extrême-nord</i>	12	12	269
<i>Nord</i>	9	8	121
<i>Nord-ouest</i>	18	18	1 333
<i>Ouest</i>	14	12	513
<i>Littoral</i>	26	20	1 018
<i>Sud</i>	12	11	126
<i>Sud-ouest</i>	15	15	611
TOTAL	164	143	6099

On note que 86% des 166 sites de traitement ARV offrent ce service aux enfants la majorité de ces sites (58,7%) se retrouvent dans 4 régions à fort poids de l'infection à VIH avec actuellement 4680 (76,7%) des 6099 enfants sous ARV.

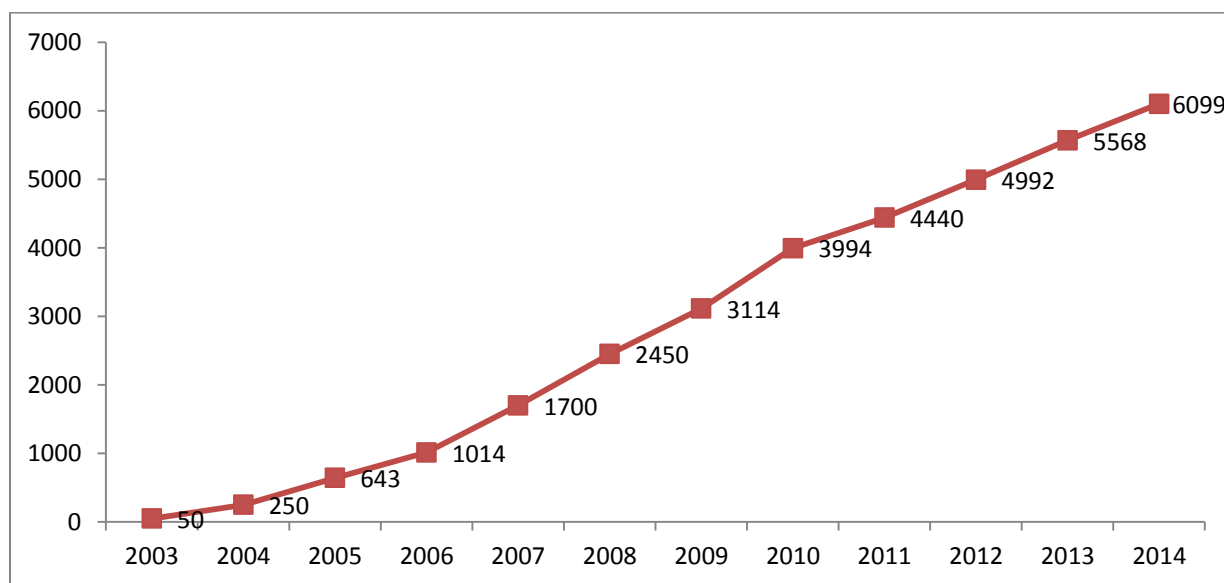


Figure 11: Evolution de la file active des enfants de 2003 à 2014

La figure ci-dessus montre une évolution croissante du nombre d'enfants mis sous TARV depuis 2003. Le nombre moyen d'enfants initiés au traitement ARV reste faible soit en

moyenne 550 par an et la couverture nationale du traitement ARV chez les enfants n'est que de 6,5% en 2014.

La couverture en ARV pédiatrique est donc très faible sur le plan national. Cette situation se retrouve aussi dans toutes les 10 régions du pays où, à l'exception du Nord-Ouest, la couverture en ARV pédiatrique est inférieure à 10%.

Tableau 10 : Couverture en traitement ARV pédiatrique par région

<i>Régions</i>	<i>Nombre d'enfants de < 15 ans (ONUSIDA, 2013)</i>	<i>Nombre d'enfants de < 15 ans sous ARV</i>	<i>Couverture en ARV des enfants de <15 ans</i>
<i>Adamaoua</i>	7520	177	2.4
<i>Centre</i>	24440	1718	7.0
<i>Est</i>	5640	213	3.8
<i>Extrême Nord</i>	5640	269	4.8
<i>Littoral</i>	12220	1018	8.3
<i>Nord</i>	6580	121	1.8
<i>Nord-Ouest</i>	13160	1333	10.1
<i>Ouest</i>	5640	513	9.1
<i>Sud</i>	4700	126	2.7
<i>Sud-Ouest</i>	8460	611	7.2
Total	94000	6099	6.5

Plusieurs obstacles s'opposent à la mise en œuvre appropriée de la prise en charge pédiatrique. Les principales sont les suivantes :

- 1) La faible couverture géographique des activités de prise en charge pédiatriques
- 2) Le nombre limité du personnel formé à l'offre des services de prise en charge pédiatrique
- 3) La non application systématique des directives par les prestataires de soins en rapport avec :
 - La standardisation des pratiques et la documentation systématique des activités de suivi des enfants exposés
 - La systématisation de la recherche active des enfants infectés à diverses portes d'entrée aux soins de la santé maternelle néonatale et infantile (SMNI) dans les formations sanitaires
 - L'application rigoureuse des directives nationales en matière de prescription des ARV chez les enfants
 - La mise en œuvre dans les sites de système efficace pour la rétention des patients, le retraçage des perdus de vue et l'aide à l'observance du traitement
- 4) Les ruptures récurrentes de stock des tests de dépistage et ARV pédiatriques dans les formations sanitaires
- 5) La faible qualité des services offerts aux clients dans les formations sanitaires
- 6) La faiblesse du système de rapportage des activités de prise en charge pédiatrique et La mise en œuvre efficace des solutions appropriées à ces obstacles

améliorerait de beaucoup la performance et la qualité de la prise en charge dans tout le pays.

D. Mobilisation communautaire en PTME

Dans un contexte de ressources limitées (humaines, matérielles, financières) et de recherche de l'efficacité dans les résultats de santé, le Ministère en charge de la Santé Publique a adopté le développement des programmes d'Agents de Santé Communautaires conformément aux diverses recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé et de l'Alliance Mondiale pour les Personnels de Santé. Des agents de santé communautaires polyvalents sont formés et contribuent de manière intégrée, à la mise en œuvre du continuum de soins des personnes vivants avec le VIH/Sida, à la recherche des perdus de vues pour le VIH et la tuberculose et au traitement à la prise en charge du paludisme

Les Services à Base Communautaire (SBC) trouvent toute leur justification à travers le souci du gouvernement camerounais de rendre les services de PTME/SMNI accessibles à une grande partie de la population et contribuer ainsi à réduire la mortalité maternelle et infantile. Le but des SBC est de remédier à l'insuffisance des structures sanitaires et du personnel en rapprochant les services des utilisateurs. Ce qui permet d'améliorer les connaissances et les pratiques essentielles de base par le biais de relais issus de la communauté (ASC) et les membres des groupes de soutien.

Care Cameroun est un sous-réципиendaire du MINSANTE dans le cadre du R10 du Fond mondial, pour le sous-projet de mobilisation communautaire par les VC en faveur de la PTME et de suivi des PVVIH à travers les ARC.

CARE s'active aussi à la sensibilisation et mobilisation communautaire en faveur de la PTME dans 5 des 10 régions du pays à savoir l'Adamaoua, le Nord, L'Extrême-Nord, l'Ouest et l'Est. Le tableau ci-après montre le nombre de districts de santé couverts par le sous-projet géré par CARE Cameroun.

a) Résultats obtenus

CARE a fait mener plusieurs activités dans ses zones d'intervention, à travers les volontaires communautaires (VC) recrutés et formés en 2013, et les résultats obtenus sont les suivants :

- Nombre de femmes enceintes sensibilisées par les VC dans les sites du projet 249 149 (cible : 403 245), soit un taux de performance de 62%.
- Nombre de femmes enceintes en âge de procréer touchées par les VC 17 171 (cible : 151 217), soit un taux de performance de 11%.
- Nombre de partenaires des femmes enceintes sensibilisés par les VC 32 277 (cible : 242 973), soit un taux de performance de 13%.
- Nombre d'enfants et de jeunes touchées par les VC 3302 (cible : 151 217), soit un taux de performance de 2%.

- Nombre de femmes enceintes orientées par les VC et reçues en CPN1 33 405 (cible : 403 245), soit un taux de performance de 9%.
- Nombre de femmes enceintes orientées par le VC en CPN et qui ont effectuées le test du VIH 14 855 (cible : 174 940), soit un taux de performance de 8,5%.
- Nombre de spots sur la PTME diffusés dans les radios communautaires 1798 (cible : 18 000), soit un taux de performance de 10%.
- Nombre d'évènement spéciaux couverts par les radios communautaires en faveur de la PTME 24(cible : 180), soit un taux de performance de 13%.

Tableau 11: Nombre d'ARC et VC actifs, nombre de radios communautaires par zone d'intervention de CARE

<i>Régions</i>	<i>Nombre de DS couverts par CARE</i>	<i>Nombre d'ARC actifs au 31/12/2014 (Suivi des PVVIH)</i>	<i>Nombre de VC actifs au 31/12/2014 (MOBCOM pour CPN/PTME)</i>	<i>Nombre de radios Communautaires au 31/12/2014 (MOBCOM pour CPN/PTME)</i>
<i>Adamaoua</i>	8	28	71	3
<i>Centre</i>	0	123	N/A	N/A
<i>Est</i>	9	30	47	1
<i>Extrême-Nord</i>	28	53	250	2
<i>Littoral</i>	0	54	N/A	N/A
<i>Nord</i>	15	13	190	2
<i>Nord Ouest</i>	0	50	N/A	N/A
<i>Ouest</i>	16	39	151	3
<i>Sud</i>	7	21	42	2
<i>Sud Ouest</i>	0	38	N/A	N/A
TOTAL	83	449	751	13

Source : Rapports trimestriels de CARE, 2013-2014

b) Difficultés

- 1) la transmission tardive des rapports et des contrats des ARC des régions vers le siège de CARE (Faible promptitude);
- 2) la démission des VC et des Référents Communautaires;
- 3) l'absence de système formel de référence contre référence ;
- 4) l'absence d'agents communautaires pour servir de relais aux FEC diagnostiquées VIH+ en CPN1 pour les orienter vers les CTA;
- 5) la faible complétude des rapports VC (37,77%) et le paiement tardif des ARC et VC ;
- 6) l'abandon des VC à eux-mêmes (sans supervision de proximité des CAS et des RC) et le faible suivi-supervision de Radio Communautaire.

c) Défis

- 1) La mise en place d'un système efficace de référence contre référence ;
- 2) La mise en place d'un système de recherche des perdus de vue de la PTME;
- 3) La formation des VC et des ARC au regard de leurs missions;
- 4) Le renforcement de l'accompagnement psychosocial des patients;
- 5) Le renforcement du lien entre les FEC diagnostiquées VIH+ en CPN1, le suivi de leur prise en charge médicale par les ARV (option B+), le suivi de leurs enfants de la naissance au diagnostic rapide par PCR à 6 semaines ;
- 6) Le respect de la promptitude et la complétude des rapports des VC/ARC et des Radios Communautaires
- 7) Le paiement des VC et ARC doit être adossé aux résultats obtenus en lien avec les indicateurs contractuels du Fonds Mondial, au round 10.

E. EVALUATION DE LA QUALITE DES DONNEES ET DES SERVICES

1. Complétude des données par région

L'une des missions des GTR est d'apporter l'appui technique et de rassembler et d'envoyer au niveau central les rapports des données collectées sur le terrain mensuellement. La complétude des données pour l'année 2014 est de 85%. Ce taux varie de 73% à l'Est à 100% à l'Ouest, au Nord et au Nord-Ouest.

Tableau 12: Répartition du taux de complétude des rapports PTME 2014

<i>Régions</i>	<i>TAUX DE COMPLETUDE DES RAPPORTS</i>
<i>Adamaoua</i>	91%
<i>Centre</i>	75%
<i>Est</i>	73%
<i>Extrême Nord</i>	83%
<i>Littoral</i>	79%
<i>Nord</i>	100%
<i>Nord-Ouest</i>	99%
<i>Ouest</i>	100%
<i>Sud</i>	53%
<i>Sud-ouest</i>	97%
TOTAL	85%

La complétude nationale pourrait être de 100% si celle de certaines régions étaient meilleure, notamment le Centre, l'Est, le Littoral et le Sud avec respectivement 75%, 73%, 79%, et 53%. Cette faible complétude dans ces régions serait probablement due à :

- L'absence des outils de collecte dans les sites
- L'insuffisance de formation du personnel sur le remplissage de ces outils
- Une faible rétention du personnel formé
- Une incompréhension des indicateurs à collecter par les prestataires
- Défaut d'agrégation des données dans les FOSA et/ou DS
- L'existence des zones enclavées dans certaines régions, entraînant une difficulté dans l'acheminement des données

Quelques solutions à envisager pour améliorer cette complétude :

- ✓ Disponibilité des outils dans les sites
- ✓ Rétention du personnel formé au poste
- ✓ Formation du personnel sur le remplissage des outils de collecte

2. Evaluation de la qualité des données et des services :

Les régions du Nord-Ouest et du Sud-ouest ont été sélectionnées comme régions pilotes pour une évaluation de la qualité des données et des services de la PTME et de la PEC globale du VIH/SIDA. Un total de 18 FOSA ont été visitées, plusieurs domaines ont été évalués parmi lesquels la PTME et la prise en charge pédiatrique.

Leçons apprises de cette évaluation:

Points forts : la disponibilité et l'utilisation des registres intégrés de PTME/SMNI dans toutes les FOSA visitées, l'existence d'un circuit de transport des DBS efficace et l'absence de rupture de stock en ARV pour la PTME ces 12 derniers mois.

Points faibles: liens entre les services de PTME, PECP et PEGG, améliorer le remplissage des registres de PTME/SMNI, - système de recherche des perdus de vue, pas de revue de la qualité des données et services offerts aux femmes enceintes, système d'assurance qualité et de gestion.

Recommandations : assurer de la disponibilité des tests de dépistage des femmes enceintes, assurer la chaîne d'approvisionnement en ARV, CTX pour les femmes enceintes et les enfants, réviser les registres intégrés de PTME/SMNI ainsi que leurs SOPs, identifier les besoins en assurance qualité lors des supervisions.

F. DEFIS MAJEURS A LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME DE PTME

La mise en œuvre de ce programme doit être conforme au document guide : « Les Directives nationales de prévention et de prise en charge du VIH », validées en 2014 qui visent à améliorer l'accessibilité, la qualité de la prévention et de la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVVIH) au Cameroun. Au moins un exemplaire de ces Directives doit être disponible dans chaque unité de prise en charge et accessible à chaque intervenant dans la prise en charge.

1. Renforcement de la coordination à tous les niveaux :

Plusieurs partenaires interviennent dans la PTME, cependant leurs plans d'action ne sont pas toujours partagés avec la partie nationale. Une systématisation dans l'envoi des rapports d'activités menées par les différents acteurs permettraient d'avoir une meilleure visibilité sur les actions menées, le site de mise en œuvre et les responsables.

2. Amélioration du système d'approvisionnement et de distribution des intrants:

Ce système d'approvisionnement suivra désormais le circuit qui a été défini dans la lettre circulaire signée par le MINSANTE. Les sites devraient aussi souvent exprimer assez vite leurs besoins, sans attendre que leur stock de sécurité soit entamé.

3. Renforcement du système de supervision:

La supervision a pour rôle de favoriser l'amélioration de la qualité des prestations dans les sites de Prestation de Service de PEC ainsi qu'au niveau managérial de cette PEC. L'amélioration de la qualité des prestations impose des visites périodiques voire un accompagnement rapproché des prestataires à différents niveaux. Ces visites doivent absolument être effectuées suivant les normes minimales.

La faiblesse de supervision reste une des plus grosses faiblesses de l'édifice PTME au Cameroun. Un outil de supervision intégrée a été développé et validé, et des pools de superviseurs ont été formés tant au niveau central que périphérique. Mais un plan national de supervision qui couvrira tous les sites est indispensable.

4. Disponibilité des outils intégrés de collecte des données

En 2014, ces outils n'étaient pas disponibles dans tous les sites de PTME/SMNI. Seules 04 régions sur 10 ont effectivement utilisé ces outils durant toute l'année, et les autres régions utilisaient les anciens et les nouveaux outils. Ceci a posé d'énormes problèmes au moment du rapportage et de la validation annuelle des données. Le programme de la PTME souffre encore à ce jour d'une documentation approximative de ses activités et des insuffisances et incohérences notables sont observées à l'analyse des données du programme. Ceci empiète très sensiblement sur la perception de la qualité du programme.

5. Améliorer le système de transport des échantillons DBS et le rendu des résultats de PCR

Les 06 régions non soutenues par PPEFAR ont défini elles mêmes leur propre circuit de transport en fonction des réalités sur le terrain. Ces régions ont reçu des fonds du Comité National de Lutte contre le Sida (financement PEPFAR), à cet effet, en vue d'une décentralisation des tâches.

6. Renforcement de la mobilisation communautaire.

La mobilisation communautaire est la clé pour offrir à la communauté des informations dont ils ont besoin pour participer activement à l'amélioration de leurs conditions de Santé. Le taux de fréquentation de la CPN en 2014 est de 69,5%, ce qui montre que des efforts importants doivent encore être faits afin qu'au moins 80% de femmes enceintes utilisent les services de CPN.

G. PERSPECTIVES

- La mise au point de méthodes innovantes pour encourager la participation des communautés, et l'implication des partenaires masculins et des familles en vue de promouvoir un environnement social et culturel favorable à l'expression de la demande de services par toutes les populations qui en ont besoin, la réduction de la stigmatisation et de la discrimination, et l'accroissement de l'utilisation des services de SMNI et de PTME.
- L'offre d'un paquet complet de services de SMNI et de SR de qualité, basé sur une approche axée sur le client, qui intègre systématiquement toutes les composantes de la PTME afin de rendre les services de PTME disponibles et accessibles à toutes les femmes, à leurs partenaires et aux enfants à tous les niveaux du système de santé.
- La promotion des approches de délégation et de partage des tâches pour combler le déficit en ressources humaines et décentraliser les services.
- La poursuite de la recherche pour l'identification de solutions aux obstacles à la mise en œuvre effective et à l'accès universel aux interventions de PTME les plus

efficaces, avec un bon équilibre entre les effets bénéfiques, le coût, la toxicité et la possibilité de développement de résistance.

- La traduction de l'engagement politique en actions concrètes, telles que l'augmentation du financement des interventions de SMNI en général et de PTME en particulier, et la prise de mesures institutionnelles effectives pour rendre le système de santé fonctionnel.

H. COORDINATION ET PARTENARIAT

Le but de la coordination du programme de PTME est de veiller à la mise en œuvre effective et efficiente de ses activités. Cette coordination est basée sur des principes directeurs selon les Orientations stratégiques du PSN 2014 -2017 :

- Une appropriation de la réponse au VIH et sida par tous les acteurs intervenant dans le programme de PTME ;
- La Multisectorialité effective de la lutte contre le VIH par son appropriation ;
- Le renforcement en leadership de tous les acteurs et dans tous les secteurs ;
- La décentralisation à tous les niveaux ;
- Le respect de la Déclaration de Paris sur l'Alignement ;
- L'implication effective des PVVIH dans la lutte contre le VIH;
- L'articulation effective des directives avec les autres cadres et instruments de planification nationale ;
- Un bon cadre technique multisectoriel de S&E ;
- La mise à disposition des ressources suffisantes (humaines, matérielles et financières) permettant de mettre en œuvre les activités liées à la PTME/SMNI ;
- Le respect des engagements nationaux et internationaux ;
- La reddition des comptes ;
- Un système efficient de gestion et d'approvisionnement des médicaments et autres intrants de lutte contre le VIH et Sida.

Le soutien des partenaires multi et bilatéraux (OMS, UNICEF, ONUSIDA, PEPFAR dans toutes ses composantes, CHAI ESTHER, etc.) à cette entreprise est à la fois technique et financier. L'amélioration des procédures de gestion et plus de célérité dans la mise à disposition de ces fonds devrait permettre plus d'efficacité dans la mise en œuvre des activités du programme et de bénéfice pour les populations bénéficiaires.

CONCLUSION

En 2014, des efforts ont été entrepris pour améliorer le plus possible la performance du programme de PTME, malgré le contexte de transition de l'option A à l'option B+.

Certes, le nombre de formations sanitaires offrant les services de PTME n'a pas augmenté par rapport à l'année précédente, mais par contre le nombre de sites PTME offrant le prélèvement des DBS pour le diagnostic précoce de l'infection à VIH chez les enfants exposés a littéralement triplé, passant de 419 (2012) à 1306(2014).

Le taux de fréquentation de la CPN est de 69,5%(52,7% en 2013), la couverture des femmes enceintes en ARV est de 53,5% (32,7% en 2013), le taux de positivité de la PCR 6 semaines est de 5,6%(6,3% en 2013).

Certains domaines sensibles constituent des axes d'intervention pour améliorer la qualité des services et des résultats du programme de PTME ; il s'agit de :

- ✚ Mise à disposition des nouveaux outils intégrés de collecte dans toute l'étendue du territoire ;
- ✚ Renforcement des capacités des prestataires sur l'utilisation et exploitation adéquates de ces outils intégrés ;
- ✚ Disponibilité permanente des intrants PTME dans les sites ;
- ✚ Sensibilisation et mobilisation communautaire.

Des progrès ont certes été réalisés dans le cadre de la PTME au cours de cette année, mais ils restent encore insuffisants pour réduire à 5% le taux de transmission de la mère à l'enfant du VIH en 2015. Les résultats enregistrés et l'engagement de tous les acteurs sont cependant des facteurs d'espoir.

Une intensification de la prévention primaire de l'infection à VIH chez les futurs parents, une plus grande utilisation des services de planification familiale pour toutes les femmes en général, et les femmes infectées en particulier, la disponibilité, l'accès et l'utilisation appropriées d'un paquet de services de soins de santé maternelle et infantile de qualité intégrant le conseil et le dépistage, la prophylaxie et le traitement aux ARV pendant la grossesse, ainsi que la période périnatale et l'allaitement maternel, constituent les voies à suivre dans la marche des pays de l'Afrique Sub-saharienne pour l'atteinte des objectifs ciblés.

ANNEXES :

ANNEXE 1 : indicateurs intégrés SMNI/PF/PTME de suivi du plan mondial e-TME

Le Cameroun faisant partie des 22 pays qui contribuent à plus de 80% du poids mondial de la transmission mère enfant du VIH. Le niveau de réalisation de ces indicateurs est présenté ci-dessous.

Niveau de réalisation des indicateurs de suivi du programme dans le cadre du plan Mondial e-TME

Cascade des indicateurs intégrés SMNI, PF et PTME recommandés dans le guide de suivi-évaluation du Plan mondial é-TME			
<i>Résultats 2014 des progrès de l'initiative d'élimination de la TME au Cameroun</i>			
Pilier 1: Prévention primaire		Valeurs	Sources
Indicateur clé:	1a) Pourcentage des femmes enceintes qui connaissent leur statut sérologique VIH	96,5 (476 477)	Rapport de progrès N°9 CNLS
Autres indicateurs	1b) : Pourcentage des partenaires des femmes enceintes testés au VIH	3,4% (19 527)	Rapport de progrès N°9 CNLS
	1c) : Pourcentage d'hommes et de femmes âgés de 15 - 49 ans ayant plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	75,6%	EPP SPECTRUM, EDS/MICS IV
Pilier 2: Prévention des grossesses non désirées			
Indicateur clé:	2a) Besoins non satisfaits en planification familiale chez les femmes en âge de procréer	20%	ECAM, EDS/MICS IV
Autres indicateurs	2b) Pourcentage des femmes en âge de procréer vues dans un service de soins et traitement du VIH ayant des besoins non satisfaits en PF	14%	EDS/ MICS IV
Pilier 3: Prévention de la transmission verticale			
Indicateur clé:	3a) pourcentage de femmes enceintes VIH + sous un régime ARV pour réduire la TME (à désagréger)	53,5% (22 297)	Rapport de progrès N°9 CNLS
	3a,1 bis) pourcentage de femmes enceintes VIH + sous	25,4% (10 599)	Rapport de progrès N°9

	un TARV pour leur propre santé		CNLS
	3a,2 bis) pourcentage de femmes enceintes VIH + sous prophylaxie ARV pour réduire la TME	28,06% (11 698)	Rapport de progrès N°9 CNLS
Autres indicateurs	3b) Pourcentage de femmes enceintes VIH+ éligibles au TARV (évaluation CD4 ou stadification clinique)	12,3% (5130/31112)	Rapport de progrès N° 9 CNLS
	3c) Pourcentage d'enfants nés de mères séropositives allaités au sein sous ARV (mère ou enfant) pendant la période d'AM (à 2 mois de vie)		
Pilier 4: Soins, traitement, soutien aux mères infectées, leurs enfants, le conjoint et la famille			
Indicateur clé:	4a) Pourcentage d'enfants nés de mères infectées au VIH ayant effectué un dépistage du VIH dans les 2 mois de vie	35,3% (10994/31112)	Rapport de progrès N° 9 CNLS
Autres indicateurs	4b) Pourcentage d'enfants nés de mères infectées au VIH ayant débuté la prophylaxie au cotrimoxazole dans les 2 mois de vie	17,6% (7318)	Rapport de progrès N° 9 CNLS
	4c) Pourcentage d'enfants exposés au VIH sous AME, AR ou AM lors de la vaccination DPT3	ND	Rapport PEV
	4d) Pourcentage d'enfants infectés au VIH âgés de 0 à 14 ans sous TARV	16,9% (5568)	Rapport CNLS au 31 Dec 2014
Santé maternelle et infantile			
Indicateurs clés:	Couverture CPN avec au moins 4 visites		
	Proportion de naissance assurée par un personnel formé	64%	ECAM, EDS/MICS IV
	Pourcentage d'accouchement dans une formation sanitaire	61%	ECAM, EDS/MICS IV
	Proportion de femmes reçues en visite post natale dans les 72H	ND	ECAM, EDS/MICS IV
	Taux de mortalité des moins de 5 ans	122‰	ECAM, EDS/MICS IV
	Taux de mortalité infantile	62‰	ECAM, EDS/MICS

			IV
Autre indicateur d'intégration VIH/SMI	Pourcentage de formations sanitaires faisant la CPN qui offrent le conseil dépistage du VIH, les ARV pour la PTME et les CD4 aux femmes enceintes séropositives	47%	Rapport "PMTCT facilities survey" 2011

ANNEXE 2 : Liste des indicateurs du programme intégré SMNI/PTME à collecter mensuellement dans les FOSA

N°	Indicateurs	Nombre	Observation
I-CONSULTATIONS PRENATALES (CPN)			
1	Nombre de femmes enceintes reçues en première CPN au cours du mois		
2	Nombre de femmes enceintes conseillées pour le VIH au cours du mois		
3	Nombre de femmes enceintes ayant effectué leur test du VIH au cours du mois.		
4	Nombre de femmes enceintes ayant retiré leurs résultats du test de dépistage VIH au cours du mois		
5	Nombre de femmes enceintes en première CPN qui ont été testées VIH+ au cours du mois		
6	Nombre de femmes enceintes déjà connues VIH+ au moment de leur visite de première CPN		
7	Nombre total de femmes enceintes ayant reçu au moins 2 doses de TPI pendant leur grossesse au cours du mois		
8	Nombre de femmes enceintes qui ont reçu le MILDA au cours du mois		
9	Nombre de femmes enceintes ayant effectué la 4eme CPN au cours du mois		
10	Nombre de femmes enceintes ayant reçu au moins la deuxième dose de VAT au cours mois		
11	Nombre de femmes enceintes testées négatives en CPN1 qui ont été testées à nouveau pour le VIH à la troisième ou quatrième CPN au cours du mois		
12	Nombre de femmes enceintes testées négatives en CPN1 qui ont été testées à nouveau et diagnostiquées VIH+ à la troisième ou quatrième CPN au cours du mois		
13	Nombre de partenaires masculins des femmes enceintes reçues au cours du mois qui ont été testés pour le VIH		
14	Nombre de partenaires masculins des femmes enceintes reçues au cours du mois qui ont été testés VIH+		
15	Nombre de femme enceinte VHI+ ayant reçu la prophylaxie au Cotrimoxazole au cours du mois		
16	Nombres de femmes enceintes VIH+ trouvées éligibles au traitement ARV (cliniquement ou par les CD4) au cours du mois		
17	Nombre de femmes enceintes VIH+ trouvées éligibles au traitement et qui ont initié la trithérapie ARV sur site au cours du mois		

18	Nombres de femmes enceintes VIH+ trouvées éligibles (cliniquement ou par les CD4) au traitement ARV et qui ont été référées dans un autre site pour le traitement ARV au cours du mois		
19	Nombre de femmes enceintes VIH+ déjà sous trithérapie au moment de leur grossesse reçues en CPN au cours du mois		
20	Nombre total de femmes enceintes VIH+ non éligibles à la trithérapie ARV qui ont reçu les ARV prophylactiques pour la PTME au cours du mois		
II-SALLE DE TRAVAIL ET D'ACCOUCHEMENT			
21	Nombre total de femmes enceintes suivies en CPN, qui ont accouchées dans la FOSA au cours du mois		
22	Nombre de femmes enceintes à statut VIH inconnues testées pour le VIH en salle d'accouchement au cours du mois		
23	Nombre de femmes enceintes testées VIH+ en salle d'accouchement au cours du mois		
24	Nombre de femmes enceintes testées VIH+ en salle d'accouchement mis sous ARV pour la PTME au cours du mois		
25	Nombre total des accouchements effectués dans la formation sanitaire au cours du mois		
26	Nombre d'accouchements des femmes enceintes VIH+ dans la formation sanitaire au cours du mois		
27	Nombre total des accouchements de femmes VIH+ enregistrés (accouchements dans la FOSA et en dehors) au cours du mois		
28	Nombre d'enfants nés des mères VIH+ qui ont débuté la Nevirapine prophylactique à la naissance au cours du mois		
29	Nombre des accouchements suivis de complications (hémorragie, éclampsie, etc.) dans la FOSA au cours du mois		
30	Nombre de décès maternels enregistrés dans la FOSA au cours du mois		
31	Nombre des accouchements d'enfants mort-nés au cours du mois		
III- SUIVI POSTNATAL MERE (CPON MERE)			
32	Nombre de femmes VIH+ qui ont accouché hors de la FOSA et sont venues avec leurs bébés dans les 72h suivant l'accouchement au cours du mois		
33	Nombre de femmes ayant reçu une dose de vitamine A en post partum au cours du mois		
34	Nombre de femmes qui ont débuté une méthode de planning familial en post partum au cours du mois		

35	Nombre de femmes VIH+ qui ont débuté une méthode de planning familial en post partum		
IV- SUIVI POSTNATAL ENFANT (CPON ENFANT)			
36	Nombre d'enfants nés de mères VIH+ reçus en consultation de suivi entre 6-8 semaines au cours du mois		
37	Nombre d'enfants nés de mères VIH+ qui ont débuté le Cotrimoxazole à 6 semaines au cours du mois		
38	Nombre d'enfants nés de mères VIH+ qui ont fait le DBS/PCR à 6-8 semaines au cours du mois		
39	Nombre d'enfants nés de mères VIH+ qui ont été diagnostiqués VIH+ par PCR à 6 - 8 semaines au cours du mois		
40	Nombre d'enfants qui sont toujours sous allaitement maternel exclusif à 6 mois de vie		
41	Nombre total d'enfants nés de mères VIH+ vus à la visite de 12 mois au cours du mois		
42	Nombre d'enfants nés de mères VIH+ à la visite de 12 mois qui sont à jour pour leurs vaccinations		
43	Nombre d'enfants nés de mères VIH+, qui ont été testés positifs par la sérologie entre 9 et 18 mois et dont la positivité a été confirmée par une PCR au cours du mois		
44	Nombre total d'enfants nés de mères VIH+ confirmé infecté au VIH par PCR ou par sérologie qui ont été enrôlés à la prise en charge et traitement ARV au cours du mois		