

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix - Travail – Patrie

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Comité National de Lutte contre le SIDA

Groupe Technique Central

Secrétariat Permanent

REPUBLIC OF CAMEROON
Peace - Work – Fatherland

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

National AIDS Control Committee

Central Technical Group

Permanent Secretariat

RAPPORT DE PROGRÈS PTME N°12



Photo par Eric Bond/Elizabeth Glaser Pediatric AIDS

ANNÉE 2017

SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION	4
II.	OFFRE ET DEMANDE DES SERVICES PTME	5
1.	Offre de services PTME	5
1.1	Couverture géographique en sites PTME	5
1.2	Couverture géographique en sites de prélèvement DBS	6
1.3	Contribution des Accompagnateurs Psycho-Sociaux (APS)	7
2.	Demande des services PTME	7
2.1	Résultats des activités communautaires PTME obtenus en 2017	8
2.2	Faiblesses dans la mise en œuvre des interventions communautaires de PTME	13
2.3	Propositions de solutions aux obstacles identifiés au niveau communautaire	15
III.	ANALYSE DES RESULTATS 2017 DE LA PTME	18
1.	Taux de fréquentation de la CPN	18
2.	Dépistage du VIH chez les femmes enceintes	19
3.	Taux de séropositivité du VIH chez les femmes enceintes,	20
4.	Taux de séropositivité au VIH lors du re-testing des FEC	22
5.	Dépistage du VIH chez les partenaires des FEC	22
6.	Couverture en ARV des FEC séropositives	23
7.	Couverture en Cotrimoxazole des FEC séropositives	24
8.	Accouchement des FEC dans les sites PTME	25
9.	Cascade PTME FEC	26
IV.	SUIVI DES ENFANTS EXPOSES	27
1.	Couverture en ARV prophylactique chez l'enfant exposé au VIH	27
2.	Couverture en Cotrimoxazole chez les enfants exposés	27
3.	Taux de positivité à la 1 ^{ère} PCR	28
4.	Autres PCR (PCR2, PCR3)	29
5.	Cascade du suivi des enfants exposés	29
V.	PRINCIPALE ETUDE REALISEE EN 2017	31
VI.	PRINCIPAUX GOULOTS D'ÉTRANGLEMENT DE LA PTME ET SOLUTIONS PROPOSÉES	31
VII.	PERSPECTIVES	33
VIII.	COORDINATION ET PARTENARIAT	33
IX.	CONCLUSION	34
X.	SOURCES	35
XI.	ANNEXES	36
	ANNEXE 1 : Indicateurs intégrés SMNI/PF/PTME de suivi du plan mondial e-TME	36

ANNEXE 2 Liste des indicateurs clés pour les interventions sous directives communautaires	37
ANNEXE 3 : Principaux indicateurs collectés par les APS Pédiatriques	38
ANNEXE 4: Liste des indicateurs du programme intégré SMNI/PTME à collecter mensuellement dans les FOSA.....	38
ANNEXE 5: LISTE DES SITES IMPLEMENTANT LE POC-EID EN 2017	41
ANNEXE 6 Couverture en ARV des FEC VIH+ par région en 2017	42
ANNEXE 7 Liste des DS de santé prioritaires à la PTME communautaires à besoin d'appui financier en 2017	43

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Répartition des sites PTME	5
Tableau 2: Répartition du nombre de sites DBS et POC/EID par région en 2017	6
Tableau 3 : matrice des intervenants et interventions communautaire de la PTME	8
Tableau 4: Résultats de la mise en œuvre des interventions communautaires de la PTME	9
Tableau 5: Recommandations pour le renforcement des interventions communautaires de la PTME15	
Tableau 6: Séropositivité chez les FEC par région en 2017	21
Tableau 7: Séropositivité au VIH des partenaires des femmes enceintes par région en 2017.....	23
Tableau 8: Couverture en Cotrimoxazole des FEC VIH+ par région en 2017	25
Tableau 9: Répartition du taux d'accouchement des FEC VIH+ par région en 2017.....	26
Tableau 10: Couverture en Cotrimoxazole des enfants exposés au VIH en 2017.....	28
Tableau 11: Suivi des enfants exposés/infectés au VIH	31
Tableau 12: Principaux goulots d'étranglements et solutions proposées en PTME	32

LISTE DES FIGURES

<i>Figure 1: Nombre de femmes enceintes perdues de vue à la CPN ou n'ayant pas commencé la CPN référées par l'ASCP et reçues dans la FOSA</i>	<i>12</i>
<i>Graphique 2:Nombre de nouveau-nés nés en communauté ou n'ayant pas respecté la consultation postnatale à 8 semaines référés par l'ASC et reçus dans la FOSA</i>	<i>13</i>
Figure 3: Evolution de la fréquentation de la CPN1 par année	18
Figure 4: Taux de fréquentation de la CPN1 par région en 2017	19
Figure 5: Cascade du dépistage du VIH chez les FEC par région	20
Figure 6 :Taux de séropositivité au VIH chez les FEC par région en 2017	21
Figure 7: Taux de séroconversion VIH des FEC en 2017 par Région en 2017	22
Figure 8: Evolution du taux de couverture en ARV chez les FEC VIH+ de 2014 à 2017	24
Figure 9 : Taux de couverture programmatique en ARV en 2017.....	24
Figure 10: Cascade de l'offre de soins PTME pour les FEC reçues en CPN et en SA en 2017	27
Figure 11 : Taux de séropositivité de la PCR1 des enfants exposés au VIH en 2017	29
Figure 12: Cascade de prise en charge de l'enfant expose au VIH en 2017.....	30

LISTE DES ABREVIATIONS

AOC	Afrique de l'Ouest et du Centre
AGR	Activités génératrices de revenus
AM	Allaitement maternel
AME	Allaitement maternel exclusif
APS	Accompagnateur Psycho-Social
AR	Allaitement artificiel
ARV	Antirétroviral
ASCP	Agent de santé communautaire polyvalent
CAMNAFAW	Cameroon National Association for Family Welfare
CARE	Cooperative for Assistance and Relief Everywhere
CBC-HB	Cameroon Baptist Convention Health Board
CBCHS	Cameroon Baptist Convention Health Services
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CDV	Conseil et Dépistage Volontaire
CHAI	Clinton Health Access Initiative
CHP	Care and Health Program
CHW	Community Health Worker
CIRCB	Centre International de Référence Chantal Biya
CIS/MINSANTE	Cellule d'Information Sanitaire du Ministère de la Santé Publique
CMA	Centre Médical d'Arrondissement
CNLS	Comité National de Lutte contre le Sida
CPN	Consultations Périnatales
CPN1	Première Consultation Périnatale
CPON-E/M	Consultation Post Natal Enfant/Mère
CRSAR	Centre de Recherche pour la Santé des Armées
CRS	Catholic Relief Services
CRTV	Cameroon Radiotélévision
CSI	Centres de Santé Intégré
CTA	Centre de Traitement Agréé
CTX	Cotrimoxazole
CV/VL	Charge Virale/ Viral load
DBS	Dry Blood Spots
DCIP	Dépistage et Conseil à l'Initiative du Prestataire
DHIS	District Health Information System
DLMEP	Direction de la Lutte Contre la Maladie, les Épidémies et les Pandémies
DOSTS	Direction de l'Organisation des Soins et de la Technologie Sanitaire
DRH	Direction des Ressources Humaines
DROS	Division de la Recherche Opérationnelle en Santé
DSF	Direction de la Santé Familiale

DS	District de Santé
ECAM	Enquête Camerounaise Auprès des Ménages
ECD	Equipes cadres de district
EE	Enfant exposé
EGPAF	Elizabeth Glaser Pediatric Aids Foundation
EID	Early Infant Diagnostic
e-TME	Elimination de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
FBR	Financement Basé sur les Résultats
FEC	Femme enceinte
FM	Fonds Mondial de lutte contre la Tuberculose, le VIH/Sida et le Paludisme
FOSA	Formation Sanitaire
FRPS	Fonds Régional de Promotion de la Santé
GTC	Groupe Technique Central du Comité National de Lutte contre le Sida
GTR	Groupe Technique régional de lutte contre le Sida
GTSE	Groupe Technique de travail Suivi Evaluation
IO	Infections Opportunistes
IRESCO	Institut Pour La Recherche, Le Développement Socio-Economique et La Communication
ISDC	Interventions et Sous Directives Communautaire
M2M	Mère mentors
MC-CCAM	The Malaria consortium-Cameroon Coalition Against Malaria
MINPROFF	Ministère de la Promotion de la Femme et de la famille
NEID	National Early Infant Diagnostic Mutenguene
NFM	New Funding Model
NOLFOWOP	No Limit for Woman Project'
NVP	Névirapine
OBC	Organisation à Base Communautaire
OEV	Orphelins et Enfants Vulnérables
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Organisation des Nations Unies pour la lutte contre le VIH/Sida
OSC	Organisations de la Société Civile
PCR	Polymerase Chain Reaction
PDV	Perdu de vue
PE	Pairs éducateurs
PECP	Prise en Charge Pédiatrique
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief
PLMI	Programme de Lutte contre la Mortalité Maternelle et Infantile
POC	Point Of Care
PSN 2014-2017	Plan Stratégique National de lutte contre le Sida 2014-2017
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PTME	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH

SA	Salle d'accouchement
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SMNI	Santé Maternelle Néonatale et Infantile
SR/PF	Santé de Reproduction/ Planning Familial
TARV	Traitement Anti rétroviral
TBRL	Tuberculosis Reference Laboratory Bamenda
TME	Transmission du VIH de la mère à l'enfant
TPI	Traitement Préventif Intermittent
TWG	Groupe Technique de travail sur la prévention de la transmission d VIH de la mère à l'enfant
UNICEF	United Nations Children's Funds
UNITAID	Organisation internationale d'achats de médicaments, chargée de centraliser les achats de traitements médicamenteux afin d'obtenir les meilleurs prix possibles, en particulier à destination des pays en voie de développement.
USAID	United State Agency for International Development
VAD	Visite à Domicile
VIH	Virus de l'immunodéficience Humaine

I. INTRODUCTION

En 2016, l'ONUSIDA estimait à 36,7 millions de personnes vivant avec le VIH (PvVIH) dont 53% sous traitement antirétroviral et 1,8 million nouvelles infections. D'après ces estimations, 6,1 millions de ces personnes vivaient en Afrique de l'Ouest et du Centre (AOC) dont 370 000 nouvelles infections et 35% sous traitement antirétroviral. En Afrique subsaharienne, 60 000 (33%) nouvelles infections se retrouvent chez les enfants (*Factsheet ONUSIDA, 2017*).

Au Cameroun, la prévalence du VIH au sein de la population générale est estimée à 3,9% (EPP Spectrum, 2017) et celle des femmes enceintes est estimée à 5,7 % (rapport enquête sentinelle 2016). Cependant, les données programmatiques font état d'une variation du taux de séropositivité qui était respectivement de 6,1%, 4,7%, 6,3%, 4,1% et 4,9% en 2012, 2013, 2014, 2015 et 2016.

Le taux de positivité globale du test de VIH par la PCR1 chez les enfants exposés au VIH a diminué de 8,4% en 2012, à 5,6% entre 2014 et 2016. En outre, le taux d'accouchement des femmes séropositives dans les formations sanitaires variait entre 50% et 52,6% entre 2015 et 2016, suggérant ainsi un faible accès du couple mère-enfant au paquet d'interventions péri- et post-natal.

Le Cameroun a adhéré à la stratégie d'accélération pour atteindre d'ici 2020 l'objectif 90-90-90. Il s'agit que 90 % des PvVIH connaissent leur statut sérologique, 90 % des personnes qui connaissent leur statut sérologique sont mises sous traitement antirétroviral et 90 % des personnes sous traitement ARV ont une charge virale indétectable.

Le passage à échelle de l'Option B+ à partir de 2015 ainsi que la mise en œuvre de la stratégie « Tester et Traiter » et de celle de la délégation des tâches devraient permettre d'évoluer vers l'atteinte de ces objectifs.

Ce rapport présente les résultats des activités de PTME pour l'année 2017. Il est structuré en deux grandes parties : l'analyse de l'offre et de la demande des services de PTME/PECP et les résultats obtenus.

II. OFFRE ET DEMANDE DES SERVICES PTME

1. Offre de services PTME

1.1 Couverture géographique en sites PTME

Au Cameroun, le programme PTME est intégré à la santé maternelle néonatale et infantile (SMNI) et offre un paquet de services intégrés au cours des activités de consultation prénatale, d'accouchement et de suivi post-natal du couple mère et enfant. Ce paquet de services comprend : le dépistage/le counseling du VIH (pour les femmes enceintes (FEC) et leurs partenaires), la mise sous traitement antirétroviral pour les femmes enceintes dépistées séropositives au VIH, la prophylaxie au Cotrimoxazole, les conseils pour l'accouchement à moindre risque et la prise en charge des enfants exposés en per et en post partum (ARV prophylactique, diagnostic précoce).

Le pays met en œuvre l'option B+ depuis 2014 avec une extension progressive. De 2016 à 2017, le nombre de sites PTME est passé de 4 081 à 4 342 soit une couverture moyenne de 84.0%. Cette couverture nationale est en hausse par rapport à l'année 2016 (79%).

Tableau 1: Répartition des sites PTME

Régions	Nombre de Districts de Santé	Nombre de FOSA	Nombre de sites PTME	Couverture en sites PTME
Adamaoua	9	179	150	83.8%
Centre	30	1305	1080	82.8%
Est	14	266	236	88.7%
Extrême-Nord	30	388	377	97.2%
Littoral	24	928	660	71.1%
Nord	15	279	250	89.6%
Nord-Ouest	19	441	395	89.6%
Ouest	20	741	631	85.2%
Sud	10	286	270	94.4%
Sud-ouest	18	353	293	83.0%
National	189	5 166	4 342	84.0%

Source : Base des données de la CIS et du DHIS2/Minsante 2017

Les régions du Littoral et du Centre ont les proportions les plus faibles en sites PTME. Ceci s'expliquerait par l'existence dans ces deux régions d'un nombre élevé de formations sanitaires privées plus ou moins spécialisées et ne comportant pas nécessairement la PTME dans le paquet

de services qu'elles offrent aux populations.

1.2 Couverture géographique en sites de prélèvement DBS

Le nombre de sites de prélèvement des échantillons pour le diagnostic précoce du VIH par PCR est passé de 1 947 en 2016 à 2010 en 2017. Soit une couverture de 47.4% qui reste insuffisante et peut s'expliquer par l'existence de sites « dormants » c'est-à-dire dont le personnel a été formé au prélèvement mais qui jusque-là ne mène pas cette activité. En plus des 03 laboratoires de référence (CIRCB, NEID-Mutengene, TBL-Bamenda) que compte le pays, nous comptons 13 sites de dépistage précoce des enfants Exposés (EE) qui utilisent les appareils « Points of Care » (POC) répartis dans quatre régions.

Tableau 2: Répartition du nombre de sites DBS et POC/EID par région en 2017

Région	Nombre de sites PTME	Sites POC/EID	Nombre de sites DBS fonctionnels 2017	Couverture sites DBS par rapport aux sites PTME
Adamaoua	150		68	45.3%
Centre	1080	5	634	58.7%
Est	236		122	51.7%
Extrême-Nord	377		158	41.9%
Littoral	660	3	149	22.6%
Nord	250		207	82.8%
Nord-Ouest	395	3	250	63.2%
Ouest	631		100	15.8%
Sud	270		211	78.1%
Sud-ouest	293	2	111	37.9%
National	4342	13	2010	46.3%

Source : Base des données du DHIS2

Les principales difficultés rencontrées dans l'extension de la couverture des sites de prélèvement DBS sont principalement liées à la mauvaise quantification des besoins en intrants et en outils de collecte de diagnostic précoce dans les sites, à l'insuffisance quantitative et qualitative en personnels formés au prélèvement DBS et au transport des échantillons dont le circuit n'est pas bien défini. La mise en place des POC/EID jusque-là a été faite dans les sites réalisant déjà le diagnostic précoce par la méthode conventionnelle. Bien que cela ait contribué

à améliorer le temps de rendu des résultats, la couverture géographique en diagnostic précoce du VIH n'a pas été améliorée. Les solutions pourraient être de mieux planifier la mise en place et la distribution des POC/EID dans l'ensemble du pays et d'améliorer la mise en place d'un système d'assurance qualité de ce système en collaboration avec les laboratoires de référence.

1.3 Contribution des Accompagnateurs Psycho-Sociaux (APS)

Le gouvernement a mis en place depuis 2016 avec l'appui du Fonds Mondial et les autres partenaires techniques et financiers (PTF), des accompagnateurs psychosociaux pédiatriques. En 2017, leur effectif s'est accru avec un total de 1 609 APS dont 1/3 APS pédiatriques (537) contre 347 l'année précédente. Grâce à leurs interventions, le Programme a pu accentuer les activités de dépistage des FEC, le suivi et la mise sous TARV des FEC VIH+. Ils ont par ailleurs contribué au suivi des enfants exposés ainsi que la recherche des perdus de vue de la PTME. Cependant, un effort reste encore à faire dans l'amélioration de la couverture en APS dans les FOSA offrant la PTME.

2. Demande des services PTME

Pour améliorer la mise en œuvre des activités liées à la demande des services et la rétention au sein du programme en vue de l'atteinte des objectifs de l'e-TME, l'implication des communautés a été effective en 2017 pour les FEC, les mères séropositives et leurs enfants exposés. Les acteurs communautaires impliqués ont été les Organisations de la Société Civile (OSC), les APS, les Agents de Santé Communautaires Polyvalents (ASCP), les Groupes de soutien (GS), les leaders communautaires, les médias, etc. Le paquet d'activités relatif aux interventions communautaires en faveur de la PTME était constitué de: *i*) la création de demande de services à la PTME, *ii*) la communication pour le changement de comportement (CCC), *iii*) le dépistage, *iv*) le lien au traitement ARV, *v*) l'éducation thérapeutique, *vi*) l'observance, *vii*) la rétention, *viii*) l'accompagnement psychosocial et *ix*) la référence et contre référence de la femme enceinte. A cela s'ajoutent, la gestion de cas de violences sexuelles basées sur le genre et l'accompagnement des activités génératrices de revenus (AGR) pour les FEC, allaitantes et leurs familles.

La mise en œuvre des interventions communautaires de la PTME par les intervenants a été réalisée dans toutes les dix (10) régions du pays grâce à l'appui des partenaires techniques et financiers à savoir le Fonds Mondial de lutte contre la Tuberculose, le Sida et le Paludisme (FM), les Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), le President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR) à travers le Centers for Disease Control and Prevention (CDC), le United State Agency for International Development (USAID). La liste n'est pas exhaustive.

Le tableau 3 ci-après présente les intervenants et les interventions correspondantes.

Tableau 3 : matrice des intervenants et interventions communautaire de la PTME

Intervenants Interventions	OBC	APS	ASCP	Groupe de soutien	Leaders d'opinion	Hommes de médias	Radios communautaire
<i>Création de la demande de services à la PTME</i>	X	X	X	X	X	X	X
<i>Communication pour le Changement de comportement</i>	X	X	X	X	X	X	X
<i>Dépistage</i>	X	X					
<i>Lien au traitement</i>	X	X		X			
<i>Education thérapeutique</i>	X	X		X			
<i>Observance et Rétention</i>	X	X		X			
<i>Accompagnement psychosocial</i>	X	X		X			
<i>Référence et contre référence des FEC</i>	X	X	X	X			
<i>Gestion des cas des violences basées sur le genre</i>	X		X	X			
<i>Accompagnement des AGR pour les FEC et allaitantes et leur famille</i>	X						

Il ressort de ce tableau que *la création de la demande* dans le cadre de la PTME et *la communication pour le changement de comportement* sont des interventions offertes par tous les intervenants communautaires. Par contre, les autres interventions sont offertes en fonction des compétences et des objectifs de chaque intervenant.

2.1 Résultats des activités communautaires PTME obtenus en 2017

Bien qu'il n'existe pas une harmonisation des interventions communautaires dans le cadre de la PTME, les données présentées ci-dessous ont été collectées auprès des intervenants ayant rendu disponibles leurs rapports d'activités.

Il s'agit des sous-réceptaires du Fonds Mondial qui mettent en œuvre la stratégie intégrée des Interventions Sous Directives Communautaires (ISDC) à travers 4892 ASCP dans 69 districts de santé à savoir les ONG Plan International, IRESCO et MC-CCAM. A ceux-là s'ajoute l'Organisation non gouvernementale « Medicines for Humanity » qui agit dans 19 districts de santé des régions du Nord-Ouest, Sud-Ouest et de l'Est. En outre, la stratégie

avancée au niveau communautaire est mise en œuvre par l'ONG Care and Health Program (CHP) dans les régions de Littoral et du Centre. La mobilisation communautaire est mise en œuvre par l'ONG Cameroon Baptist Convention Health Services (CBCHS) à Douala (Bonaloka Babimbi à Nylon, New-Town Aeroport à Boko, New-Bell Haoussa à New Bell et Bonangang à Bangue), par Catholic Relief Services (CRS) dans les Districts de santé de Djoungolo et de Nkolndongo à Yaoundé, Deido à Douala et Bamenda. Et enfin, par l'Association NOLFOWOP aux Districts de Santé de Garoua I, Guider et Pitoa.

Tableau 4: Résultats de la mise en œuvre des interventions communautaires de la PTME

Stratégie	Intervention	Activité	Résultat	Partenaire de mise en œuvre	Sites
Stratégie communautaire intégrée	Renforcement du lien entre la communauté ; les services de soins et de traitement du VIH	Référence des femmes enceintes perdues de vue à la CPN ou n'ayant pas commencé la CPN dans la FOSA	5 200 ASC ont ramené en CPN 40 921 (48,42%) des 84 505 FEC attendus y compris celles n'ayant pas encore débuté la CPN.	Plan International IRESCO MC-CCAM	69 Districts de Santé dans les 10 régions
		Référence des enfants nés en communauté ou n'ayant pas respecté la consultation postnatale à 8 semaines dans la FOSA	25 545 (30,22%) enfants nés en communauté ou n'ayant pas respecté la consultation postnatale à 8 semaines, sur les 84 505 attendus ont été effectivement référées et reçues dans les FOSA		
		Référence des femmes enceintes, enfants moins de 5 ans n'ayant pas commencé la CPN, ni la consultation postnatale dans la FOSA	18 475 femmes enceintes, enfants de moins de 5 ans	Medicines for Humanity	19 districts de santé dans les régions du Nord-Ouest, Sud-Ouest et de l'Est

Stratégie	Intervention	Activité	Résultat	Partenaire de mise en œuvre	Sites
Stratégie avancée en PTME	Dépistage	Dépistage du VIH chez les partenaires des femmes enceintes	8725/8250 (106%) partenaires masculins adultes testés	CHP	Région du Littoral
	Référence et contre-référence	Référence des femmes enceintes perdues de vue à la CPN ou n'ayant pas commencé la CPN dans la FOSA	4085/4291 (95%) de FEC référées pour la CPN		
		Référence des adultes et enfants liés au TARV	1793/2650 (68%) nouvelles personnes (adultes et enfants) liées au TARV		
	Dépistage	Dépistage du VIH chez les partenaires des femmes enceintes	9494/8400 (113%) partenaires masculins adultes identifiés et testés	CHP	Région du Centre
	Référence et contre-référence	Référence des femmes enceintes perdues de vue à la CPN ou n'ayant pas commencé la CPN dans la FOSA	3659/4000 (91%) de FEC référées pour la CPN		
		Référence des adultes et enfants liés au TARV	1186/1614 (73%) nouvelles personnes (adultes et enfants) liées au TARV		
Mobilisation communautaire	Création de la demande de services PTME	Création de la demande des services de PTME à travers le plaidoyer auprès des leaders communautaires et religieux (églises, mosquées, associations des femmes) dans les zones à faible prévalence	50 mobilisateurs issus des églises, mosquées, associations des femmes mis à contribution dans les campagnes de sensibilisations En 4 semaines de campagnes de sensibilisations, 438 nouvelles FEC VIH+ ont été identifiées et liées au traitement	CBCHS	Douala (Bonaloka Babimbi à Nylon, New-Town Aeroport à Boko, New-Bell Haoussa à New Bell et Bonangang à Bangue).

Stratégie	Intervention	Activité	Résultat	Partenaire de mise en œuvre	Sites
		Diffusion des messages dans les radios et TV communautaires			
	Communication pour le changement de comportement (CCC)	Diffusion des messages dans les radios communautaires et TV	Des messages élaborés et diffusés en langue locale sur Afrique media TV et par des câblodistributeurs locaux		
			Distribution communautaire des dépliants de porte-à-porte		
Mobilisation communautaire	Référence et contre-référence	Identification et PEC des OEV infectés et affectés	Identification et PEC de 4 342 OEV dont 1 255 enfants de 0-5 ans qui ont bénéficié de la PCR et/ou la sérologie VIH ;	CRS	Districts de santé de Djoungolo et de Nkolndongo à Yaoundé;
	Lien au traitement	Observance et rétention dans les soins	714/4 342 OEV identifiés sont VIH+ ; 96,6% de ces OEV ont été liés TARV. le taux d'observance du traitement de 98,1%		Deido à Douala; et Bamenda
	Accompagnement psychosocial	Soutien éducatif	555 enfants ont bénéficié d'un soutien éducatif.		
Mobilisation communautaire	Accompagnement psychosocial		9374 FEC et allaitantes à risques du VIH identifiées ;	Association NOLFO WOP	District de Santé de Garoua 1 ^{er} , Pitoa,
			250 enfants et adolescents séropositives PEC par le soutien psychologique et social;		
			250 enfants et adolescents VIH+, PEC sur le plan médical		

Stratégie	Intervention	Activité	Résultat	Partenaire de mise en œuvre	Sites
			44 enfants VIH+, PEC sur le plan nutritionnel ; 150 visites à domicile réalisées pour fournir des conseils en alimentation aux femmes enceintes et allaitantes VIH+		

Il ressort de ce tableau que trois principales stratégies ont été utilisées pour offrir les interventions communautaires dans le cadre de la PTME, à savoir : la stratégie intégrée des ISDC, la stratégie avancée en communauté et la mobilisation communautaire.

Par ailleurs, c'est la stratégie intégrée des ISDC à travers les agents de santé communautaires polyvalents (ASCP) qui a, le plus, contribué aux progrès vers de l'atteinte des cibles. Il est à noter que ces 5 200 ASCP ont ramené en consultation prénatale (CPN) 40 921 (48,42%) des 84 505 FEC attendues, y compris celles n'ayant pas encore débuté la CPN. Ils ont effectivement référé et reçu dans les FOSA, 25 545 (30,22%) enfants nés en communauté ou n'ayant pas respecté la consultation postnatale à 8 semaines sur les 84 505 enfants attendus.

Le graphique 1 ci-dessous, présente par région, le nombre de FEC perdues de vue à la CPN ou n'ayant pas commencé la CPN référées par l'ASCP et reçues dans la FOSA. Il ressort qu'un grand nombre des femmes enceintes ont été référées par les ASCP dans les régions septentrionales dont 11 110 femmes enceintes à l'Extrême-Nord, 7 027 au Nord et 6 934 à l'Adamaoua. Par contre, dans les régions du Littoral, du Sud-Ouest, du Sud et de l'Ouest, moins de FEC ont été référées par les ASCP.

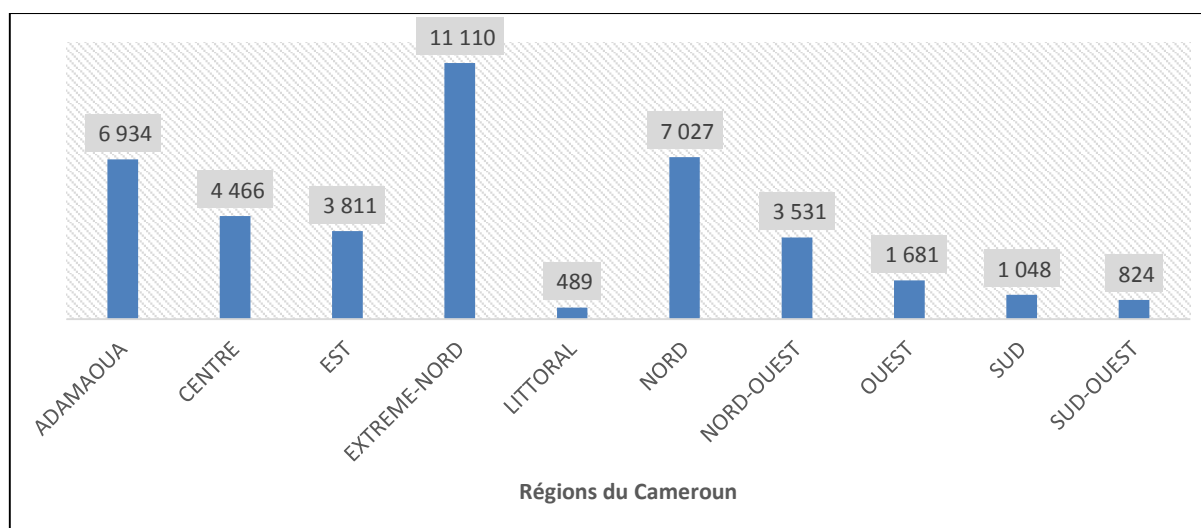
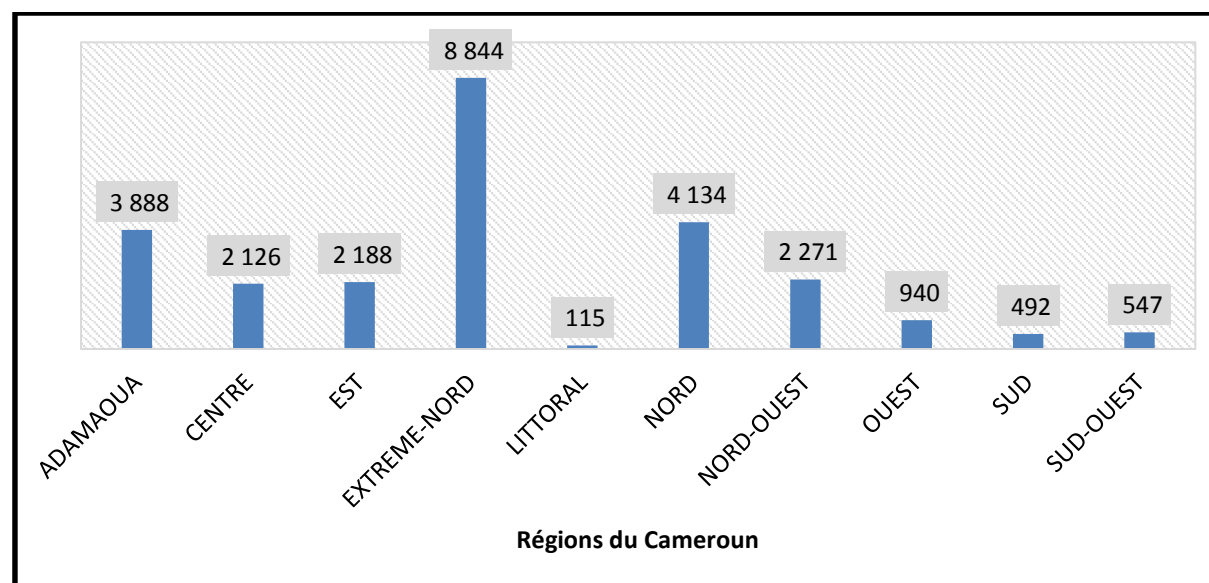


Figure 1: Nombre de femmes enceintes perdues de vue à la CPN ou n'ayant pas commencé la CPN référées par l'ASCP et reçues dans la FOSA

Il ressort du graphique 2 ci-dessous présenté que dans les régions septentrionales (Extrême-

Nord, Nord et Adamaoua), les ASCP ont identifié et référé vers les formations sanitaires un nombre élevé de nouveau-nés (66%) dont l'accouchement a eu lieu en communauté.



Graphique 2: Nombre de nouveau-nés nés en communauté ou n'ayant pas respecté la consultation postnatale à 8 semaines référés par l'ASC et reçus dans la FOSA

Concernant la couverture géographique des interventions communautaires en PTME, sur les 189 DS que comptent le Cameroun, 90 DS sont couverts par l'appui des PTF dont 66 DS par le FM et 21 par l'UNICEF. Afin de mieux orienter les PTF dans le choix des sites prioritaires, une cartographie des DS prioritaires aux interventions de PTME communautaire a été élaborée avec pour clé de répartition,

- les DS des régions de l'Adamaoua, l'Est et l'Extrême Nord sur la base d'un taux de fréquentation à la CPN de moins de 100% et ;
- les DS des autres régions sur la base d'un seuil inférieur à 75%.

Par conséquent, nous avons la situation suivante en termes de nombre DS prioritaires aux interventions communautaires : Régions du Centre 26, EST 7, Extrême-Nord 20, Littoral 18, -NORD 3, - Nord-Ouest 18, Ouest 12, Sud 9, Sud-Ouest 16, soit un total de 135/189 DS identifiés comme prioritaires à la PTME communautaire. Vu sur ces 135 DS prioritaires, seulement 60 sont couverts par au moins un partenaire technique et financier, dont 44 par le FM et 12 par UNICEF et 04 DS sont appuyés par CHW et ou PMI. Il ressort que 75/135 (56%) districts de santé prioritaires à la PTME sont non couverts et ont besoin d'appui pour les interventions communautaires en PTME (cartographie des DS prioritaires en besoin d'appui en annexe).

2.2 Faiblesses dans la mise en œuvre des interventions communautaires de PTME

En 2017, d'importants progrès ont été réalisés grâce à l'apport des interventions communautaires en faveur de la PTME, notamment l'accroissement de la demande des services de CPN, l'augmentation des accouchements dans les formations sanitaires et la rétention du couple mère-enfant dans le continuum de soins. Malgré tous ces efforts certaines insuffisances demeurent.

Au niveau structurel et politique,

On relève :

- une insuffisance de couverture des sites offrant la PTME en paquets complets d'intervention communautaire ;
- la dépendance aux financements ponctuels ;
- les problèmes de coordination à tous les niveaux ;
- l'insuffisance d'harmonisation des modalités d'interventions, d'indicateurs, des outils de collecte et de rapportage ;
- l'absence d'offre d'une approche intégrée de services de PTME/SRA.

Quelques explications liées aux faiblesses relevées à ce niveau sont les suivantes :

Pour le financement de la réponse communautaire, le flux financier vers ce secteur reste relativement modeste au regard des besoins, faiblement coordonnés et nécessite d'être orienté par une cartographie des interventions des partenaires, mentionnés plus haut. Les ressources mobilisées proviennent en grande partie du Fonds Mondial.

La coordination des actions et des acteurs se fait au niveau central par la Section Réponse Locale, Sectorielle et Partenariat du GTC/CNLS et au niveau décentralisé par les GTR/CNLS. Même si des réunions semestrielles de coordination avec les communautaires sont régulièrement organisées au niveau central, elles sont peu fréquentes au niveau régional. Toutefois, les aspects relatifs à la PTME communautaire manquent de visibilité et sont faiblement mis en exergue dans les réunions de coordination des interventions sous directives communautaires organisées à tous les niveaux (central, régional, district de santé et aire de santé).

De plus, la multitude d'outils de collecte des données et la pléthore des indicateurs de suivi pour la PTME communautaire ne permettent pas de mesurer les effets de ces interventions dans le programme de PTME.

Enfin, la santé de la reproduction ne fait pas toujours partie du paquet minimum des services dispensés, du fait de l'absence d'une approche intégrée de PTME/SRA et se limite au planning familial.

Au niveau social et culturel,

Il est relevé :

- la stigmatisation et la discrimination liées au VIH subies par les femmes infectées au sein des familles, des communautés et des formations sanitaires se traduisent par le nombre important de pertes de vue ;
- l'éloignement, voire l'enclavement des points de prestations de services et le coût des moyens de transport, surtout en zone rurale sapent les efforts tendant vers la gratuité des services liés à la PTME ;
- la méconnaissance des services relatifs à la PTME existant au sein des hôpitaux, en raison de l'absence de microprogramme de communication en direction des communautés ;
- l'impact économique de l'épidémie du fait de l'autonomie financière limitée des femmes, accentuée par des inégalités sociales (accès limité à la propriété, aux crédits). Cette situation se complique lorsque la femme doit délaissé les tâches productives pour

s'occuper des malades, ce qui entame sérieusement sa capacité à assumer ses responsabilités, la famille entière se retrouve affectée et fragilisée ;

- l'absence d'un cadre juridique préservant les droits et les devoirs de la femme et de l'enfant dans le contexte du VIH ;
- le respect insuffisant de la clause de confidentialité constitue une forte barrière à l'accès aux soins dans les formations sanitaires, notamment dans les petites agglomérations.

2.3 Propositions de solutions aux obstacles identifiés au niveau communautaire

Le tableau ci-dessous récapitule un ensemble de recommandations proposées pour atteindre les objectifs d'e-TME à travers la mise en œuvre des interventions communautaires pour la PTME :

Tableau 5: Recommandations pour le renforcement des interventions communautaires de la PTME

Faiblesses identifiées dans la mise en œuvre des interventions communautaires de PTME	RECOMMANDATIONS /SOLUTIONS	RESPONSABLES	DELAIS DE REALISATION	PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE
Insuffisance de couverture des sites offrant la PTME en paquets complet d'intervention communautaire	Augmenter la couverture des interventions communautaires de la PTME en formant et en dotant tous les districts de santé prioritaires d'ASC polyvalents	GTC/DSF/DOST	Immédiate	OSC de district et PTF
	Déployer les APS pédiatriques dans tous les sites de prise en charge ;	GTC CNLS	Continue	OSC/OBC de district et PTF
Dépendance aux financements ponctuels	Organiser un forum de la mobilisation des ressources sur la PTME communautaire impliquant les partenaires techniques et financiers, les autorités locales (maires et gouverneurs) et le secteur privé.	GTC-CNLS /DSF	Immédiate	UNICEF et PTF
	Plaidoyer en direction des PTF, des collectivités territoriales décentralisées et du secteur privé pour une prise en compte de la PTME dans leur plan de développement communal	DOST & DSF	Immédiate	OSC/OBC /PTF
Problèmes de coordination à tous les niveaux	Réaliser une cartographie dynamique des intervenants et des interventions communautaires de la PTME	DOSTS-DSF	Immédiate	OSC/OBC de district et PTF
	Mettre en place un comité de planification stratégique de coordination de mise en œuvre des interventions communautaires (SMI/PTME)	DSF DOSTS /GTC-CNLS PLMI	Immédiate	PTF OSC OBC
	Intégrer le suivi des activités communautaires de PTME au sein des plate-forme de coordination existantes au niveau de la FOSA, du district, de la région et au niveau central, y compris les instances de coordinations du CNLS (GTR et GTC) ; DSF ;	FOSA DS DRSP GTR GTC DSF	Immédiate	OSC/OBC /PTF

	Mener le plaidoyer pour l'intégration de la PTME communautaire comme un des points à l'ordre du jour dans toutes les réunions de coordination des ISDC à tous les niveaux (aire de santé, district de santé, région et niveau central)	DSF-DOSTS	Immédiate	PTF
Prestations insuffisante de services communautaires	Renforcer les compétences des intervenants communautaires (OSC/OBC, leaders com.) dans la gestion des données de la PTME communautaire	DOSTS-DSF-GTC	A court terme	PTF
	Renforcer l'intégration PTME/SRA dans les interventions communautaires	OSC/OBC ; acteurs Communautaires	A court terme	PTF
	Renforcer les capacités en continue des acteurs communautaires pour la recherche des perdus de vue (adultes et enfants) ; en développement des stratégies opérationnelles pour recruter plus d'enfants exposés au VIH, la liaison entre le dépistage familial communautaire et la FOSA et la gestion des données	DSF-GTC CNLS	Immédiate	OSC/OBC de district et PTF
	Organiser des enquêtes de satisfaction (sondages) sur la qualité des services des ASC/OSC en rapport avec la PTME	GTC-DROS	A court terme	OSC/OBC de district et PTF
Insuffisance d'harmonisation des modalités d'interventions, d'indicateurs, des outils de collecte et de rapportage	Harmoniser et rendre disponible les outils de suivi des activités communautaires de PTME au niveau national	GTC CNLS DOSTS	Immédiate	
	Restructurer/Intégrer les données du système communautaire dans le système d'information nationale (DHIS2, ODK, etc.) afin d'évaluer/mesurer la contribution/performance des acteurs communautaires dans la PTME	GTSE	Immédiate	Consultant International
	Renforcer les compétences des intervenants communautaires (OSC/OBC, leaders communautaire.) dans la gestion des données communautaires sur la PTME communautaire	DOSTS-DSF-GTC	A court terme	PTF
	Elaborer un cadre de performance pour suivre et évaluer la qualité et les performances des interventions communautaires de PTME	GTSE	Immédiate	OSC/OBC de district et PTF
	Renforcer le mentoring et la supervision des interventions communautaires de PTME	GTSE	Immédiate	OSC/OBC de district et PTF
	Réaliser des missions conjointes de supervision formatives (GTC/CNLS, DLMEP, DSF, GTRs, DRSP OBC) afin de veiller sur la qualité des services rendus sur l'application des interventions de	GTSE	Immédiate	OSC/OBC /PTF

	PTME communautaires par les OBC et autres acteurs communautaires.			
Problèmes sociaux culturels	Renforcer la mobilisation des leaders religieux, les leaders communautaires, les tradipraticiens, les accoucheuses traditionnelles dans le cadre d'un plan d'accélération avec pour support le guide PTME/ICW	DSF-GTC CNLS	Immédiate	OSC/OBC , au niveau district & PTF
	Mettre en place et/ou réactiver les groupes de soutien fonctionnels au niveau communautaire (femme/jeunes adolescents/enfants)	GTC & OSC/OBC	Immédiate	OSC/OBC de district et PTF
	Mettre en place des AGR	GTC & OSC/OBC	A court terme	PTF
Droits humains	Suivre la mise en place un cadre législatif sur les droits de la femme et de l'enfant en contexte duVIH	DSF GTC PTF MINJUSTICE	A court terme	MNSANTE/CNLS

III. ANALYSE DES RESULTATS 2017 DE LA PTME

1. Taux de fréquentation de la CPN

La consultation prénatale, principale porte d'entrée de la PTME a pour but de faciliter le bon suivi de la grossesse, d'identifier les femmes enceintes VIH (+) et de les mettre sous ARV, de traiter les pathologies et de prévenir les risques qui peuvent survenir pendant la grossesse. Un accent particulier est mis sur la préparation à l'accouchement, l'accueil et le suivi de l'enfant exposé au VIH.

Sur 924 068 FEC attendues en 2017, 680 202 (74%) ont bénéficié d'au moins un contact avec les services de CPN. Ce taux de fréquentation est en baisse par rapport à 2016 (76%) (Figure 1). Ceci amène à questionner l'efficacité des stratégies mises en place pour la sensibilisation et la mobilisation des femmes en faveur de l'utilisation des services de SMNI/PTME.

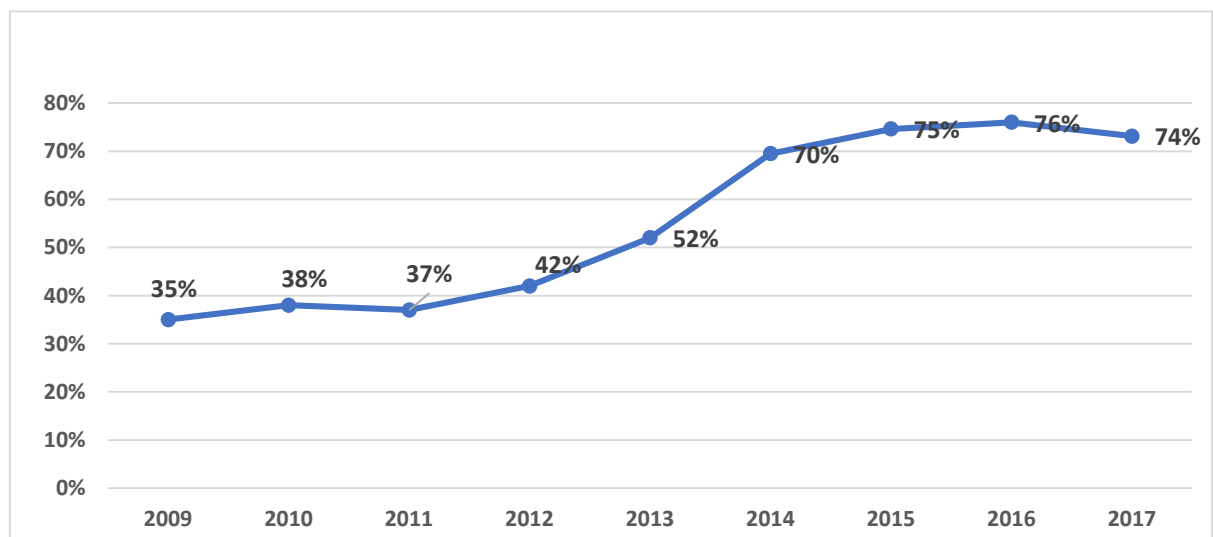


Figure 3: Evolution de la fréquentation de la CPN1 par année

Ce taux de fréquentation présente des disparités régionales avec des valeurs inférieures à la moyenne nationale dans les régions du Centre, du Sud, du Littoral, du Nord-Ouest et du Sud-Ouest. Les problèmes sécuritaires pourraient expliquer la faible performance de la PTME dans les régions du Sud-Ouest et du Nord-Ouest. Dans les régions du Littoral et du Centre, le faible taux de fréquentation serait dû au nombre élevé des formations sanitaires privées ou spécialisées qui ne rapportent pas leurs données de CPN. Il y aurait lieu de considérer désormais la prise en compte des statistiques des FEC vues pour leur CPN dans ces formations sanitaires.

Les régions de l'Adamaoua, du Nord et de l'Ouest quant à elles ont enregistré au cours de cette année, des taux de fréquentation au-dessus de la moyenne nationale. La région de l'Est présente le taux le plus élevé, avec plus de 117% probablement dû à l'afflux des réfugiés dans cette zone du pays.

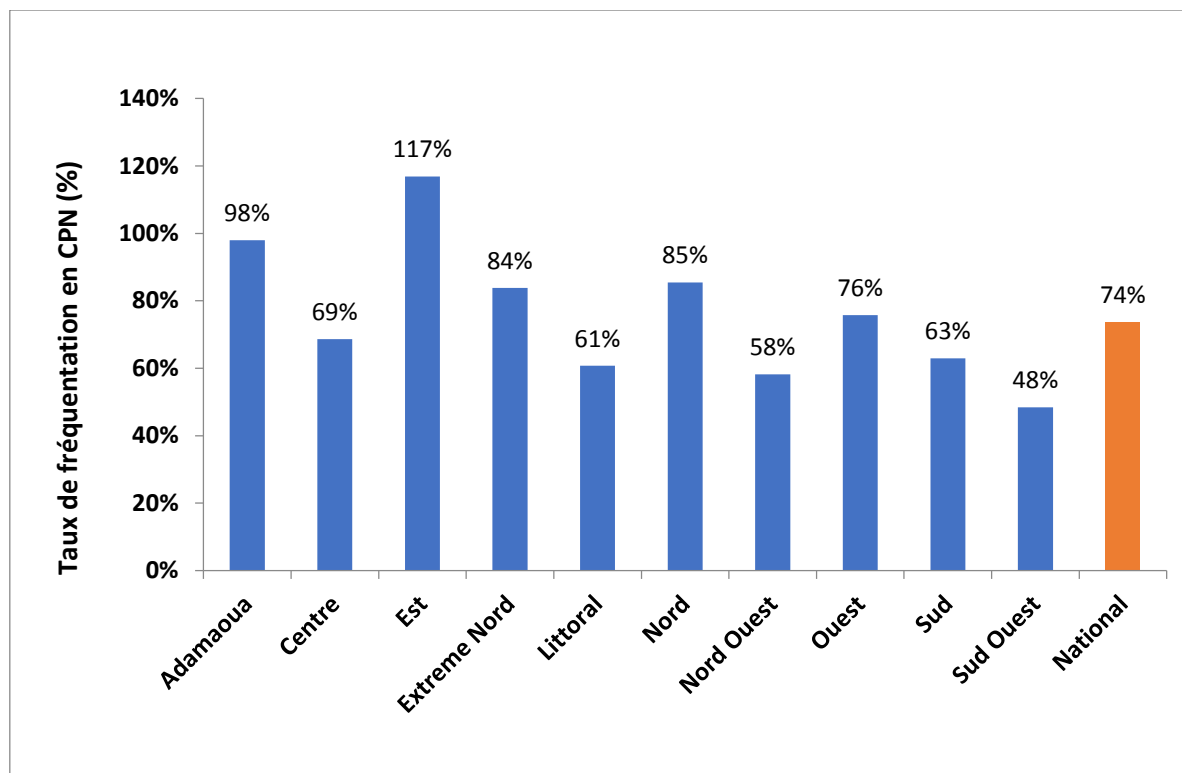


Figure 4: Taux de fréquentation de la CPN1 par région en 2017

2. Dépistage du VIH chez les femmes enceintes

Le dépistage permet de connaître le statut sérologique des femmes enceintes et de prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant. L'offre du dépistage se fait à l'aide des tests rapides suivant l'algorithme national. Ce test se réalise à la première CPN. Si le résultat est négatif, il doit être répété 3 mois après en salle de travail/accouchement et/ou lors du suivi post-natal du couple mère-enfant.

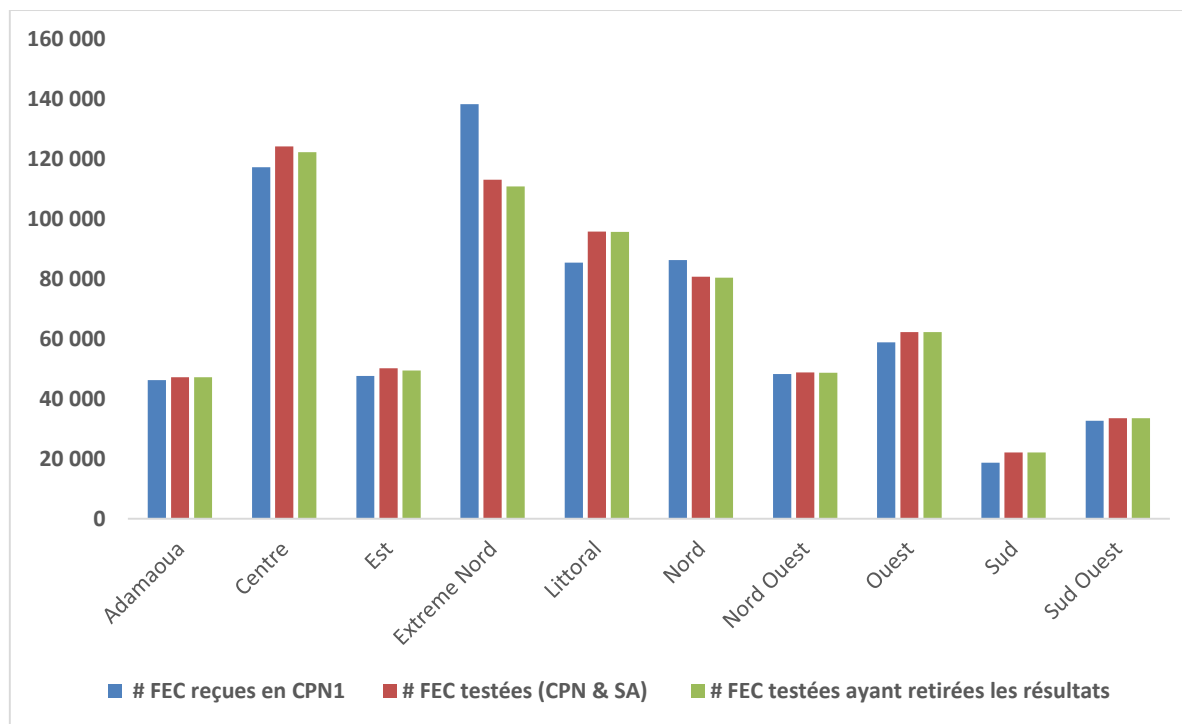


Figure 5: Cascade du dépistage du VIH chez les FEC par région

La figure ci-dessus montre d'une part que le taux de réalisation du test de dépistage du VIH est supérieur à 95% dans les régions du Nord-Ouest, de l'Ouest, du Sud et du Sud-Ouest et d'autre part, la région de l'Extrême-Nord et du Nord ont eu des taux de dépistage beaucoup plus faibles avec plus de 5 000 FEC qui n'ont pas retiré leur résultat. Cependant, le taux de retrait des résultats reste globalement satisfaisant avec plus de 97% dans toutes les régions.

Les régions de l'Extrême-Nord et de l'Adamaoua présentent des cassures entre le nombre de femmes enceintes reçues et celles dépistées probablement due à la grande mobilité des populations réfugiées. Les régions du Centre, du Littoral, de l'Ouest et du Sud ont quant à elles dépisté (CPN+SA) plus de femmes que celles effectivement reçues (CPN+SA) avec respectivement 124 240/117 310 ; 95 871/85 508 ; 62 325/58 894 et 22 149/18 767. Dans une moindre mesure, les régions de l'Adamaoua (47 297/46 292), de l'Est (50 209/47 662) et le Sud-Ouest (33 648/32 766) ont des résultats similaires. Ceci pourrait s'expliquer par l'intensification des stratégies de dépistage par les unités mobiles et de celle du « test and treat » dans les FOSA qui peuvent avoir occasionné des doubles comptages.

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

En 2017, 619 529 femmes enceintes sur 680 202 reçues en 1ère CPN ont été dépistées, soit 91,1%. Cette couverture est croissante sur les 4 dernières années. Parmi les 619 529 FEC, 12 573 ont été diagnostiquées VIH+. Des 59 117 FEC à statut VIH inconnu reçues et dépistées en SA, 3 030 ont été diagnostiquées VIH+. Au total, 678 646 FEC ont été testées en CPN1 et en SA dont 15 603 FEC VIH+ (2,3%).

Tableau 6: Séropositivité chez les FEC par région en 2017

Régions	# FEC dépistées en CPN1	# FEC dépistées VIH+ en CPN1	# FEC dépistées en SA	# FEC dépistées VIH+ en SA	# FEC dépistées en CPN 3/4	# FEC dépistées VIH+ en CPN 3/4	# FEC déjà connues VIH+ en CPN1	# Total FEC recues	# Total FEC VIH+	Taux de séropositivité
Adamaoua	44201	1246	3096	228	6118	38	612	47909	2124	4.4%
Centre	109829	2885	14411	934	19047	171	2561	126801	6551	5.2%
Est	44238	1678	5971	421	8750	104	825	51034	3028	5.9%
Extrême-Nord	108333	959	4879	156	8891	72	613	113825	1800	1.6%
Littoral	80377	1662	15494	503	18856	126	1881	97752	4172	4.3%
Nord	77304	932	3521	110	10696	33	511	81336	1586	1.9%
Nord-Ouest	46877	901	1993	91	10392	64	1436	50306	2492	5.0%
Ouest	58072	847	4253	256	17258	79	866	63191	2048	3.2%
Sud	18357	672	3792	254	3916	43	357	22506	1326	5.9%
Sud-Ouest	31941	791	1707	77	5455	27	825	34473	1720	5.0%
National	619529	12573	59117	3030	109379	757	10487	689133	26847	3.9%

De plus, 10 487 FEC de statut VIH+ connu ont été reçues en CPN1. Des 109 379 FEC testées négatives en CPN1 et re-testées en CPN 3 ou en CPN 4, 757 FEC d'entre elles ont été diagnostiquées VIH+. Au total, des 689 133 FEC vues en 2017, 26 847 FEC étaient VIH+, soit un taux de séropositivité global de 3,9% contre 4,9% en 2016, 4,1% en 2015 et 6,3% en 2014. Par ailleurs, 85,6% des 31350 FEC VIH+ attendues ont été identifiées (EPP SPECTRUM 2017).

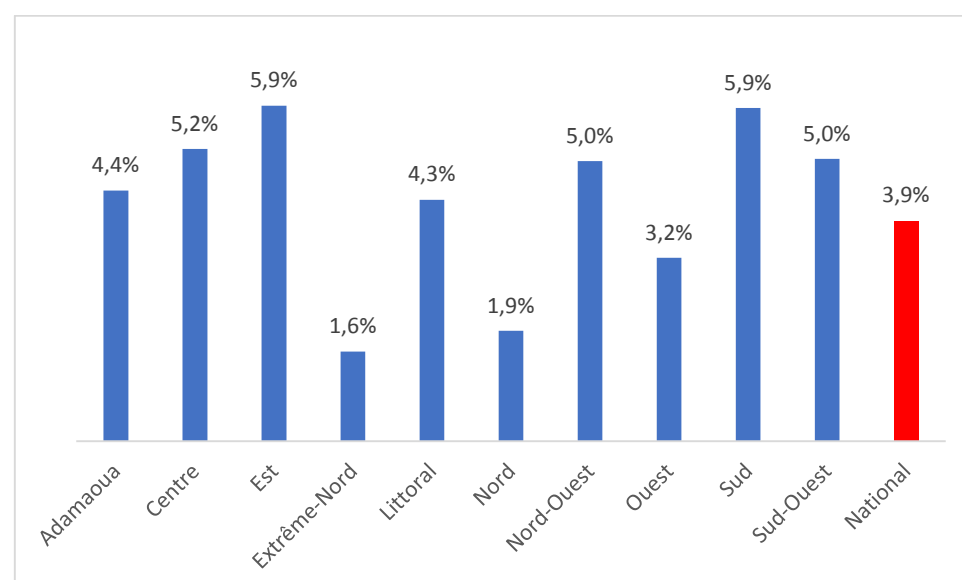


Figure 6 :Taux de séropositivité au VIH chez les FEC par région en 2017

4. Taux de séropositivité au VIH lors du re-testing des FEC

Sur 656 868 femmes enceintes testées séronégatives en CPN1, 109 379 (17%) ont été re-testées en CPN 3-4 et 757 se sont révélées séropositives. Le taux de séropositivité lors du retesting global est de 0,7%. Ce taux est en diminution par rapport à 2016 (1,2%) et 2015 (5%). Les régions ayant des taux supérieurs à 1% sont celles de l'Est et du Sud.

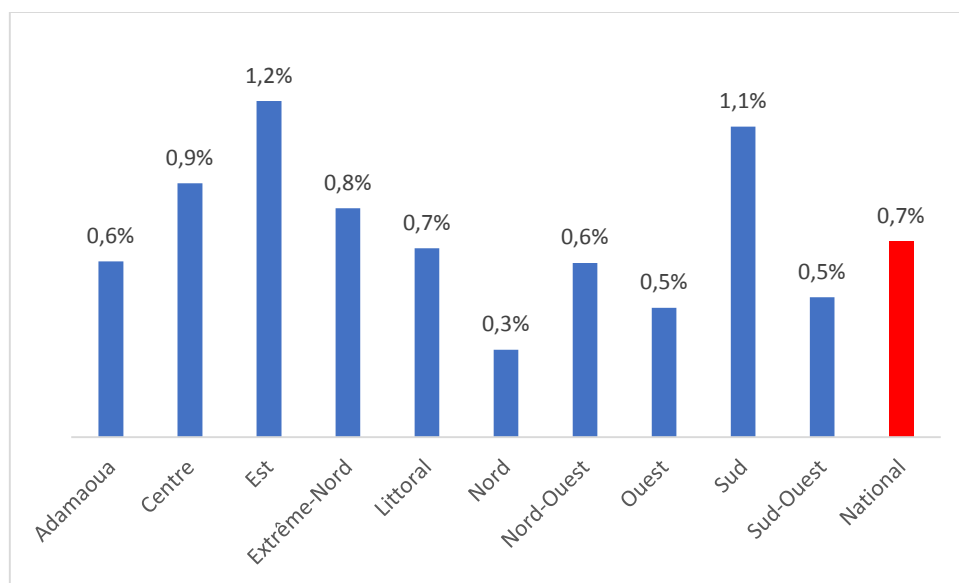


Figure 7: Taux de séroconversion VIH des FEC en 2017 par Région en 2017

5. Dépistage du VIH chez les partenaires des FEC

En 2017, sur 680 202 FEC reçues en CPN, 619 529 ont été dépistées pour le VIH au cours de la CPN1 et 34 499 (5,7%) de leurs partenaires ont également été testés. Ce taux est supérieur à ceux de 2016 (5,4%) et de 2015 (4%) mais toujours faible par rapport aux objectifs du programme qui est celui de tester tous les partenaires des FEC reçues en CPN. La faible participation des hommes à la PTME est la résultante d'un certain nombre de facteurs à savoir : la féminisation des services de santé par le fait que les prestataires de soins ont tendance à se focaliser plus sur la santé de la mère et de l'enfant, l'absence de volonté de certains hommes d'accompagner leurs femmes à la PTME, le poids de la culture, etc.

Parmi eux, 2 220 se sont révélés positifs, soit un taux de séropositivité de 6,4%. Ce taux de séropositivité, quoiqu'en baisse par rapport aux années 2016 (7,7), 2015 (10,6%), 2014 (9,1%) et 2013 (10,1%) reste tout de même très élevé et augure un risque sans cesse accru de séroconversion chez les femmes enceintes VIH (+) et partant celui de contamination de l'enfant qui doit naître.

Tableau 7: Séropositivité au VIH des partenaires des femmes enceintes par région en 2017

Régions	Nombre de femmes reçues (y compris en salle travail)	# Partenaires des FEC testés au VIH	% des partenaires des FEC	# Partenaires des FEC testés VIH+	Taux de séropositivité des partenaires au VIH (%)
Adamaoua	49388	2 737	5,5%	285	10,4%
Centre	131721	6 179	4,7%	466	7,5%
Est	53633	3 504	6,5%	271	7,7%
Extrême Nord	143219	1 030	0,7%	116	11,3%
Littoral	101002	3 819	3,8%	215	5,6%
Nord	89833	2 000	2,2%	188	9,4%
Nord-Ouest	50344	4 868	9,7%	271	5,6%
Ouest	63147	4 918	7,8%	188	3,8%
Sud	22559	2 025	9,0%	86	4,2%
Sud-Ouest	34473	3 422	9,9%	134	3,9%
National	739319	34 502	4,7%	2220	6,4%

Les régions de l'Extrême Nord (11,3%) et de l'Adamaoua (10,4%) ont des taux supérieurs à 10%. Les régions de l'Ouest (3,8%) et du Sud-Ouest (3,9%) ont des taux de séropositivité les plus faibles. Il est donc important d'intensifier les stratégies pour augmenter le nombre de partenaires des FEC dépistées en CPN.

6. Couverture en ARV des FEC séropositives

A la fin de l'année 2017, 31 350 FEC VIH+ étaient attendues selon les estimations Spectrum (2017) et 85,6% ont été identifiées. Parmi les 26 847 FEC VIH+ identifiées en 2017, 23 023 FEC VIH+ ont reçu un protocole antirétroviral pour réduire la TME, soit une couverture programmatique de 85,8%. En outre, 14 005 FEC VIH+ ont été nouvellement mises sous traitement sur les 16 360 identifiées et 9 018 ont reçu les ARV sur les 10 487 FEC qui étaient déjà connues VIH+. La couverture populationnelle en ARV chez les FEC séropositives est de 74,2%, en hausse comparée à 2016 (73,8%). Parmi les FEC VIH+ identifiées en 2017, 3 824 d'entre elles n'ont reçu aucun traitement. La région du Centre avec 2 569 FEC VIH+ non traitées et celle de l'Est avec 1 221 représentent 51,3% du nombre total de FEC VIH+ non enrôlées au TARV.

Bien qu'inférieure à 90%, la couverture en ARV des FEC VIH+ est en nette progression sur les 4 dernières années comme le montre le graphique ci-dessous ; elle est passée de 71,7% en 2014 à 85,48% en 2017. La poursuite de l'extension des services PTME/Option B+ dans les FOSEA et la décentralisation intra hospitalière de la dispensation des ARV chez les FEC VIH+ « One stop shop model » pourraient être à l'origine de ce résultat.

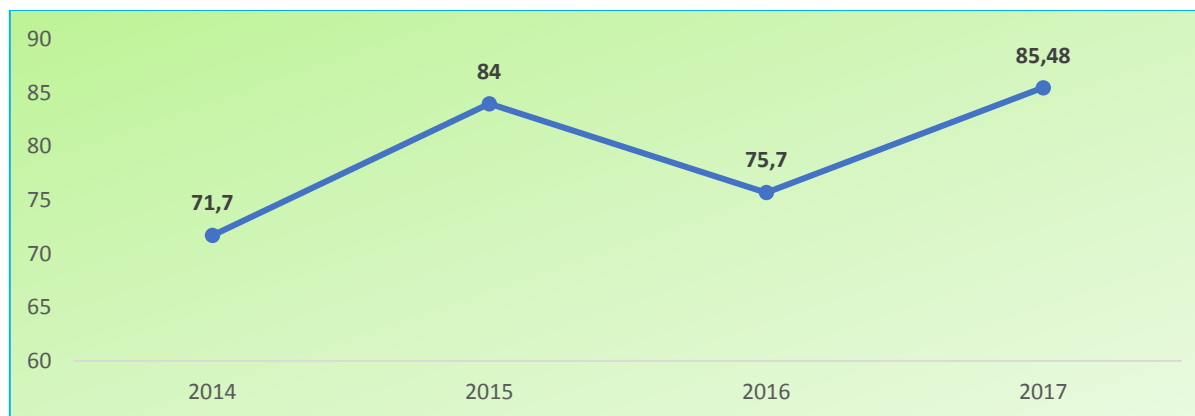


Figure 8: Evolution du taux de couverture en ARV chez les FEC VIH+ de 2014 à 2017

Sur le plan régional, les taux de couverture programmatique en ARV pour les FEC VIH+ varie de 70,6% dans la région de l'Extrême-Nord à 99,1% dans la région du Sud (graphique 9 ci-dessous). Le cas de la région de l'Extrême-Nord s'expliquerait d'une part par les multiples tensions de stocks enregistrées et la crise sécuritaire.

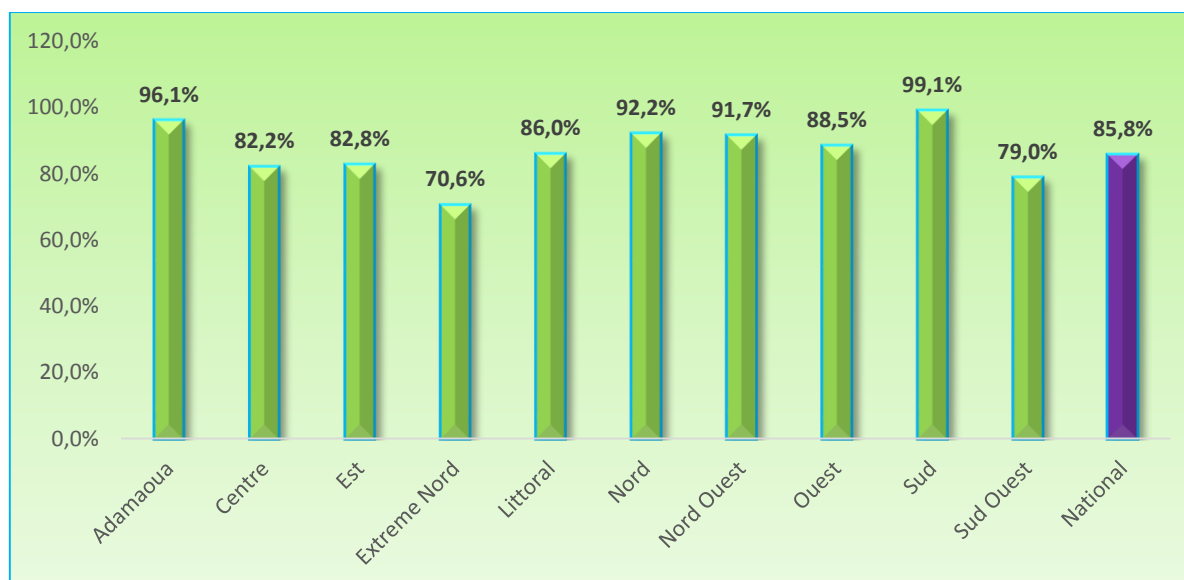


Figure 9 : Taux de couverture programmatique en ARV en 2017

Le renforcement des capacités des prestataires pour la prescription sans délai du TARV et une meilleure mise à disposition du traitement ARV pourrait davantage améliorer ces résultats.

7. Couverture en Cotrimoxazole des FEC séropositives

Cette prophylaxie est systématique chez toute femme enceinte séropositive au VIH et permet de prévenir la survenue des infections opportunistes et du paludisme. Au total, 22 888 femmes enceintes séropositives sur 26 847 ont bénéficié d'une prophylaxie au Cotrimoxazole, soit une couverture programmatique de 85,3% contre 67% en 2016. La couverture populationnelle quant à elle est de 73,7%.

Tableau 8: Couverture en Cotrimoxazole des FEC VIH+ par région en 2017

Régions	# FEC VIH identifiées au total	# FEC VIH+ qui reçoivent la prophylaxie au CTX	Couverture programmatique CTX des FEC VIH+
Adamaoua	2,124	1,717	80.8%
Centre	6,551	6,211	94.8%
Est	3,028	2,070	68.4%
Extrême-Nord	1,800	792	44.0%
Littoral	4,172	2,703	64.8%
Nord	1,586	2,447	154.3%
Nord-Ouest	2,492	2,438	97.8%
Ouest	2,048	2,171	106.0%
Sud	1,326	775	58.4%
Sud-Ouest	1,720	1,564	90.9%
National	26,847	22,888	85.3%

L'analyse régionale du tableau ci-dessus indique que les régions les mieux couvertes sont celles du Nord (85,1%) et du Nord-Ouest (84,7%) et les moins couvertes sont celles de l'Extrême-Nord (29,1%) et de l'Adamaoua (43,2%).

8. Accouchement des FEC dans les sites PTME

En 2017, sur 924 068 femmes enceintes attendues, 417 683 FEC (45,2%) ont accouché en milieu hospitalier. Le taux d'accouchement des FEC VIH+ est similaire à celui des FEC en général qui est de 58,4% (15682/26847). Ces faibles performances pourraient être expliquées par une forte fréquentation des formations sanitaires informelles en milieu urbain et des accoucheuses traditionnelles dans les zones rurales. Cela peut également s'expliquer par des barrières financières liées au coût de l'accouchement dans les FOSA, à l'accès géographique difficile de formations sanitaires dans certaines localités, à des pratiques socioculturelles et à la qualité de services peu attractifs. Pour ce qui est des femmes enceintes vivant avec le VIH, on pourrait aussi incriminer l'auto-stigmatisation ou la stigmatisation/discrimination par des tiers ou par le personnel soignant.

Tableau 9: Répartition du taux d'accouchement des FEC VIH+ par région en 2017

Régions	Nombre total de FEC VIH+	Nombre total d'accouchements de femmes VIH+ enregistrés	Taux d'accouchement des FEC VIH+
Adamaoua	2,124	967	45.5%
Centre	6,551	3,506	53.5%
Est	3,028	1,353	44.7%
Extrême-Nord	1,800	738	41.0%
Littoral	4,172	2,789	66.9%
Nord	1,586	752	47.4%
Nord-Ouest	2,492	2,232	89.6%
Ouest	2,048	1,253	61.2%
Sud	1,326	775	58.4%
Sud-Ouest	1,720	1,317	76.6%
National	26,847	15,682	58.4%

La région du Nord-ouest est celle qui a le meilleur taux d'accouchement en milieu hospitalier avec 89,6% suivie par le Sud-Ouest (76,6%). Par contre les trois régions du grand nord et de l'Est ont des taux inférieurs à 50%.

9. Cascade PTME FEC

Le graphique ci-dessous résume la cascade de l'offre de soins PTME dans l'ensemble du pays pour les FEC reçues en CPN et en salle d'accouchement. En outre, 99,7% des FEC reçues ont été testées pour le VIH (678 646/680 202). Au total, 26 847 FEC ont été identifiées VIH+ en CPN et SA, soit un taux de séropositivité de 3,9%. Ce taux est en baisse par rapport à 2016 (4,9%). Parmi les FEC identifiées VIH+, 23 023 FEC VIH+ (85,8%) ont bénéficié d'une prise en charge ARV.

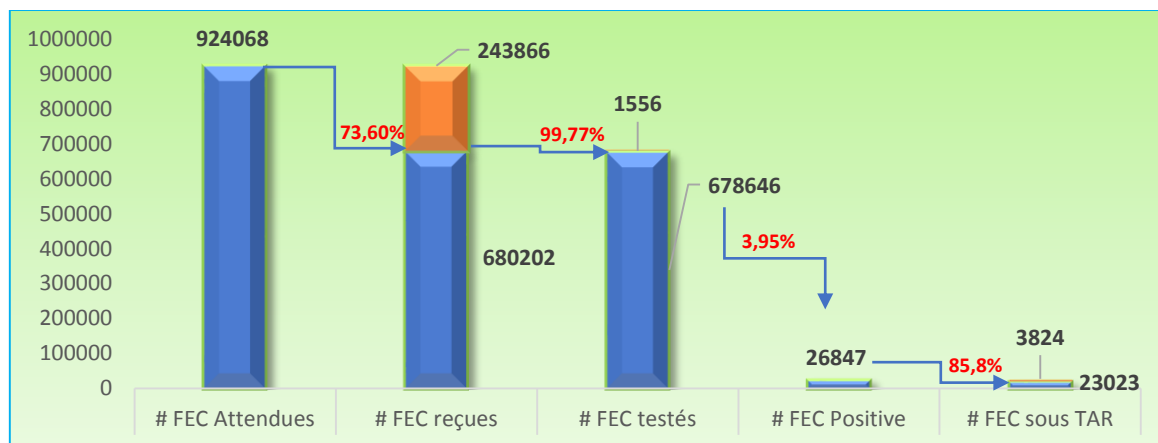


Figure 10: Cascade de l'offre de soins PTME pour les FEC reçues en CPN et en SA en 2017

IV. SUIVI DES ENFANTS EXPOSES

1. Couverture en ARV prophylactique chez l'enfant exposé au VIH

Au cours de l'année 2017, le pays a enregistré 417 683 accouchements dont 15 682 pour les FEC VIH+ (58,4%). La prophylaxie à la Névirapine fait partie des services offerts systématiquement à l'enfant né de mère séropositive dans un délai de 72h après la naissance, quel que soit le mode d'alimentation.

Au cours de l'année 2017, 26 847 femmes enceintes VIH+ ont été enregistrées dans la FOSA, parmi lesquelles 15 682 y ont accouché. De ces accouchements, nous avons enregistré 15 573 enfants exposés qui ont reçu la Névirapine prophylactique à la naissance. Ce qui nous donne une couverture programmatique de 99% et populationnelle de 50%. Le nombre d'enfants exposés mis sous ARV prophylactiques a augmenté, passant de 14 734 (92%) en 2016 à 15 573 (99%) en 2017.

Le tableau ci-dessous présente des pourcentages supérieurs à 100% dans les régions du Centre, du Nord et de l'Extrême-Nord. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que certains enfants nés en communauté et qui ont reçu la NVP en FOSA n'ont pas été pris en compte dans le dénominateur (nombre total d'accouchement des FEC VIH+ enregistrés).

2. Couverture en Cotrimoxazole chez les enfants exposés

Au Cameroun, tout enfant exposé au VIH doit débiter la prophylaxie au Cotrimoxazole à partir de la 6^{ème} semaine après sa naissance et la poursuivre jusqu'à la confirmation du statut VIH négatif de l'enfant alors qu'il ne court plus de risque d'être contaminé.

Sur un total de 15 682 enfants exposés enregistrés, 13 022 ont bénéficié de la prophylaxie au Cotrimoxazole dès l'âge de 6 semaines, soit une couverture programmatique de 83% et une couverture populationnelle de 42%. Ces couvertures sont en augmentation par rapport à celles de 2016 avec respectivement 74,6% et 38,3%.

Tableau 10: Couverture en Cotrimoxazole des enfants exposés au VIH en 2017

Régions	Nombre total d'accouchements de femmes VIH+	# EE qui ont débuté la Nevirapine prophylactique en post partum	Couverture programmatique des EE aux ARV prophylactiques	# EE qui ont débuté le CTX à 6 semaines du post partum	Couverture programmatique des EE au CTX
Adamaoua	967	930	96%	523	54.1%
Centre	3,506	3608	103%	3,059	87.3%
Est	1,353	1255	93%	788	58.2%
Extrême-Nord	738	774	105%	332	45.0%
Littoral	2,789	2716	97%	2,260	81.0%
Nord	752	777	103%	803	106.8%
Nord-Ouest	2,232	2187	98%	2,013	90.2%
Ouest	1,253	1246	99%	1,374	109.7%
Sud	775	768	99%	641	82.7%
Sud-Ouest	1,317	1312	100%	1,229	93.3%
National	15,682	15573	99%	13,022	83.0%

Cette couverture programmatique en Cotrimoxazole est la plus basse à l'Extrême Nord (45%).

3. Taux de positivité à la 1^{ère} PCR

Les données de diagnostic précoce ont été collectées à partir de la base de données des laboratoires de référence (CIRCB, NEID-Mutenguene et TBRL Bamenda) et des appareils Point Of Care pour le diagnostic précoce. Le Centre de Recherche pour la Santé des Armées (CRESAR) et l'Hôpital catholique de Bikop ont également réalisés cet examen mais leurs données ne sont pas disponibles au moment de la validation de ce rapport. Un total de 15 105 enfants nés des mères séropositives ont bénéficié de leur premier examen de PCR, quel que soit leur âge. Parmi eux, 753 (5%) se sont révélés positifs. Ce taux a légèrement diminué par rapport à celui de l'année 2016 (5,6%).

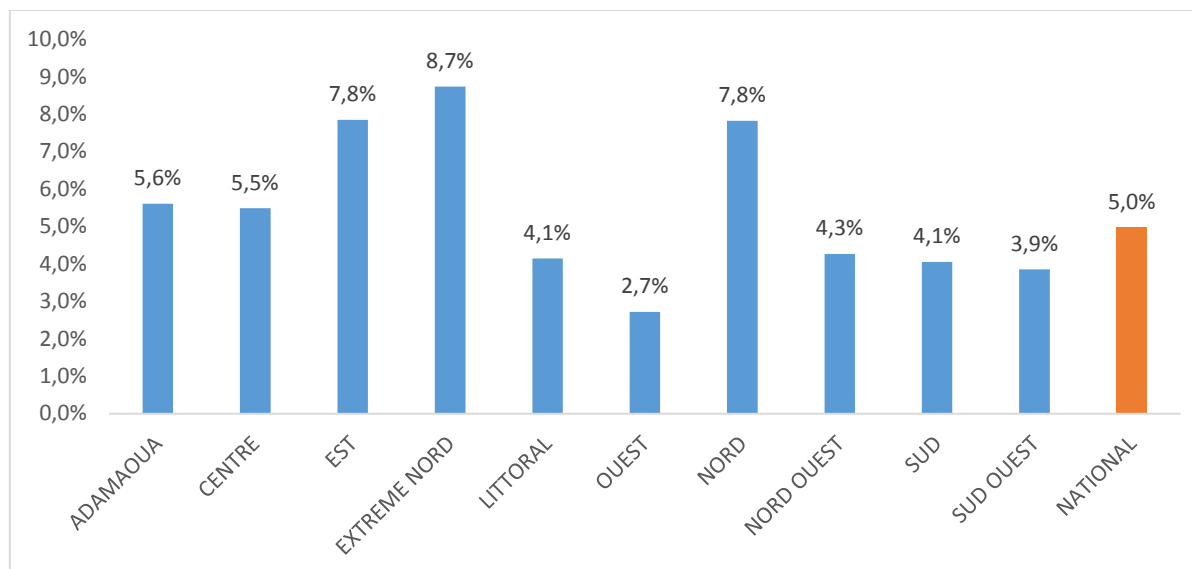


Figure 11 : Taux de séropositivité de la PCR1 des enfants exposés au VIH en 2017

Cinq régions (Nord-Ouest, Sud-Ouest, Littoral, Sud et Ouest) ont un taux inférieur ou égal à la moyenne nationale (5%) contrairement aux autres régions.

La couverture programmatique de la PCR1 est de 97% (15105 PCR1 effectuée sur 15573 EE ayant reçu la NVP) tandis que la couverture populationnelle est de 48,2% (15105 PCR1 sur 31350 FEC VIH+ attendues). En 2016, la couverture programmatique de la PCR1 était de 100%, tandis que la couverture populationnelle était de 48,6%. La baisse de la couverture programmatique montre qu'il y a eu des opportunités manquées pour faire le dépistage précoce du VIH chez les EE.

4. Autres PCR (PCR2, PCR3)

La PCR2 est effectuée chez les enfants dont la PCR1 était négative alors que la PCR3 est réalisée avant l'âge de 18 mois chez les EE dont les deux premières PCR étaient négatives.

En 2017, 1651 PCR2 ont été testées et 60 étaient positives (3,6%) et 59 PCR3 ont été réalisées dont 3 positives (5,1%). Au total 63 sur 1710 enfants (3,7%) ont été contaminés tardivement. Ainsi, 816 enfants exposés infectés par le VIH ont été identifiés dont 753 EE par PCR1 et 63 enfants par PCR2 et PCR3. Il convient d'améliorer le monitoring du couple mère-enfant pour l'adhérence des mères au traitement ARV et d'autres mesures de prévention.

Il faudrait renforcer le système de suivi de cohorte du couple mère-enfant et de rapportage pour pouvoir attester de leur statut final et de leur devenir. Pour cela, le renforcement des capacités des prestataires doit être de mise.

5. Cascade du suivi des enfants exposés

Le graphique 12 ci-dessous, résume la cascade nationale de la prise en charge des enfants exposés en 2017. En l'absence des données sur le nombre exact de naissances vivantes, le

proxi utilisé comme dénominateur est le nombre d'accouchement des FEC VIH+ enregistrés dans les FOSA. Sur 15 682 accouchements des FEC VIH+ enregistrés dans les FOSA, 15 573 (99,3%) enfants ont bénéficié de la prophylaxie ARV par la NVP. De ces enfants, 13 022 (83,6%) ont été mis sous cotrimoxazole entre 6-8 semaines et 15 105 (96,9%) ont bénéficié du 1^{er} test de dépistage par PCR. Parmi les enfants dépistés par la 1^{ère} PCR, 753 se sont révélés infectés soit un taux de positivité de 5,0%. Des 753 enfants diagnostiqués VIH+ par PCR1, 680 (90,3%) ont été mis sous traitement ARV.

Le taux de mise sous prophylaxie ARV des enfants exposés au VIH est passé de 92% en 2016 à 99,3% en 2017. Au cours de la même période les couvertures programmatiques en cotrimoxazole et en PCR1 sont passées respectivement de 74,6% à 83,6% et de 92,4% à 96,9%. De 2016 à 2017, le taux de positivité de la PCR1 est passé de 5,6% à 5%, et le taux de mise sous TARV des enfants diagnostiqués VIH+ est passé de 76,1% à 90%.

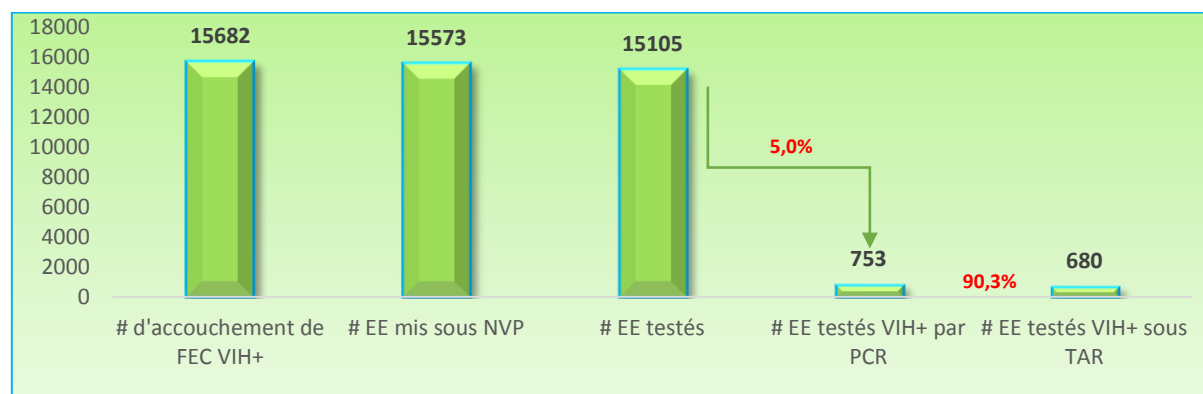


Figure 12: Cascade de prise en charge de l'enfant exposé au VIH en 2017

Toutefois, un total de 1710 PCR 2 et 3 ont été réalisées et 63 autres enfants de la PTME ou pas étaient infectés par le VIH, donnant ainsi un total de 816 enfants infectés par le VIH identifiés en 2017. Le taux de couverture du traitement ARV chez les enfants infectés identifiés était de 83,3%.

Des efforts restent à faire pour réduire le nombre de FEC VIH+ qui accouchent en dehors des FOSA (42%). Ceci contribuera à augmenter les couvertures populationnelles en NVP (50%), en CTX (41,9%) et en PCR1 (56,3%) en captant davantage les enfants exposés.

Le tableau ci-après montre la cascade des enfants exposés et infectés au VIH par Région en 2017.

Tableau 11: Suivi des enfants exposés/infectés au VIH

Régions	# Total d'accouchement des FEC VIH+	# EE qui ont débuté la NVP prophylactique	# EE ayant fait la PCR1 du VIH à 6-8 semaines	# EE dépistés VIH+ par PCR1	# EE diagnostiques VIH+ initiées au TARV
Adamaoua	967	930	642	36	30
Centre	3,506	3,608	3751	206	175
Est	1,353	1,255	892	70	97
ExtrêmeNord	738	774	549	48	17
Littoral	2,789	2,716	2026	84	112
Nord	752	777	1140	31	70
Nord-Ouest	2,232	2,187	805	63	109
Ouest	1,253	1,246	2319	99	20
Sud	775	768	543	22	14
Sud-Ouest	1,317	1,312	2438	94	36
National	15 682	15 573	15105	753	680

V. PRINCIPALE ETUDE REALISEE EN 2017

La surveillance sentinelle du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes en consultation prénatale au Cameroun menée en 2016 a été publiée en juillet 2017. Sur un total de 6859 femmes enceintes (couverture de l'échantillonnage : 97,99%), le taux d'acceptabilité du test de VIH était de 99,19% (6513/6566), soit 99,17% en urbaine et 99,22% en rurale. La prévalence nationale du VIH était de 5,70% (389/6819), soit 5,58% en urbaine et 5,87% en rurale. L'épidémie enregistre une baisse significative, de 7,60%, 7,8% à 5,70% respectivement de 2009, 2012 à 2016 ; $p < 0,0001$. Par ailleurs, la prévalence de la syphilis était de 5,63% (de 1,79% au Centre à 9,48% au Nord-Ouest).

VI. PRINCIPAUX GOULOTS D'ÉTRANGLEMENT DE LA PTME ET SOLUTIONS PROPOSÉES

Sur la base des données et des analyses faites, les principaux goulots d'étranglement identifiés dans la mise en œuvre de la PTME sont résumés dans le tableau ci-après :

Tableau 12: Principaux goulots d'étranglements et solutions proposées en PTME

DOMAINE	Faiblesses	Déterminants	SOLUTIONS PROPOSEES
COMMUNAUTAIRE	Faible demande des services de PTME	Insuffisance de financement pour la mobilisation communautaire en faveur de la PTME Faible collaboration entre les FOSA et les OBC Faible capacité des acteurs communautaires et FOSA en PTME	Optimiser l'utilisation des financements existants Mobiliser davantage les ressources nationales et extérieures Organiser les réunions régulières de coordination OBC-FOSA pour l'évaluation des résultats Renforcer les capacités des prestataires et des OBC sur la PTME
PRESTATION DE SERVICES	Initiation sous-optimale des ARV chez les FEC VIH+	Décentralisation de l'Option B+ encore en cours dans les CSI Faiblesse du système de notification et de rapportage des données Faiblesse du système de gestion des stocks des intrants au niveau des sites Faiblesse du système d'acheminement des intrants du niveau régional vers le site	Accélérer la décentralisation de l'Option B+ Améliorer le suivi des équipes des sites par les équipes cadres de district (ECD) Faire le coaching des équipes des sites par les équipes cadres de district (ECD) Mettre en place des plans d'approvisionnement au niveau District
PRESTATION DE SERVICES	Insuffisance du suivi des enfants exposés	Absence du système de suivi de cohorte du couple mère-enfant dans les FOSA Faible intégration des soins de PTME dans les services de vaccination et autres	Mettre en place un système de cohorte dans les FOSA Renforcer le système de recherche active des enfants exposés dans tous les services de SMNI
LEADERSHIP GOUVERNANCE ET FINANCEMENT	Faible couverture du dépistage précoce des enfants exposés	Faible accessibilité géographique du diagnostic précoce Non prise en compte des données de certains laboratoires dans la synthèse nationale Faiblesse du système de communication entre les laboratoires et les FOSA pour la remise des résultats	Finaliser la cartographie des Point of Care pour la planification de l'extension des infrastructures de dépistage précoce Adresser une correspondance aux laboratoires dont les résultats ne sont pas inclus dans la synthèse nationale Mettre en place un système d'assurance-qualité entre les POC et les plateformes conventionnelles
SYSTÈME D'INFORMATION SANITAIRE	Absence de données sur la rétention des FEC VIH+ et Charge virale	Faible demande des examens de charge virale	Demander systématiquement la charge virale chez les femmes Développer un algorithme spécifique de suivi de la charge virale chez les FEC VIH+ Subventionner à 100% de la charge virale chez les femmes enceintes/allaitantes et les enfants VIH+
		Faibles taux de promptitude et de complétude concernant la transmission des rapports PTME	Systématiser la validation des données PTME/PECP et le feedback à tous les niveaux de la pyramide sanitaire
		Impossibilité de capter les données des femmes qui accouchent dans les FOSA informelles	Renforcer le système d'évaluation de la qualité des données PTME/PECP
		Faible utilisation des données par ceux qui les produisent	Assurer la disponibilité des outils intégrés de collecte de données dans les sites
		Faiblesse dans la coordination de la validation des données à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	Mettre en place un système de financement basé sur les résultats (FBR) pour améliorer la qualité des services et des données de la PTME

VII. PERSPECTIVES

Les perspectives principales du programme PTME au Cameroun se résument dans les points ci-après :

- renforcer l'observance et l'adhérence au traitement des femmes enceintes et des enfants VIH+ avec la mise en place du projet des mères mentors (M2M);
- Mettre en place dans tous les sites le système de suivi de cohorte des femmes VIH+ et des enfants exposés ;
- renforcer le dépistage des partenaires des femmes enceintes à travers la systématisation du dépistage familial à partir des cas index ;
- passer à échelle la mise en place des points of care EID et CV ;
- rendre gratuit l'examen de la charge virale chez les enfants, les adolescents, les jeunes filles et les femmes allaitantes et partenaires des femmes enceintes ;
- renforcer le système de qualité des services et des données au niveau sanitaire et communautaire.
- mettre en place le système de mentorat fonctionnel en PTME/PECP à tous les niveaux.

VIII. COORDINATION ET PARTENARIAT

Au courant de l'année 2017, s'est tenue la réunion de coordination PTME impliquant tous les acteurs nationaux et internationaux, ceux de la société civile, tous les ministères apparentés et toutes les directions techniques du MINSANTE. L'objectif général de la réunion était d'apprécier le niveau de mise en œuvre de l'option B+ et les perspectives ultérieures.

Plus spécifiquement, il s'agissait de :

- i)* présenter l'évolution de la couverture géographique en sites Option B+/DBS depuis 2012 ;
- ii)* identifier les problèmes et analyse de la coordination des interventions au niveau central ; *iii)* présenter les cascades régionales PTME/PECP et les gaps ;
- iii)* définir les mécanismes de suivi et coordination des activités communautaires en PTME et ;
- iv)* proposer des perspectives pour les années à venir.

A la fin de la réunion, des recommandations ont été proposées parmi lesquelles la mise à jour et la mise à disposition du plan opérationnel e-TME ; la mise en place et l'opérationnalisation des réunions de coordination régionales PTME

On peut citer d'autres instances de coordination des interventions de PTME au niveau central, notamment :

- la tenue mensuelle des réunions du Groupe de Travail Technique pour la PTME au niveau central sous le leadership de la DSF. Ces assises ont permis de réunir toutes les parties prenantes de la PTME;
- la réalisation des missions de supervision conjointes (GTC/CNLS, DLMEP, DSF, DPML, GTRs, DRSP) ont permis de renforcer la qualité des services rendus et l'application des directives par les prestataires à tous les niveaux.

IX. CONCLUSION

En 2017, plusieurs interventions ont été menées dans le cadre des activités de la PTME au Cameroun parmi lesquelles la publication de l'Enquête de surveillance sentinelle du VIH et de la syphilis chez les FEC en CPN au Cameroun, la tenue de la réunion de coordination PTME et la mise en place des appareils «Points of Care» pour le diagnostic précoce.

Les principaux résultats obtenus sont repartis d'une part chez les FEC avec une couverture géographique en sites PTME/Option B+ de 84%, un taux de fréquentation des services de CPN de 74%, un taux de dépistage en CPN et en SA de 99,7%, une séropositivité globale du VIH chez les FEC de 3,9% et une couverture programmatique en ARV chez les femmes enceintes séropositives de 85,8%. Et d'autre part, chez les enfants exposés au VIH, avec une couverture géographique des sites DBS de 46,3%, la couverture programmatique en ARV prophylactique de 99,3%, le taux de positivité à la 1^{ère} PCR de 5% et la couverture programmatique en ARV des enfants diagnostiqués VIH+ de 90,3%.

Malgré ces résultats en nette amélioration par rapport aux années précédentes, beaucoup reste encore à faire pour améliorer la fréquentation de la CPN par les femmes enceintes, augmenter la couverture en sites de diagnostic précoce, renforcer la mobilisation et le dépistage des partenaires des femmes enceintes, augmenter le nombre d'accouchement des femmes enceintes dans les FOSA et renforcer la qualité du suivi post natal du couple mère/enfant.

L'intensification des interventions de tous les secteurs impliqués dans la PTME et une meilleure distribution géographique des PTF permettront d'améliorer significativement la performance, la qualité du programme PTME et de tendre vers les objectifs d'élimination de la TME.

X. SOURCES

1. Rapport annuel CNLS 2017
2. Facsheet ONUSIDA Juillet 2017
3. Rapport Enquête sentinelle 2016
4. CIS MINSANTE 2017
5. DHIS data base 2017
6. Base de données des 03 laboratoires de référence du Diagnostic Précoce 2017 et des appareils POC/EID
7. Rapport réunion de coordination PTME 2017

XI. ANNEXES

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

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			
Pilier 1: Prévention primaire		Valeurs	Sources
Indicateur clé:	1a) Pourcentage des femmes enceintes qui connaissent leur statut sérologique VIH	97% %	Rapport de progrès N°12 CNLS
Autres indicateurs	1b) Pourcentage des partenaires des femmes enceintes testées au VIH	5,7%	Rapport de progrès N°12 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%	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)	85,8% (23 023)	Rapport de progrès N°12 CNLS
	3a,1 bis) Pourcentage de femmes enceintes VIH + sous un TARV pour leur propre santé	85,8% (23 023)	Rapport de progrès N°12 CNLS
Autres indicateurs	3b) Pourcentage de femmes enceintes VIH+ éligibles au TARV (évaluation CD4 ou stadification clinique)		
	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)	ND	
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	97%	Rapport de progrès N° 12 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	83%	Rapport de progrès N° 12 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	8727	Rapport CNLS au 2011
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 postnatale 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 "PMTCTfacilitiesurvey" 2011

ANNEXE 2 Liste des indicateurs clés pour les interventions sous directives communautaires

Indicateurs clés pour les intervenants communautaires ISDC (ASCP)
Nombre femmes enceintes perdues de vue à la CPN ou n'ayant pas commencé la CPN, référées et reçues dans la FOSA
Nombre de nouveau nés en communauté n'ayant pas respecté les CPON à 8 semaines référés et reçus dans la FOSA

ANNEXE 3 : Principaux indicateurs collectés par les APS Pédiatriques

N°	Indicateurs
1	Nombre d'APS Pédiatriques en service
2	Nombre de rendez-vous de PCR donnés au cours du mois
3	Nombre d'enfants né de mères séropositives que vous suivez attendus pour la PCR au cours du mois
4	Nombre d'enfants nés de mères séropositive ayant manqué leur rendez-vous de PCR et retrouvés
5	Nombre de visite à domicile réalisées pour la recherche des PDV
6	Nombre d'enfants PDV recherchés enfants (exposés ou infectés)
7	Nombre d'enfants infectés PDV retrouvés
8	Nombre de PDV recherchés FEC VIH+
9	Nombre de PDV FEC VIH+ retrouvées
10	Nombre d'absents dans votre cohorte, ramenés en soins et traitement au cours du mois
11	Nombre de PDV dans votre cohorte, ramenés en soins et traitement au cours du mois
12	Nombre de causeries éducatives menées au cours du mois avec la cohorte de patients qui vous a été attribuée
13	Nombre de groupes de paroles menées au cours du mois avec la cohorte de patients qui vous a été attribuée
14	Nombre de couples ayant reçu le CDV
15	Nombre de séances d'aide à l'observance individuelle ou en groupe menées au cours du mois avec la cohorte de patients qui vous a été attribuée

ANNEXE 4: Liste des indicateurs du programme intégré SMNI/PTME à collecter mensuellement dans les FOSA

I-CONSULTATION PRENATALE (CPN)	
1	Nombre de FEC (FEC) enregistrées en CPN1 (1 ^{er} contact) au cours du mois
2	Nombre de FEC ayant effectué leur premier test VIH au cours de cette grossesse au cours du mois.
3	Nombre de FEC ayant retiré le résultat de leur test de dépistage VIH au cours du mois
4	Nombre de FEC ayant effectué leur premier test VIH et dépistées positives au cours du mois
5	Nombre de FEC déjà connues VIH+ au moment de leur premier contact en CPN
7	Nombre de FEC testées négatives au premier contact en CPN qui ont été testées à nouveau pour le VIH à la deuxième, troisième ou quatrième CPN au cours du mois
8	Nombre de FEC testées négatives au premier contact en CPN qui ont été testées à nouveau et dépistées VIH+ à la deuxième, troisième ou quatrième CPN au cours du mois
9	Nombre de partenaires masculins des FEC reçus au cours du mois qui ont été testés pour le VIH
10	Nombre de partenaires masculins des FEC reçus au cours du mois qui ont été testés VIH+
11	Nombre de FEC VIH+ ayant reçu la prophylaxie au cotrimoxazole au cours du mois
12	Nombre de FEC VIH+ qui ont initié la trithérapie ARV sur site au cours du mois

13	Nombre de FEC VIH+ déjà sous trithérapie au moment de leur 1 ^{er} contact en CPN au cours du mois
14	Nombre de FEC VIH+ chez qui la recherche des signes cliniques de la TB a été faite au cours du mois
II-SALLE DE TRAVAIL ET D'ACCOUCHEMENT	
15	Nombre de FEC ayant effectué leur premier test VIH au cours de cette grossesse en salle d'accouchement au cours du mois.
16	Nombre de FEC ayant effectué leur premier test VIH au cours cette grossesse en salle d'accouchement et dépistées VIH+ au cours du mois
17	Nombre de FEC testées négatives en CPN qui ont été testées à nouveau pour le VIH en salle d'accouchement au cours du mois
18	Nombre de FEC testées négatives en CPN qui ont été testées à nouveau et dépistées VIH+ en salle d'accouchement au cours du mois
19	Nombre de FEC testées VIH+ en salle d'accouchement et ayant initié la TAR au cours du mois
20	Nombre de femmes ayant accouché dans la FOSA au cours du mois
21	Nombre de femmes VIH+ ayant accouché dans la formation sanitaire au cours du mois
22	Nombre d'enfants nés de mères VIH+ dans la FOSA au cours du mois
23	Nombre d'enfants nés des mères VIH+ qui ont débuté la Nevirapine prophylactique en post partum dans les 72 heures au cours du mois
III-SUIVI POSTNATAL MERE ET ENFANT	
24	Nombre de femmes VIH+ ayant accouché hors de la FOSA et sont venues avec leurs bébés dans les 72h suivant l'accouchement au cours du mois
25	Nombre de femmes qui ont débuté une méthode de planning familial en post partum au cours du mois
26	Nombre de femmes VIH+ qui ont débuté une méthode de planning familial en post partum au cours du mois
27	Nombre d'enfants nés de mères VIH+ reçus en consultation de suivi entre 6 et 10 jours après la naissance au cours du mois
28	Nombre d'enfants nés de mères VIH+ reçus en consultation de suivi entre 6 et 8 semaines au cours du mois
29	Nombre d'enfants nés de mères VIH+ qui ont débuté le Cotrimoxazole à partir de 6 semaines en post partum au cours du mois
30	Nombre d'enfants nés de mères VIH+ dépistés par PCR entre 6 et 8 semaines au cours du mois
31	Nombre d'enfants nés de mères VIH+ diagnostiqués VIH+ par PCR entre 6 et 8 semaines au cours du mois
32	Nombre d'enfants nés de mères VIH+ dépistés par PCR entre 8 semaines et 9 mois au cours du mois
33	Nombre d'enfants nés de mères VIH+ diagnostiqués VIH+ par PCR entre 8 semaines et 9 mois au cours du mois
34	Nombre d'enfants qui sont toujours sous allaitement maternel exclusif à 6 mois de vie au cours du mois
35	Nombre d'enfants nés de mères VIH+ vus à la visite de 9 mois au cours du mois
36	Nombre d'enfants nés de mères VIH+ vus à la visite de 9 mois qui sont à jour pour leurs vaccinations
37	Nombre d'enfants nés de mères VIH+, qui ont été testés positifs par la sérologie entre 9 et 18 mois et testés à la PCR au cours du mois
38	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
39	Nombre d'enfants nés de mères VIH+ confirmés infectés au VIH par PCR qui ont été enrôlés au traitement ARV au cours du mois

ANNEXE 5: LISTE DES SITES IMPLEMENTANT LE POC-EID EN 2017

REGION	DISTRICT	SITES	TYPES DE SITES
Centre	Cité verte	CENTRE MERE ENFANT	Site Autonome
Centre	Cité verte	HOPITAL DE DISTRICT DE CITE VERTE	Site Autonome
Centre	Cité verte	DISPENSAIRE CATHOLIQUE NOTRE DAME DE LA MERCI	Site satellite
Centre	Djoungolo	CENTRE HOSPITALIER D'ESSOS	Site de dépistage
Centre	Djoungolo	MONT CALVAIRE	Site satellite
Centre	Djoungolo	ST DOMINIQUE	Site satellite
Centre	Djoungolo	CENTRE MEDICAL D'ARRONDISSEMENT DE MVOG-ADA	Site satellite
Centre	Djoungolo	CS Joss	Site satellite
Centre	Djoungolo	HOPE SERVICE	Site satellite
Centre	Djoungolo	Hôpital Jamot	Site satellite
Centre	Djoungolo	CMA ELIG ESSONO	Site satellite
Centre	Djoungolo	EPC DJOUNGOLO	Site satellite
Centre	Djoungolo	Clinique Bastos	Site satellite
Centre	Djoungolo	CSMS SOSAC	Site satellite
Centre	Djoungolo	DISP ADVENTISTE	Site satellite
Centre	Djoungolo	DISPENSAIRE CATHOLIQUE DE NKOL ETON	Site satellite
Centre	Djoungolo	Polyniclinic du palais	Site satellite
Centre	Nkolndongo	CASS	Site de dépistage
Centre	Nkolndongo	HD Nkolndongo	Site satellite
Centre	Djoungolo	HOPITAL GYNECO OBSTETRIQUE	Site de dépistage
Centre	Djoungolo	CS BETHESDA	Site satellite
Centre	Djoungolo	CSC Ngousso	Site satellite
Centre	Djoungolo	DISPENSAIRE MARIE REINE D'ETOUDI	Site satellite
Centre	Djoungolo	CS NOTRE SANTE	Site satellite
Centre	Djoungolo	AFRIQUE FUTURE	Site satellite
Centre	Djoungolo	CSI EMANA	Site satellite
Centre	Djoungolo	CS 1ER SECOURS	Site satellite
Centre	Djoungolo	CS Prive Les Premiers Secours de Ngoulmekong	Site satellite
Centre	Djoungolo	CSC Nkolondom	Site satellite
Centre	Djoungolo	HOPITAL DE DISTRICT D'OLEMBE	Site satellite
Centre	Djoungolo	HOPITAL GENERAL DE YAOUNDE	Site satellite
Littoral	DEIDO	HOPITAL LAQUINTINIE DE DOUALA	Site Autonome
Littoral	NEW BELL	MBOPPI BAPTIST HOSPITAL DOUALA	Site de dépistage
Littoral	NEW BELL	HOPITAL AD-LUCEM BALI	Site satellite
Littoral	NEW BELL	APOSTILIC HOSPITAL YOUPWE	Site satellite
Littoral	NYLON	HOPITAL DE DISTRICT DE NYLON	Site de dépistage
Littoral	NYLON	CENTRE MEDICAL D'ARRONDISSEMENT SOBOUM	Site satellite
Littoral	NYLON	CENTRE DE SANTE MISERICORDE	Site satellite
Littoral	NYLON	CENTRE MEDICAL ST. LUC	Site satellite
North West	BAMENDA	NKWEN BAPT HC	Site Autonome

North West	KUMBO WEST	BANSO BAPT HOSPITAL	Site de dépistage
North West	KUMBO WEST	MELUF CATHOLIC	Site satellite
North West	KUMBO WEST	NKUMKOV IHC	Site satellite
North West	KUMBO EAST	SHISONG HOSP	Site de dépistage
North West	KUMBO EAST	JAKIRI CMA	Site satellite
North West	OKU	JIKIJEM BAPT HC	Site satellite
South West	LIMBE	REGIONAL HOSPITAL LIMBE	Site de dépistage
South West	LIMBE	C.M.A LIMBE	Site satellite
South West	LIMBE	DISTRICT HOSPITAL BOTA - LIMBE	Site satellite
South West	LIMBE	LAROSBI CLINIC LIMBE	Site satellite
South West	LIMBE	BATOKE HEALTH CENTER	Site satellite
South West	LIMBE	BONADIKOMBO HEALTH CENTER	Site satellite
South West	LIMBE	CDC BOTA CLINIC	Site satellite
South West	LIMBE	AMBITIONS 24HRS HEALTH CARE	Site satellite
South West	KUMBA	PRESBY. GENERAL HOSPITAL KUMBA	Site de dépistage
South West	KUMBA	C.M.A KUMBA TOWN	Site satellite
South West	KUMBA	Bambini Medical Foundation	Site satellite
South West	KUMBA	Catholic Health Center Fiango	Site satellite
South West	KUMBA	C.M.A. NTAM	Site satellite

ANNEXE 6 Couverture en ARV des FEC VIH+ par région en 2017

Régions	Nombre total de FEC VIH+	Nombre total de FEC VIH+ sous TARV	Taux de couverture programmatique en ARV
Adamaoua	955	2,042	96.1%
Centre	10,035	5,382	82.2%
Est	2,165	2,508	82.8%
Extrême- Nord	3,696	1,271	70.6%
Littoral	3,014	3,589	86.0%
Nord	1,513	1,462	92.2%
Nord-Ouest	3,150	2,284	91.7%
Ouest	1,766	1,813	88.5%
Sud	1,094	1,314	99.1%
Sud-Ouest	3,653	1,358	79.0%
National	31,042	23,023	85.8%

ANNEXE 7 Liste des DS de santé prioritaires à la PTME communautaires à besoin d'appui financier en 2017

Région	N°	District de santé identifiés prioritaires non couverts par les interventions de PTME communautaires et à besoin d'appui	Nombre de femmes enceintes reçues en première CPN au cours du mois (2017)	Population DS	FEC attendues	Taux de Fréquentation
Région Adamaoua	1	District Banyo	4606	162981	6210	74,18%
Région Adamaoua	2	District Bankim	3147	97749	3724	84,50%
Région Centre	3	District Eseka	1257	80223	3056	41,13%
Région Centre	4	District Yoko	833	42477	1618	51,47%
Région Centre	5	District Nkoldongo	16606	806523	30729	54,04%
Région Centre	6	District Monatele	1100	48497	1848	59,53%
Région Centre	7	District Ngog Mapubi	1232	53176	2026	60,81%
Région Centre	8	District Awae	641	27061	1031	62,17%
Région Centre	9	District Mbandjock	1442	58495	2229	64,70%
Région Centre	10	District Efoulan	10300	401535	15298	67,33%
Région Centre	11	District Ndikinimeki	1188	44519	1696	70,04%
Région Centre	12	District Mfou	2836	101786	3878	73,13%
Région Centre	13	District Elig Mfomo	460	16238	619	74,35%
Région Est	14	District Messamena	643	27312	1041	61,79%
Région Est	15	District Nguemendouka	887	34674	1321	67,14%
Région Est	16	District Yokadouma	3840	102946	3922	97,90%
Région Extrême Nord	17	District Kolofata	2638	218190	8313	31,73%
Région extrême Nord	18	District Mada	3624	204011	7773	46,62%
Région extrême Nord	19	District Moulvoudaye	3484	173517	6611	52,70%
Région extrême Nord	20	District Guere	3966	168525	6421	61,77%
Région extrême Nord	21	District Kaele	3542	142116	5415	65,42%
Région extrême Nord	22	District Bogo	3197	127902	4873	65,61%
Région extrême Nord	23	District Kar Hay	3314	128467	4895	67,71%
Région extrême Nord	24	District Moutourwa	1490	51520	1963	75,91%
Région extrême Nord	25	District Mogode	3941	124079	4727	83,36%
Région extrême Nord	26	District Hina	4601	143891	5482	83,93%

Région	N°	District de santé identifiés prioritaires non couverts par les interventions de PTME communautaires et à besoin d'appui	Nombre de femmes enceintes reçues en première CPN au cours du mois (2017)	Population DS	FEC attendues	Taux de Fréquentation
Région extrême Nord	27	District Roua	3366	104475	3980	84,56%
Région extrême Nord	28	District Vele	3163	98041	3735	84,68%
Région extrême Nord	29	District Maga	5503	154829	5899	93,29%
Région extrême Nord	30	District Bourha	3108	84631	3224	96,39%
Région extrême Nord	31	District Guidiguis	4580	122422	4664	98,19%
Région extrême Nord	32	District Tokombere	6227	164878	6282	99,13%
Région Littoral	33	District Manoka	30	19572	746	4,02%
Région Littoral	34	District Boko	2956	345039	13146	22,49%
Région Littoral	35	District Dibombari	256	21550	821	31,18%
Région Littoral	36	District Ngambe	142	10446	398	35,68%
Région Littoral	37	District Japoma	1994	140651	5359	37,21%
Région Littoral	38	District Ndom	422	25715	980	43,07%
Région Littoral	39	District Yabassi	253	14532	554	45,70%
Région Littoral	40	District Bangue	5978	313369	11939	50,07%
Région Littoral	41	District Bonassama	8785	417084	15891	55,28%
Région Littoral	42	District Cite Des Palmiers	6942	313991	11963	58,03%
Région Littoral	43	District Nylon	10107	403474	15372	65,75%
Région Littoral	44	District Edea	3332	127898	4873	68,38%
Région Littoral	45	District Nkondjock	562	21353	814	69,08%
Région Nord	46	District Golombe	1326	62927	2398	55,31%
Région Nord	47	District Garoua I	6985	286556	10918	63,98%
Région Nord Ouest	48	District Bali	651	38737	1476	44,11%
Région Nord Ouest	49	District Batibo	2099	92797	3536	59,37%
Région Nord Ouest	50	District Bamenda	9740	386893	14741	66,08%
Région Nord Ouest	51	District Nkambe	3616	141570	5394	67,04%
Région Nord Ouest	52	District Oku	2104	82126	3129	67,24%
Région Ouest	53	District Bafang	1624	105601	4023	40,36%
Région Ouest	54	District Mbouda	4580	279069	10633	43,08%

Région	N°	District de santé identifiés prioritaires non couverts par les interventions de PTME communautaires et à besoin d'appui	Nombre de femmes enceintes reçues en première CPN au cours du mois (2017)	Population DS	FEC attendues	Taux de Fréquentation
Région Ouest	55	District Batcham	1658	100380	3824	43,35%
Région Ouest	56	District Bandja	707	42198	1608	43,97%
Région Ouest	57	District Bamendjou	936	55208	2103	44,50%
Région Ouest	58	District Bandjoun	2434	127596	4861	50,07%
Région Ouest	59	District Baham	1108	56788	2164	51,21%
Région Ouest	60	District Kekem	913	43432	1655	55,17%
Région Ouest	61	District Bangangte	2892	126491	4819	60,01%
Région Ouest	62	District Galim	1069	46328	1765	60,56%
Région Ouest	63	District Dschang	6267	236505	9011	69,55%
Région Sud	64	District Zoetele	739	45054	1717	43,05%
Région Sud	65	District Olamze	280	15973	609	46,01%
Région Sud	66	District Ebolowa	5016	182029	6935	72,33%
Région Sud Ouest	67	District Akwaya	633	105618	4024	15,73%
Région Sud Ouest	68	District Wabane	428	52087	1985	21,57%
Région Sud Ouest	69	District Fontem	1096	126248	4810	22,79%
Région Sud Ouest	70	District Eyumodjock	460	44619	1700	27,06%
Région Sud Ouest	71	District Bakassi	184	16222	618	29,77%
Région Sud Ouest	72	District Mbonge	1080	88938	3389	31,87%
Région Sud Ouest	73	District Limbe	3617	179379	6834	52,92%
Région Sud Ouest	74	District Tiko	3815	166406	6340	60,17%
Région Sud Ouest	75	District Bangem	741	29215	1113	66,57%

Equipe de rédaction

- Dr NGO NEMB Marinette, CSASS/CNLS
- Dr MOUSSA Yasmine, CDC
- Dr EKALI Gabriel, ET-PEPFAR/CNLS
- Dr BENG AMOUGOU Arsène ; RPECP/CNLS
- Dr CHE Gilbert ; CUPEG/CNLS
- Dr TENE Gilbert, CT PTME
- Dr KOB David, USAID
- M TCHETMI Thomas, ONUSIDA
- Dr NZIMA ; EGPAF
- Mme MESSEH Arlette, SPRSE/CNLS
- Mme EBOGO Liliane, SASS/CNLS
- Mme OWONA Natacha, SPRSE/CNLS
- M KEGNE NDE Cyprien, SPRSE/CNLS
- M ANOUBISSI Jean de Dieu, SPRSE
- Mme TSIMENE Florine

Equipe de Validation

Dr ELAT NFETAM Jean Bosco ; SP/CNLS
Dr BONONO Léonard ; SPA/CNLS
Dr BILLONG Serge, C SPRSE/CNLS
Dr ZEH KAKANOU Florence, DLMEP
Dr TJEK BIYAGA Paul ; DSF
Dr KEUGOUNG Basile ; UNICEF
Prof. KENFOU Celine, CIRCB
M. DJAOU DJAOUROU, CSCOM/CNLS
Mme MVOGO Anastasie, CSRLSP/CNLS
Prof. RASHIDI Augustin ; ISDC PALU
Dr BITOUGA Aristide, DROS
M ONANA Roger, SPRSE/CNLS
M LEUKOMO Simplicie, EGPAF
Mme ANDOUGOU epse EVA Chantal, DSF
Mme ETAME Odette, NOLFOWOP
Mme SIDJO NYA Christelle ; RESIPAT
Mme NJICHOUANG Martine ; PLMI
M LEBA Hyacinthe, SPM/CNLS

