



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

DRAFT RAPPORT DE PROGRES N°8



ANNEE 2013

« Protégeons nos enfants du VIH : agissons pour l'avenir »

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES:

Tableaux :

| | |
|--|----|
| Tableau 1 : Répartition des sites de PTME et des districts de santé par région..... | 7 |
| Tableau 2 : Accroissement de la fréquentation de la CPN de 2012 à 2013 par région..... | 9 |
| Tableau 3 : Récapitulatifs des données du dépistage du VIH des femmes enceintes..... | 13 |
| Tableau 4 : Couverture en Cotrimoxazole des femmes enceintes VIH+ par région..... | 15 |
| Tableau 5 : Réalisation du comptage des CD4 chez les femmes enceintes VIH+..... | 16 |
| Tableau 6 : Couverture des femmes enceintes VIH+ en ARV pour la PTME par région..... | 17 |
| Tableau 7 : Prophylaxie ARV chez les enfants des mères VIH+..... | 19 |
| Tableau 8 : Initiation du Cotrimoxazole chez les enfants des mères VIH+ | 22 |
| Tableau 9: Réalisation de la PCR à 6 semaines chez les enfants exposés par région..... | 24 |
| Tableau 10: Initiation du TAR chez les enfants testés VIH+ par PCR à 6 semaines..... | 25 |
| Tableau 11: Nombre et proportion des enfants sous TARV par région | 27 |
| Tableau 12: Contributions financières au programme de PTME par partenaire..... | 32 |

Graphiques :

| | |
|--|----|
| Graphique 1 : Evolution du nombre des sites de PTME et des districts de santé..... | 8 |
| Graphique 2 : Evolution du taux de fréquentation de la CPN de 2004 à 2013..... | 9 |
| Graphique 3 : Positivité du dépistage VIH des femmes enceintes par région..... | 11 |
| Graphique 4 : Positivité du dépistage du VIH chez les FEC de 2006 à 2013..... | 12 |
| Graphique 5 : Dépistage du VIH des partenaires des femmes enceintes par région..... | 14 |
| Graphique 6 : Couverture des FEC VIH+ en ARV pour la PTME par région..... | 18 |
| Graphique 7 : Rétention des enfants des mères séropositives..... | 20 |
| Graphique 8 : Nombre des sites du diagnostic précoce du VIH de 2007 à 2013..... | 23 |
| Graphique 9 : Positivité de la PCR à 6 semaines des enfants des mères séropositives..... | 24 |
| Graphique 10 : Enrôlement des enfants VIH+ au traitement ARV de 2003 à 2013..... | 26 |

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

Le Plan mondial d'élimination des nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et le maintien de leurs mères en vie a été lancé en Juillet 2011 lors de la session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/Sida.

Le Cameroun qui fait partie des 22 pays prioritaires de la PTME avait alors fait sien cet engagement et avait décidé en Aout 2012 de passer de l'option A à l'option B+ pour son programme de PTME afin d'améliorer ses chances d'atteindre l'objectif d'élimination de la TME du VIH en 2015.

Cet engagement était pris dans un contexte caractérisé par une insuffisance des ressources financières et un déficit en personnels qualifiés limitant la capacité de mise en œuvre des interventions du programme de l'option B+ pour la PTME y compris la délégation des tâches pour une décentralisation des services du VIH au niveau le plus périphérique du système sanitaire national.

En 2012, seules 41,9% des femmes enceintes attendues en CPN avaient effectivement été reçues. Bien que plus de 80% d'entre elles avaient été testées pour le VIH avec un taux de positivité de 6,1%, la couverture populationnelle des femmes enceintes en test de dépistage du VIH n'était alors que de 33,6%. De plus seules 21,4% des femmes enceintes séropositives attendues avaient effectivement reçu les ARV pour la réduction de la transmission du VIH à leurs enfants et le taux de positivité de la PCR à 6 semaines chez les enfants exposés était alors de 8,4% encore éloigné du taux de moins de 5% attendu en 2015.

L'effort fourni au cours de l'année 2013 était essentiellement consacré à la mise en place des outils du programme (registres du programme intégré PTME/SMNI, curriculum de formation en PTME/SMNI, outil intégré de supervision en PTME/SMNI, etc.), à la sensibilisation du personnel sur la nouvelle stratégie de l'intégration des services de PTME et de la Santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) et l'approche familiale de la lutte contre le VIH et celle de l'option B+ pour la PTME. Elle était également consacrée, au recrutement de nouveau partenaires de mise en œuvre pour les régions du Littoral et du Centre ainsi qu'au développement du plan de mise en œuvre à la recherche des financements pour l'amélioration le cadre de mise en œuvre de ce programme.

Aussi, la résolution des nombreux défis à une mise en œuvre optimale du programme PTME observés en 2012 s'est poursuivi au cours de cette année et, pendant que cet effort était fourni, les activités de la PTME se poursuivaient autant que possible dans ce contexte de transition de l'option A à l'option B+.

Le présent rapport présente les performances du programme au cours de l'année 2013 ainsi que la situation du Cameroun par rapport à l'atteinte des objectifs fixés pour 2015.

NIVEAU DE MISE EN ŒUVRE DE LA PTME AU CAMEROUN EN 2013

Extension de la couverture géographique de la PTME :

La PTME est un service de base intégré à la santé maternelle et infantile qui doit s'offrir dans toutes les formations sanitaires offrant la consultation prénatale (CPN) dans les dix Régions du pays.

La couverture en CPN à l'échelle nationale s'est légèrement améliorée au cours de l'année 2013 le nombre des sites offrant ce service étant passé de 2999 en 2012 à 3466 en 2013. En même temps, à la faveur d'un nouveau découpage dont le but était de pousser d'avantage la décentralisation des services et d'améliorer l'accès des populations aux soins de santé, le nombre de districts de santé est passé de 181 en 2012 à 189 en 2013. La répartition des sites de PTME et des districts de santé en 2013 se présente comme suit dans les régions.

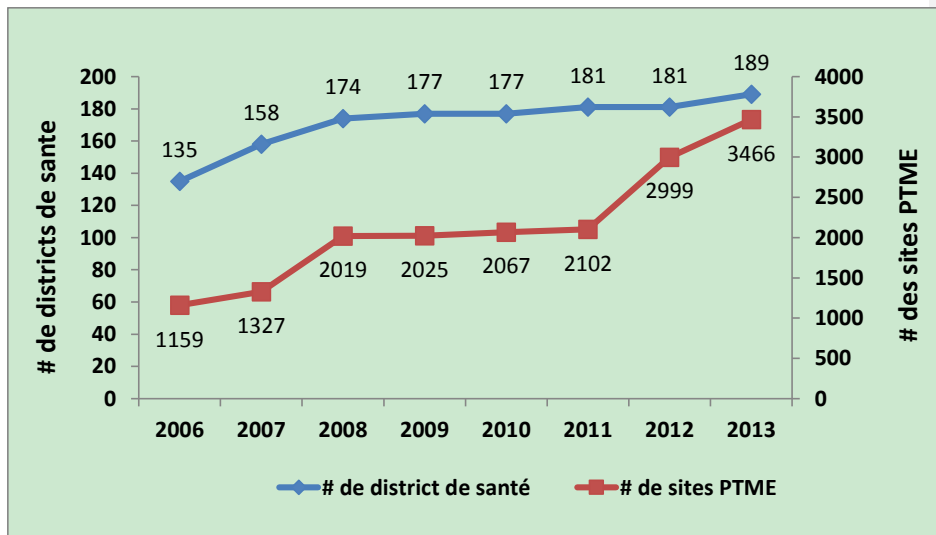
Tableau 1 : Répartition des sites de PTME et des districts de santé par région

| Regions | # de sites PTME | # de districts de santé |
|--------------|-----------------|-------------------------|
| Adamaoua | 101 | 9 |
| Centre | 790 | 30 |
| Est | 195 | 14 |
| Extrême-Nord | 307 | 30 |
| Littoral | 372 | 24 |
| Nord | 201 | 15 |
| Nord-Ouest | 373 | 19 |
| Ouest | 581 | 20 |
| Sud | 274 | 10 |
| Sud-Ouest | 272 | 18 |
| Total | 3466 | 189 |

La région du Centre est donc celle qui possède le nombre de sites de PTME le plus élevé (790), suivi de l'Ouest (581) du Nord-Ouest (373) et du Littoral (372). La région de l'Adamaoua est par contre celle où le nombre de site PTME est le moins élevé (101). Ceci pourrait laisser entrevoir, du fait de sa grande superficie et de sa faible densité de la population (63.701 km² et 13,9 habitants au km² respectivement), une plus grande distance à parcourir pour parvenir à une formation sanitaire et donc une plus grande difficulté à accéder aux services de PTME.

Le graphique ci-dessous retrace l'évolution du nombre des sites PTME et de celui des districts de santé au cours de la période de 2006 à 2013

Graphique 1: Evolution des sites PTME et du nombre de districts de santé au Cameroun



On note donc une augmentation de 1364 nouveaux sites de 2011 à 2013 faisant passer le nombre total de ces sites de 2102 à 3466 au cours de cette période. Ceci, au regard des résultats actuels du programme, donne un aperçu du gigantesque effort encore à fournir pour assurer aux populations les services PTME de qualité sur l'ensemble du pays.

OFFRE DES SERVICES DE PTME POUR LES FEMMES ENCEINTES

Fréquentation de la consultation prénatale (CPN)

La consultation prénatale est un service de base des soins de santé primaire et constitue la porte d'entrée de la PTME. Toutes les femmes au sein des communautés sont encouragées à fréquenter les services de la CPN dès qu'elles croient être enceintes. La fréquentation des services de CPN donne l'occasion de surveiller l'évolution de la grossesse, d'en prévenir ou à défaut de prendre en charge de façon appropriée ses complications et de préparer le bon déroulement de l'accouchement.

En 2013, au plan national, sur les 1.057.162 femmes enceintes attendues, seules 557.257 ont été vues en première CPN soit un taux de fréquentation de 52,7 %, soit un accroissement de 10,8% en moyenne par rapport au taux de 41,9% obtenu en 2012. Cet accroissement est observé par ordre décroissant dans les régions de l'Extrême-Nord, de l'Est, du Centre, de l'Ouest, du Nord, de l'Adamaoua et du Littoral avec un taux d'accroissement de 22,3%, 20,7% et 18,9%, 12,1%, 6,1%, 4,9% et 4% respectivement par rapport à l'année 2012. Par contre, on observe une diminution du taux de fréquentation de la CPN1 dans les régions du Nord-Ouest, du Sud-Ouest et du Sud avec respectivement un taux décroissant de 1,3%, de 2% et de 7% par rapport à l'année 2012.

Le tableau suivant présente le taux de fréquentation de la CPN1 en 2013 et son taux d'accroissement par rapport à l'année 2012 par région.

Tableau 2:Accroissement de la fréquentation de la CPN de 2012 à 2013 par région

| Regions | Nombre de grossesses attendues | Nombre de femmes recues en 1ère consultation prénatale en 2013 | Taux de fréquentation de la CPN1 en 2013 (%) | Nombre de femmes enceintes attendues 2012 | Nombre de femmes enceintes recues en CPN en 2012 | Taux de fréquentation en 2012 (%) | Accroissement du nombre de CPN1 par rapport a 2012 | Accroissement du taux de fréquentation de la CPN (%) |
|---------------------|--------------------------------|--|--|---|--|-----------------------------------|--|--|
| Adamaoua | 56599 | 36960 | 65.3 | 54025 | 32619 | 60.4 | 4341 | 4.9 |
| Centre | 195991 | 104232 | 53.2 | 186539 | 64027 | 34.3 | 40205 | 18.9 |
| Est | 41210 | 27425 | 66.5 | 40774 | 18692 | 45.8 | 8733 | 20.7 |
| Extrême-Nord | 190157 | 96724 | 50.9 | 183481 | 52412 | 28.6 | 44312 | 22.3 |
| Littoral | 158722 | 68158 | 42.9 | 151882 | 59090 | 38.9 | 9068 | 4.0 |
| Nord | 115559 | 80247 | 69.4 | 92760 | 58689 | 63.3 | 21558 | 6.2 |
| Nord-Ouest | 95027 | 48325 | 50.9 | 91741 | 47854 | 52.2 | 471 | -1.3 |
| Ouest | 93270 | 48807 | 52.3 | 111108 | 44670 | 40.2 | 4137 | 12.1 |
| Sud | 36555 | 15008 | 41.1 | 35677 | 17176 | 48.1 | -2168 | -7.1 |
| Sud-Ouest | 74072 | 31371 | 42.4 | 71354 | 31646 | 44.4 | -275 | -2.0 |
| TOTAL | 1057162 | 557257 | 52.7 | 1019341 | 426875 | 41.9 | 130382 | 10.8 |

De 2012 à 2013, toutes les régions ont vu leur taux de fréquentation de la CPN1 augmenter à l'exception des régions du Sud (-7,1%) et du Sud-Ouest(-2%) et du Nord-Ouest (-1,3%). Des efforts de mobilisation communautaire importants doivent être menés dans le Sud pour améliorer cet état des choses. Les régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest mettent déjà en œuvre un système éprouvé de mobilisation communautaire depuis plusieurs années. Il faut donc suivre la tendance pour essayer de comprendre le pourquoi de cette régression de la fréquentation la CPN par rapport à l'année antérieure.

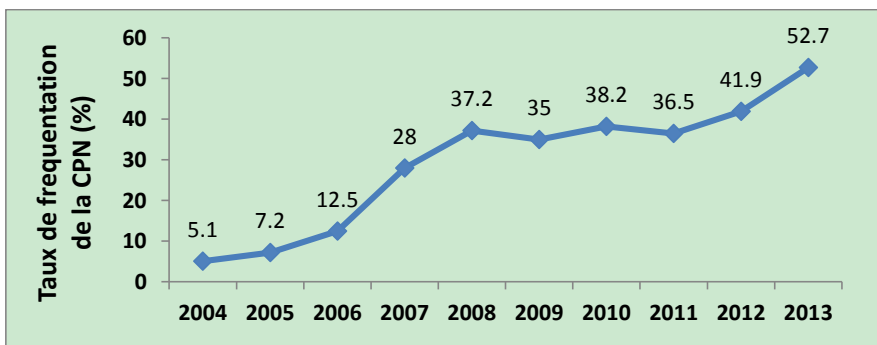
L'accroissement du taux d'accroissement de la fréquentation de la CPN observé en 2013 peut s'expliquer par la poursuite et l'amélioration des activités de sensibilisation et de mobilisation communautaire alliée à la collecte active des données du programme site par site tel qu'il avait été exigé par le CNLS au cours de cette année lui permettre de répondre urgemment aux exigences de certains partenaires financiers.

Ceci vient réitérer l'intérêt d'un système de suivi évaluation et de rapportage de qualité auquel doivent contribuer des supervisions régulières si possible par des équipes multidisciplinaires au niveau des sites. Il incite également à intensifier d'avantage la

stratégie de sensibilisation et de mobilisation communautaire pour une amélioration continue de la fréquentation de la CPN qui reste malgré tout assez limitée.

Le graphique ci-dessous montre l'évolution du taux de fréquentation de la CPN de 2004 à 2013

Graphique 2: Evolution de la fréquentation de la CPN de 2004 à 2013 au Cameroun



On note que le taux de fréquentation de la CPN depuis 2004 a graduellement augmenté au fur et à mesure des années, mais qu'un effort important reste encore à faire pour une bonne couverture populationnelle optimale.

Le dépistage du VIH chez les femmes enceintes:

Le dépistage VIH à l'Initiative du Personnel de santé (PITC) est l'approche préconisée pour les femmes enceintes et le test du VIH doit faire partie des prestations qui leur sont offertes de façon systématique en CPN (approche Opt out).

De même, le test de dépistage du VIH doit être proposé en salle d'accouchement pour les femmes enceintes qui y arrivent avec leur statut VIH inconnu ou bien qui ont un statut VIH négatif depuis plus de trois mois et de même pour celles qui ne sont vues qu'à la période du post-partum.

Aussi, 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 autre de très grande spécificité. Alors que le résultat négatif du premier test permet de donner un résultat négatif du dépistage du VIH, seule la concordance positive du résultat du premier et de celui du deuxième test permet d'affirmer l'existence de l'infection à VIH chez la femme enceinte.

Acceptation du test du dépistage du VIH par les femmes enceintes.

Au cours de l'année 2013, 424.480 (76,2%) des femmes enceintes reçues ont été dépistées pour le VIH en CPN ou en salle d'accouchement. Le nombre des femmes enceintes dépistées au cours de cette année est en augmentation (de 82.093 soit de 24%) par rapport à celui obtenu en 2012. Cette augmentation peut s'expliquer par

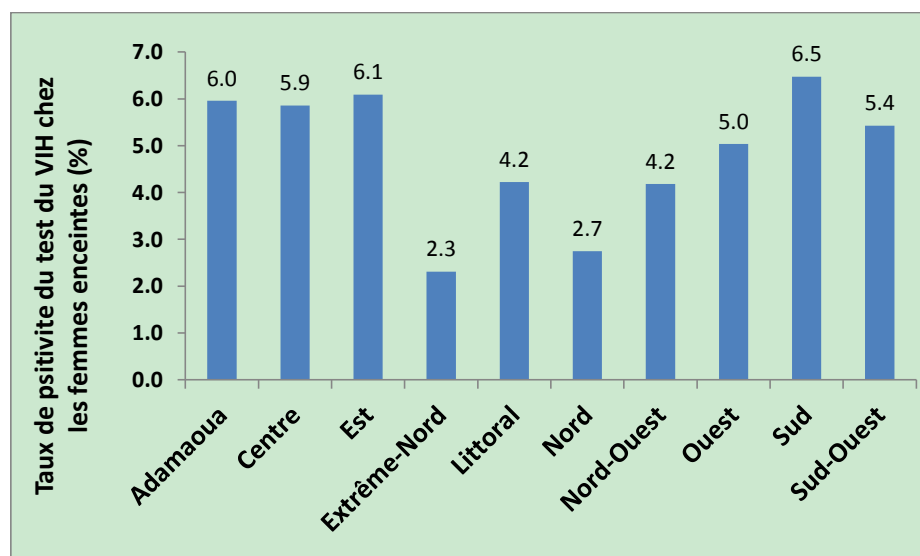
l'effet conjugué de l'effort de mobilisation communautaire et de la collecte active des données et donc d'une meilleure complétude du rapportage du programme. Cependant, par rapport à la cible de 100% attendue, elle est insuffisante et n'a pu permettre de maintenir le taux de 80,1% de l'année 2012 du fait de rupture de stock en test de dépistage dans certains sites au cours de l'année 2013. Des efforts doivent donc être intensifiés pour améliorer cette situation.

Taux de positivité au VIH chez les femmes enceintes :

Sur les 424480 femmes enceintes qui ont fait le test de dépistage du VIH au cours de l'année 2013, 20084 se sont révélées infectées par le VIH soit un taux de positivité moyen de 4,7%. Ce taux de positivité est en recul par rapport à l'année 2012 (6,1%) et s'observe dans toutes les régions à l'exception de l'Adamaoua où il est passé de 5,7% en 2012 à 6% en 2013. Le taux de positivité le plus élevé se retrouve dans la région du Sud (6,5%) et les plus faibles dans les régions de l'Extrême Nord et du Nord avec 2,3% et 2,7% respectivement.

Le graphique ci-dessous montre le taux de positivité du test du dépistage chez les femmes enceintes par région en 2013 :

Graphique 3: Taux de séropositivité au VIH chez les femmes enceintes en 2013 par région

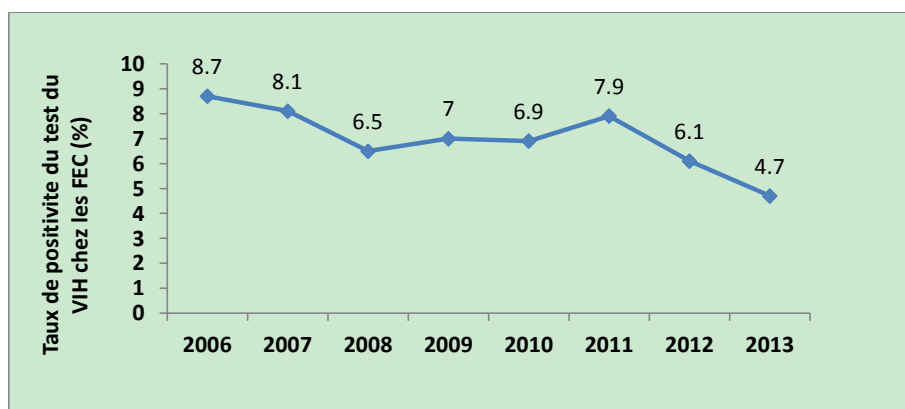


La région du Sud apparaît comme celle à plus fort taux de positivité au VIH (6,5%). Chez les femmes enceintes suivies des régions de l'Est, de l'Adamaoua, du Centre, du Sud-Ouest et de l'Ouest, ce taux de positivité est respectivement de 6,1%, 6%, 5,9%, 5,4% et 5%. Les autres régions ont un taux de positivité au VIH en dessous de la moyenne

nationale chez les femmes enceintes (4,7%), la région de l'extrême Nord présentant le taux de positivité de plus faible (2,3%) suivi de celle du Nord (2,7%).

Le graphique ci-dessous montre l'évolution du taux de positivité au VIH chez les femmes enceintes de 2006 à 2013:

Graphique 4: Evolution du taux de séropositivité du test de VIH chez les femmes enceintes de 2006 à 2013 au Cameroun



On constate que le taux de séropositivité du dépistage du VIH chez les femmes enceintes a décliné progressivement de 8,7% en 2006 à 4,7% en 2013. Ceci semble corroborer la tendance de la prévalence du VIH dans la population générale qui est passée de 5,5% en 2004 à 4,3% en 2011 (EDS Cameroun).

Le taux de retrait du résultat du test du dépistage chez les femmes enceintes :

Sur les 424.480 qui ont effectué le test du dépistage du VIH au cours de la grossesse ou bien au cours de l'accouchement, 402602 ont retiré leur résultat soit un taux de 94,8%. Il est le plus élevé dans la région de l'Extrême-Nord avec 100% et le plus faible dans celle du Centre avec 91,6%. Ce taux est plus élevé encore chez les femmes enceintes séropositives (98,2%)

Le tableau ci-dessous récapitule les données du dépistage du VIH chez les femmes enceintes en 2013

Tableau 3: Récapitulatif des données du dépistage VIH des femmes enceintes en 2013

| Régions | Nombre de grossesses attendues | Nombre de FEC reçues en 1ère CPN | Nombre de FEC testées (y compris celles testées en salle d'accouchement) | Nombre de FEC testées séropositives (y compris les FEC testées en salle de travail) | Taux de positivité du test de dépistage (%) | Nombre de FEC testées ayant retiré les résultats (y compris les FEC testées en salle de travail) | Nombre de femmes enceintes VIH+ ayant retiré les résultats | Taux de retrait des résultats du test du dépistage des FEC (%) | Taux de retrait des résultats du test du dépistage des FEC VIH+ (%) |
|--------------|--------------------------------|----------------------------------|---|--|---|--|--|--|---|
| Adamaoua | 56599 | 36960 | 24802 | 1478 | 6.0 | 23014 | 1115 | 92.8 | 75.4 |
| Centre | 195991 | 104232 | 87290 | 5113 | 5.9 | 79931 | 5853 | 91.6 | 114.5 |
| Est | 41210 | 27425 | 24168 | 1471 | 6.1 | 22408 | 1629 | 92.7 | 110.7 |
| Extrême-Nord | 190157 | 96724 | 46728 | 1080 | 2.3 | 46736 | 1080 | 100.0 | 100.0 |
| Littoral | 158722 | 68158 | 77638 | 3278 | 4.2 | 72248 | 2988 | 93.1 | 91.2 |
| Nord | 115559 | 80247 | 23233 | 638 | 2.7 | 21748 | 749 | 93.6 | 117.4 |
| Nord-Ouest | 95027 | 48325 | 48129 | 2012 | 4.2 | 47988 | 2053 | 99.7 | 102.0 |
| Ouest | 93270 | 48807 | 44861 | 2261 | 5.0 | 42781 | 1681 | 95.4 | 74.3 |
| Sud | 36555 | 15008 | 16022 | 1037 | 6.5 | 14814 | 902 | 92.5 | 87.0 |
| Sud-Ouest | 74072 | 31371 | 31609 | 1716 | 5.4 | 30934 | 1670 | 97.9 | 97.3 |
| TOTAL | 1057162 | 557257 | 424480 | 20084 | 4.7 | 402602 | 19720 | 94.8 | 98.2 |

Le taux de plus de 100% de femmes séropositives qui retirent leur résultat dans certaines régions indique fort probablement que des femmes qui connaissaient déjà leur statut VIH au moment de leur venue dans la formation sanitaire ont été aussi comptabilisées.

Le dépistage du VIH chez les partenaires masculins des femmes enceintes :

L'implication des partenaires de toutes les femmes enceintes (séropositives ou séronégatives) est essentielle pour le bon suivi de la femme en PTME. Les hommes doivent être encouragés à accompagner leurs épouses pour les visites de CPN et les prestataires des services doivent s'y employer. Ceci permet de réaffirmer la communauté de destin entre l'homme et la femme qui est matérialisée par la venue du bébé à naître au sein du couple et de favoriser le soutien psychosocial de la femme enceinte dont le partenaire masculin est un acteur important.

Acceptation du test de dépistage VIH des partenaires des femmes enceintes:

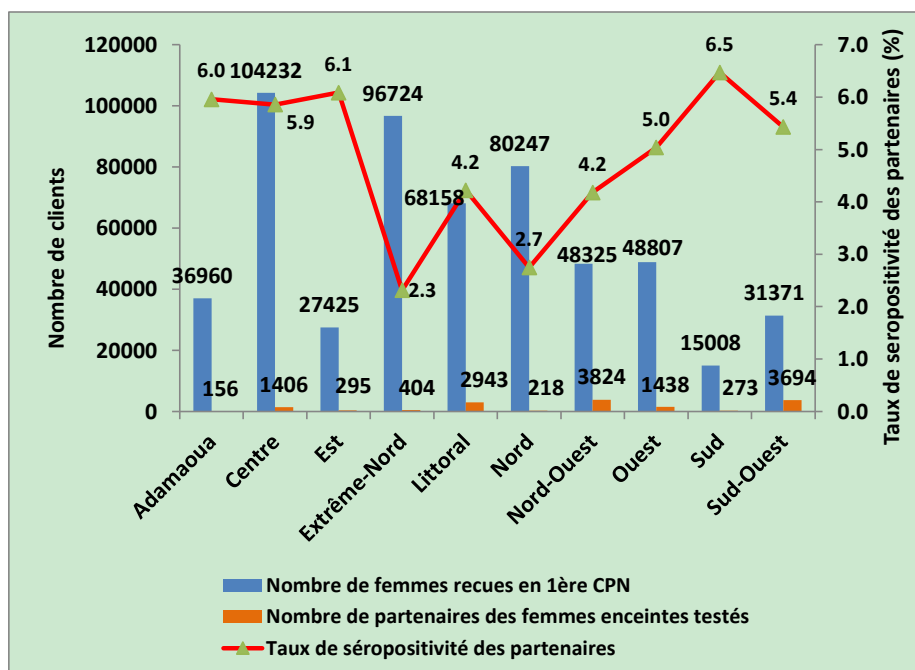
Au cours de l'année 2013, 14369 partenaires des 527223 femmes enceintes reçues en CPN ont été testés pour le VIH soit un taux de dépistage de 2,7%. Ce taux est extrêmement faible et une véritable stratégie d'intensification de cette activité doit se mettre en place avec une meilleure approche de sensibilisation des populations qui s'appuie autant que possible sur les leaders communautaires.

Taux de séropositivité chez les partenaires masculins des femmes enceintes :

Des 14369 partenaires masculins des femmes enceintes qui ont fait le test de dépistage du VIH au cours de l'année 2013, 1451 se sont révélés infectés, soit un taux de séropositivité de 10,1% dénotant tout l'intérêt qu'il y a à dépister les partenaires afin de s'assurer que la famille est prise en charge de façon holistique. Une initiation immédiate de la trithérapie chez les partenaires masculins infectés est une norme de service car permet de diminuer le risque de transmission du VIH au sein des couples séro-discordants et celui de contamination de leurs bébés à naître.

Le graphique ci-dessous donne le taux de dépistage du VIH chez les partenaires des femmes enceintes au cours de l'année 2013

Graphique 5: Dépistage du VIH chez les partenaires des femmes enceintes par région



Le niveau de cette activité vitale est encore très faible dans l'ensemble du pays. Pourtant, le taux de positivité du dépistage du VIH chez les partenaires des femmes enceintes dans 6 des 10 régions (Adamaoua, Centre, Est, Ouest, Sud et Sud-ouest) est supérieur à la prévalence nationale du VIH (4,3%, EDS 2011). Ceci induit un risque accru de transmission du VIH au cours de la grossesse. Des efforts importants engageant toutes les couches sociales doivent être faits pour améliorer cette situation.

Offre du Cotrimoxazole prophylactique aux femmes enceintes séropositives

Le Cotrimoxazole est prescrit à la femme enceinte à partir du deuxième trimestre de la grossesse pour la prévention des infections opportunistes sauf si celle-ci est déjà sous traitement intermittent du paludisme.

En 2013, 12363 femmes enceintes VIH+ ont reçu une prophylaxie au Cotrimoxazole, sur les 20084 femmes enceintes VIH+ identifiées soit 61,6%. La couverture populationnelle reste néanmoins encore très faible (17,5%), bien qu'en légère augmentation par rapport à 2012(15.1%).

Le tableau ci-dessous récapitule la mise des femmes enceintes séropositives sous Cotrimoxazole prophylactique en 2013 :

Tableau 4: Taux de couverture en Cotrimoxazole pour les femmes enceintes séropositives en 2013

| Regions | Nombre de femmes enceintes VIH+ attendues en 2013 | Nombre de FEC testées (y compris celles testées en salle de travail) | Nombre de FEC VIH+ mises sous Cotrimoxazole | Couverture programmatique des FEC VIH+ en Cotrimoxazole (%) | Couverture populationnelles FEC VIH+ en Cotrimoxazole (%) |
|--------------|---|--|---|---|---|
| Adamaoua | 3792 | 1478 | 562 | 38.0 | 14.8 |
| Centre | 13131 | 5113 | 2790 | 54.6 | 21.2 |
| Est | 2761 | 1471 | 1206 | 82.0 | 43.7 |
| Extrême-Nord | 12740 | 1080 | 652 | 60.4 | 5.1 |
| Littoral | 10634 | 3278 | 3121 | 95.2 | 29.3 |
| Nord | 7742 | 638 | 429 | 67.2 | 5.5 |
| Nord-Ouest | 6366 | 2012 | 1897 | 94.3 | 29.8 |
| Ouest | 6249 | 2261 | 1113 | 49.2 | 17.8 |
| Sud | 2449 | 1037 | 593 | 57.2 | 24.2 |
| Sud-Ouest | 4962 | 1716 | 1595 | 92.9 | 32.1 |
| TOTAL | 70826 | 20084 | 12363 | 61.6 | 17.5 |

Les régions les mieux couvertes sont celles de l'Est, du Sud-Ouest, Nord-Ouest, et du Littoral avec respectivement 43,6%, 32,1%, 29,7% et 29,3%. Les moins bien couvertes sont les régions de l'Extrême-Nord, Nord et du Centre avec respectivement 4,5%, 6,3% et 12%. Un effort important doit donc être fait dans toutes les régions pour améliorer cette situation.

Par ailleurs 23179 femmes enceintes VIH+ ont reçu les ARV pour la PTME, mais seulement 12363 d'entre elles ont reçu le Cotrimoxazole, soit une différence de 10816 femmes VIH+ au total (46,7%) et variant d'une région à l'autre. Le nombre de femmes ayant reçu le traitement intermittent du paludisme n'a pas été rapporté, ce qui pourrait avoir une influence sur le niveau de prévention des infections opportunistes chez les femmes enceintes. Ceci renforce la nécessité de standardiser le paquet des prestations à offrir aux femmes enceintes VIH+ et de renforcer le système de documentation de toutes les activités du programme dans toutes les formations sanitaires et d'assurer l'approvisionnement régulier en intrants nécessaires.

Offre du bilan d'orientation CD4 aux femmes enceintes VIH+

Lorsque la femme enceinte est testée VIH positive en CPN, le prestataire des soins propose le bilan des CD4 pour déterminer son éligibilité ou non à la trithérapie ou à la prophylaxie ARV (option A) tel qu'il est préconisé par les recommandations nationales de 2010. Même dans l'optique de la mise en œuvre de l'option B+ en cours de démarrage au Cameroun, les CD4, sans être nécessaire pour l'initiation du traitement ARV, permettent d'amorcer le suivi approprié de la trithérapie ARV chez les femmes enceintes, à défaut de la charge virale qui serait plus appropriée.

Des 20084 femmes enceintes VIH+ diagnostiquées au cours de l'année 2013, seules 6654 femmes ont effectué le dosage des CD4, soit un taux de couverture programmatique de 33,1% et une couverture populationnelle de 9,4%, en très légère augmentation par rapport à l'année 2012 (8%). La couverture de l'offre des CD4 aux femmes enceintes reste donc très largement insuffisante et est reprise dans le tableau ci-dessous

Tableau 5: Couverture de l'offre du comptage des CD4 par région en 2013.

| Regions | Nombre de femmes enceintes VIH+ attendues en 2013 | Nombre de FEC testées VIH+ (y compris les FEC testées en salle de travail) | Nombre de femmes enceintes VIH+ ayant fait le test de CD4 | Couverture programmatique des FEC VIH+ en CD4 (%) | Couverture populationnelle des FEC VIH+ en CD4 (%) | Nombre de femmes enceintes avec CD4<350/mm ³ |
|---------|---|--|---|---|--|---|
| | | | | | | |

| | | | | | | |
|--------------|--------------|--------------|-------------|-------------|------------|-------------|
| Adamaoua | 3792 | 1478 | 181 | 12.2 | 4.8 | 307 |
| Centre | 13131 | 5113 | 1852 | 36.2 | 14.1 | 2117 |
| Est | 2761 | 1471 | 147 | 10.0 | 5.3 | 284 |
| Extrême-Nord | 12740 | 1080 | 210 | 19.4 | 1.6 | 149 |
| Littoral | 10634 | 3278 | 1551 | 47.3 | 14.6 | 1156 |
| Nord | 7742 | 638 | 81 | 12.7 | 1.0 | 58 |
| Nord-Ouest | 6366 | 2012 | 858 | 42.6 | 13.5 | 407 |
| Ouest | 6249 | 2261 | 494 | 21.8 | 7.9 | 422 |
| Sud | 2449 | 1037 | 212 | 20.4 | 8.7 | 180 |
| Sud-Ouest | 4962 | 1716 | 1068 | 62.2 | 21.5 | 767 |
| TOTAL | 70826 | 20084 | 6654 | 33.1 | 9.4 | 5847 |

On note que les CD4 sont à moins de 350/mm³ pour 87.9% des femmes enceintes séropositives ayant fait ce test, ce qui traduit le caractère tardif de leur dépistage du VIH, au moment où leur infection est déjà très avancée avec par conséquent un risque accru de transmission du VIH à leur bébé.

Couverture en ARV des femmes enceintes VIH séropositives :

La femme enceinte séropositive doit recevoir les ARV dès que possible au cours de la grossesse pour prévenir la transmission du VIH à son bébé et pour sa propre santé comme indiqué par les recommandations nationales.

Au cours de l'année 2013, des 6261 femmes enceintes VIH + qui ont bénéficié d'un bilan CD4, 5404 (87,9%) étaient éligibles au traitement antirétroviral (CD4 < 350/mm³). Mais, au final, c'est 6121 femmes séropositives qui ont été mises sous la trithérapie ARV. Celles-ci incluent les femmes éligibles biologiquement (CD4 < 350/mm³), celles éligibles cliniquement (stade 3 ou 4 de l'OMS), les femmes initiées à l'option B+ dans le cadre du projet pilote de mise en œuvre de l'option B+ dans le Nord-Ouest et le Sud-Ouest et les femmes devenues enceintes alors qu'elles étaient déjà sous TARV.

Par ailleurs, 17058 autres ont reçu la prophylaxie ARV (AZT seul à partir de 14 semaines, puis AZT+3TC associé à la Névirapine au moment de l'accouchement suivis de l'AZT+3TC pendant 7 jours post-partum) au cours de l'année 2013. Le tableau ci-dessous récapitule la mise sous ARV des femmes enceintes séropositives au cours de l'année 2013.

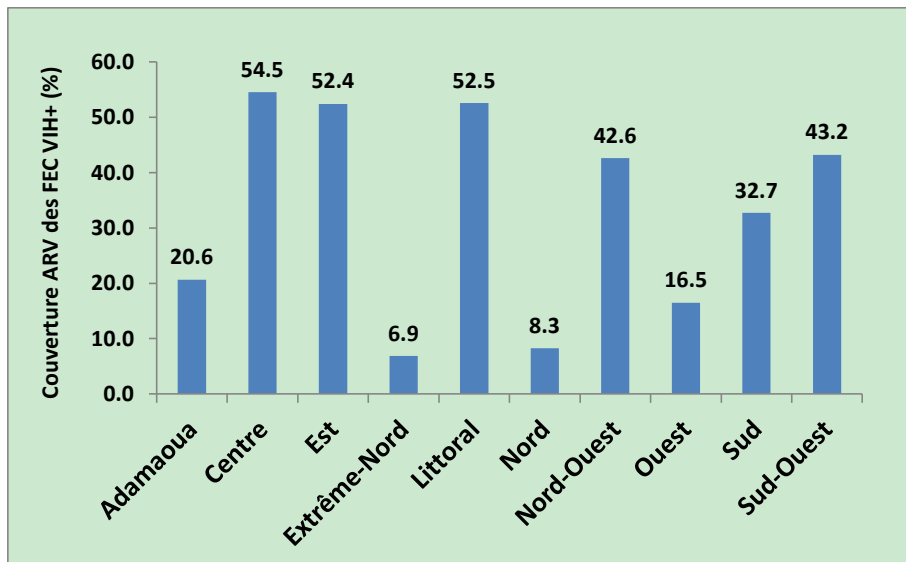
Tableau 6: Couverture en ARV pour la PTME des femmes enceintes VIH+

| Régions | # de FEC VIH+ attendues en 2013 | # de FEC testées VIH+ (y compris les FEC testées en salle de travail) | # de femmes enceintes VIH+ qui reçoivent la TAR | # de femmes VIH+ ayant bénéficié de la prophylaxie ARV | # total des femmes VIH+ ayant bénéficié d'un protocole ARV | Couverture populationnelle des FEC VIH+ en ARV (%) |
|--------------|---------------------------------|--|---|--|--|--|
| Adamaoua | 3792 | 1478 | 286 | 497 | 783 | 20.6 |
| Centre | 13131 | 5113 | 2227 | 4931 | 7158 | 54.5 |
| Est | 2761 | 1471 | 385 | 1062 | 1447 | 52.4 |
| Extrême-Nord | 12740 | 1080 | 238 | 638 | 876 | 6.9 |
| Littoral | 10634 | 3278 | 1264 | 4323 | 5587 | 52.5 |
| Nord | 7742 | 638 | 155 | 487 | 642 | 8.3 |
| Nord-Ouest | 6366 | 2012 | 342 | 2369 | 2711 | 42.6 |
| Ouest | 6249 | 2261 | 439 | 591 | 1030 | 16.5 |
| Sud | 2449 | 1037 | 216 | 585 | 801 | 32.7 |
| Sud-Ouest | 4962 | 1716 | 569 | 1575 | 2144 | 43.2 |
| TOTAL | 70826 | 20084 | 6121 | 17058 | 23179 | 32.7 |

Au total, 23179 femmes enceintes VIH+ ont été mises sous un régime quelconque des ARV au cours de l'année 2013, ce qui représente une couverture populationnelle de 32,7% en augmentation par rapport à l'année 2012 (21,4%).

L'analyse des données de cette couverture laisse apparaître de grandes disparités régionales tel que repris dans le graphique ci-dessous.

Graphique 6: Couverture en ARV des femmes enceintes VIH+ par région en 2013



La région du Littoral a un taux de couverture en ARV chez les femmes enceintes séropositives, le plus élevé, soit de 52,5%, suivie de la région de l'Est(52,4%), du Centre (43,3%), et du Sud-Ouest (43,2%). Les couvertures les plus faibles sont retrouvées à l'Extrême-Nord (7%), Nord(9,1%) et Ouest(16,5%), réserve étant ici faite à propos du nombre estimé des femmes enceintes VIH+ attendues dans chaque région.

Le suivi post natal de la mère séropositive au VIH:

Les directives nationales recommandent que, suite à l'accouchement, le couple mère/enfant reçoive les soins et traitement de façon continue dans le service de la SMNI jusqu'à 24 mois post-partum. A cette date, le ou les membres infectés de ce couple doit (doivent) être référé (s) dans le service de traitement ARV le plus proche. Ce suivi pour la mère séropositive doit comporter entre autres, le suivi du déroulement de la période puerpérale, le suivi de son infection à VIH et la satisfaction des besoins en planning familial.

A ce jour, les activités du suivi post natal de la mère ne sont jusque-là pas systématiquement documentées. Mais il est espéré qu'avec la mise en place des nouveaux outils de collecte des données du programme et de leur utilisation systématique, que l'on puisse les rapporter dans un avenir proche.

OFFRE DES SERVICES PTME POUR LES ENFANTS EXPOSES

La prophylaxie ARV pour les enfants exposés

La Névirapine prophylactique doit être prescrite à tout enfant né de mère séropositive dans les 72 premières heures de vie. Cette prophylaxie doit continuer jusqu'à l'âge de 6 semaines. Mais si la mère séropositive n'est plus sous ARV (Option A) et continue d'allaiter son bébé, cette prophylaxie doit se poursuivre jusqu'à la fin de la semaine qui suit l'arrêt de l'allaitement.

Le protocole de mise en œuvre de l'option B+ en cours au Cameroun recommande que l'enfant né de mère séropositive débute la Névirapine prophylactique dans les 72 heures suivant la naissance et la poursuite pendant 06 semaines quel que soit le mode d'alimentation de l'enfant.

En 2013, 13244 enfants exposés ont bénéficié d'une prophylaxie ARV dès la naissance. Ce qui donne un taux de couverture programmatique en ARV prophylactique de 65,9%, mais seulement 18,7% de couverture populationnelle. Le tableau ci-dessous récapitule les données de la prophylaxie ARV chez les enfants nés des mères séropositives en 2013.

Tableau 7 : Prophylaxie ARV chez les enfants des mères séropositives par région

| Régions | # de femmes enceintes VIH+ attendues en 2013 | # de FEC VIH+ identifiées en 2013 | Nombre d'enfants nés de mères VIH+ ayant reçu la prophylaxie ARV à la naissance | Couverture programmatique des enfants des mères séropositives en ARV prophylactique | Couverture populationnelle des enfants des mères séropositives en ARV prophylactique |
|--------------|--|-----------------------------------|---|---|--|
| Adamaoua | 3792 | 1478 | 463 | 31.3 | 12.2 |
| Centre | 13131 | 5113 | 3433 | 67.1 | 26.1 |
| Est | 2761 | 1471 | 641 | 43.6 | 23.2 |
| Extrême-Nord | 12740 | 1080 | 518 | 48.0 | 4.1 |
| Littoral | 10634 | 3278 | 2856 | 87.1 | 26.9 |
| Nord | 7742 | 638 | 219 | 34.3 | 2.8 |
| Nord-Ouest | 6366 | 2012 | 2248 | 111.7 | 35.3 |
| Ouest | 6249 | 2261 | 955 | 42.2 | 15.3 |
| Sud | 2449 | 1037 | 409 | 39.4 | 16.7 |
| Sud-Ouest | 4962 | 1716 | 1502 | 87.5 | 30.3 |
| TOTAL | 70826 | 20084 | 13244 | 65.9 | 18.7 |

Les plus fortes couvertures en ARV prophylactiques sont retrouvées dans les régions du Nord-Ouest (35,3%) du Sud-Ouest (30,3%) puis du Littoral et du Centre avec 26,9% et 26,1% respectivement. Les couvertures les plus faibles se retrouvent dans les régions

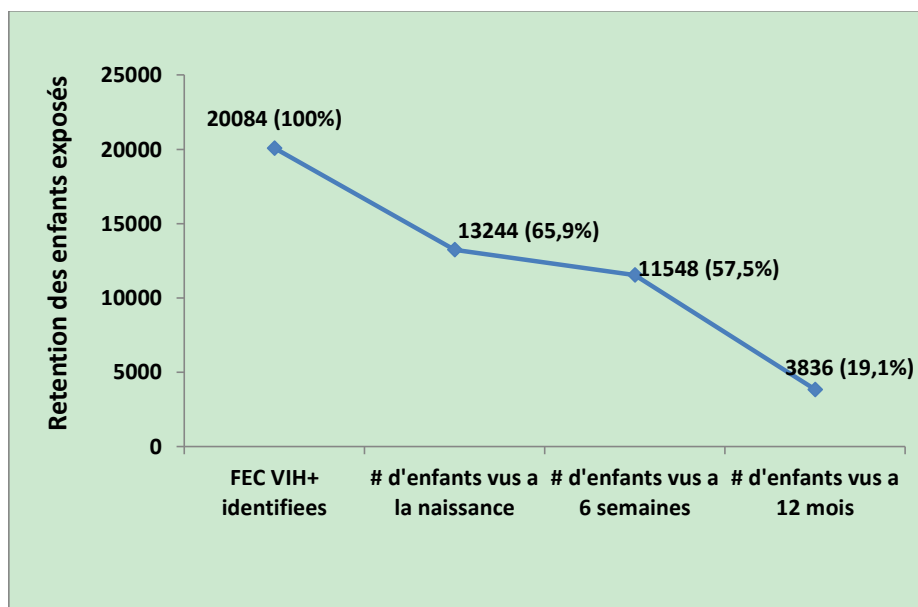
septentrionales avec 2,8% dans le Nord, 4,1% dans l'Extrême-Nord et 12,2% dans l'Adamaoua. La performance en la matière reste donc très en deçà des attentes, l'amélioration de la disponibilité de la Névirapine à tout moment dans la salle d'accouchement (Box de garde) des formations sanitaires, de jour comme de nuit et la sensibilisation du personnel à l'importance de ce service pour le nouveau-né de mère séropositive reste donc de mise dans toutes les régions.

Le suivi des enfants nés des mères séropositives :

Le suivi post natal des enfants nés de mères séropositives ou enfants exposés constitue une activité importante du programme de PTME. Il permet d'apprécier l'efficacité des activités menées dans le cadre de la PTME, d'identifier précocement les enfants qui sont malgré tout infectés pour une prise en charge immédiate et appropriée afin de diminuer leur morbidité et leur mortalité. Ce suivi doit être assuré au moins jusqu'au moment de la certitude du statut du VIH de l'enfant et donc au moins jusqu'à l'âge de 18 mois et de façon idéale jusqu'à l'âge de 24 mois. A chaque visite de suivi, l'enfant doit recevoir le paquet complet des prestations établis à cet effet.

Au cours de l'année 2013, 20084 femmes enceintes ont été testées séropositives. De ces femmes sont nés 13244 enfants enregistrés comme ayant reçu l'ARV prophylactique à la naissance. A l'âge de 6 semaines 11548 de ces enfants ont été revus et à 12 mois seuls 3836 ont été revus. Le graphique ci-dessous illustre la rétention des enfants exposés dans le système de suivi.

Graphique 7: Rétention des enfants des mères VIH+ dans le système de suivi



Ainsi, seuls 13244(65,9%) des enfants des femmes enceintes séropositives diagnostiquées ont été répertoriés dans les formations sanitaires au cours de l'année 2013. Seuls 11548 (57,5%) de ces enfants ont été revus à l'âge de 6 semaines et seulement 3836 (19,1%) à l'âge de 12 mois. Ceci illustre bien le très faible taux de rétention de ces enfants au sein du programme national et incite à une meilleure prise de conscience de tous quant à la nécessité d'assurer le suivi approprié de ces enfants et à prendre des actions plus efficaces y compris des actions communautaires pour améliorer cet état des choses.

Le suivi nutritionnel des enfants nés des mères séropositives:

Les enfants nés de mères VIH+ allaités au sein sont à risque d'infection à VIH tant que se prolonge la période de l'allaitement maternel. Cependant, pour diminuer ce risque, les bonnes pratiques de l'allaitement doivent être encouragées. Le choix du mode de l'alimentation du bébé doit être guidé par le conseil à l'allaitement. Celui-ci doit débiter pendant la grossesse et se poursuivre au cours de chaque visite du suivi postnatal du couple mère/enfant. Ce conseil incite les mères séropositives à choisir soit l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de vie, ou alors, pour celles qui peuvent remplir les conditions socio-économiques afférentes (critères AFASS de l'OMS), l'allaitement artificiel.

De plus, l'allaitement maternel lorsqu'il a été choisi, doit être protégé c'est-à-dire que la maman et/ou l'enfant doivent être sous ARV durant toute la durée de l'allaitement (option A). Pour ce qui est de l'option B+, la maman doit commencer la trithérapie dès la confirmation de la séropositivité et la poursuivre à vie, ce qui protège l'enfant pendant toute la période de l'allaitement maternel.

A partir de l'âge de six mois, une alimentation de complément adaptée et équilibrée doit être ajoutée à l'allaitement maternel ou à l'allaitement artificiel. La quantité de cette alimentation de complément doit être progressivement augmentée tandis que sa qualité doit être progressivement améliorée en tenant compte de sa tolérance et des besoins de l'enfant. L'allaitement ne sera arrêté qu'après l'âge de 12 mois, si l'enfant peut déjà consommer une ration alimentaire adaptée et suffisante pour sa bonne croissance et développement sans ajout de l'allaitement.

En 2013, 11938 des 13244 enfants des mères séropositives enregistrés comme ayant débuté l'allaitement maternel exclusif, mais aucune information n'est disponible quant au respect de ce mode d'alimentation jusqu'à 6 mois. Le personnel doit donc être mieux formé à la bonne pratique de l'alimentation des enfants nés des mères séropositives et à leur documentation au cours de chaque visite de suivi.

La prophylaxie au Cotrimoxazole chez les enfants nés des mères séropositives :

Le Cotrimoxazole doit être administré systématiquement à tout enfant de mère séropositive dès l'âge de six(06) semaines pour la prévention des infections opportunistes. Cette prophylaxie doit être poursuivie jusqu'au moment de la certitude de non contamination par le VIH alors que l'enfant ne court plus de risque de contracter l'infection à VIH notamment par l'allaitement maternel.

Au cours de l'année 2013, le Cotrimoxazole a été prescrit pour 9750 des 13244 enfants qui avaient reçu l'ARV prophylactique à la naissance, soit un taux de 73,6%. Ramenant ce taux à la population des enfants des mères séropositives attendues, il n'est plus que de 13,8%, en légère augmentation par rapport à l'année 2012 (7,9%).

Le tableau ci-dessous récapitule la mise des enfants des mères séropositives sous la prophylaxie au Cotrimoxazole au cours de l'année 2013.

Tableau 8 : Couverture en Cotrimoxazole prophylactique des enfants des mères séropositives par région

| Régions | # de femmes enceintes VIH+ attendues en 2013 | # de FEC VIH+ identifiées en 2013 | Nombre d'enfants des mères VIH+ ayant reçu la prophylaxie ARV à la naissance | # d'enfants des mères séropositives mis sous Cotrimoxazole à l'âge de 6 à 8 semaines | Couverture programmatique des enfants en Cotrimoxazole (%) | Couverture populationnelle des enfants des mères séropositives en Cotrimoxazole (%) |
|--------------|--|-----------------------------------|--|--|--|---|
| Adamaoua | 3792 | 1478 | 463 | 187 | 40.4 | 4.9 |
| Centre | 13131 | 5113 | 3433 | 2927 | 85.3 | 22.3 |
| Est | 2761 | 1471 | 641 | 333 | 52.0 | 12.1 |
| Extrême-Nord | 12740 | 1080 | 518 | 338 | 65.3 | 2.7 |
| Littoral | 10634 | 3278 | 2856 | 2204 | 77.2 | 20.7 |
| Nord | 7742 | 638 | 219 | 37 | 16.9 | 0.5 |
| Nord-Ouest | 6366 | 2012 | 2248 | 1665 | 74.1 | 26.2 |
| Ouest | 6249 | 2261 | 955 | 492 | 51.5 | 7.9 |
| Sud | 2449 | 1037 | 409 | 305 | 74.6 | 12.5 |
| Sud-Ouest | 4962 | 1716 | 1502 | 1262 | 84.0 | 25.4 |
| TOTAL | 70826 | 20084 | 13244 | 9750 | 73.6 | 13.8 |

La couverture programmatique des enfants nés des mères séropositives en Cotrimoxazole est donc passée de 50,3% en 2012 à 73,6% en 2013 tandis que la couverture populationnelle a plus modestement augmenté de 7,9% en 2012 à 13,8% en 2013. Cette couverture populationnelle est la plus élevée dans les régions du Nord-

Ouest (26,2%) et du Sud-Ouest (25,4%). Elle est la plus faible dans les régions septentrionales avec 0,5% dans la région du Nord, 2,7% dans l'Extrême-Nord et 4,9% dans l'Adamaoua. Du fait de ce que la couverture en Cotrimoxazole prophylactique reste très faible, un effort important doit être fait pour améliorer cette situation dans toutes les régions.

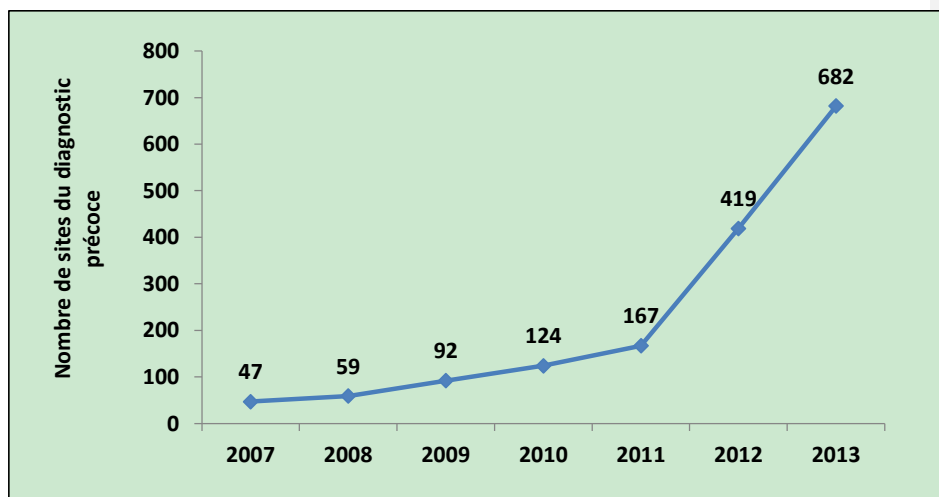
Diagnostic précoce de l'infection à VIH chez les enfants exposés

Le diagnostic précoce de l'infection à VIH par la PCR est une activité essentielle du suivi de l'enfant né de mère séropositive. Il permet d'affirmer le diagnostic de l'infection à VIH chez le nourrisson et ouvre le champ à une prise en charge précoce et efficace, seule à même chez les enfants infectés de diminuer la morbidité, de prévenir les décès et de permettre à l'enfant de poursuivre une croissance et un développement harmonieux.

Ce diagnostic précoce par la PCR est actuellement effectué dans deux laboratoires de référence : le Centre International de recherche Chantal Biya (CIRCB) de Yaoundé et le Laboratoire de référence de Mutengene. L'extension de ce service est rendu possible aux sites de PTME par la mise en place d'un système de transport qui permet l'acheminement des échantillons de DBS collectés dans les sites vers les deux laboratoires de référence et des résultats de la PCR de ces laboratoires vers les sites de PTME.

Le CIRCB couvre alors 141 formations sanitaires de 6 régions (Centre, Est, Sud, Adamaoua, Nord et Extrême Nord) et le laboratoire CDC Mutenguene 541 formations sanitaires des 4 régions restantes (Nord-Ouest, Sud-Ouest, Littoral et Ouest) donnant un total de 682 sites de PTME qui offrent ce service. La couverture géographique en diagnostic précoce du VIH à la fin de l'année 2013 n'est qu'à peine de 20% et l'enrôlement des sites pour ce diagnostic précoce ne se fait par conséquent que très progressivement et reste jusque-là très insuffisant. Le graphique ci-dessous présente l'évolution du nombre des sites du diagnostic précoce du VIH de 2007 à 2013.

Graphique 8: Evolution du nombre des sites du diagnostic précoce du VIH de 2007 à 2013



Malgré cette tendance positive de l'évolution du nombre des sites de diagnostic précoce du VIH, des efforts très importants sont encore à faire pour améliorer sensiblement la formation du personnel au prélèvement et conditionnement des échantillons de DBS, la mise à disposition des kits de DBS, le système de transport des échantillons et donc de la couverture des sites de PTME en ce service, chacun des 3466 sites PTME devant devenir à court ou à moyen terme un site du diagnostic précoce du VIH.

Taux de positivité de la PCR à 6 semaines :

Le résultat de la PCR à 06 semaines reflète normalement la transmission du VIH au cours de la grossesse et l'accouchement et reflète la qualité des services offerts aux femmes enceintes pendant la grossesse et l'accouchement.

Au cours de l'année 2013, 9994 enfants nés des mères séropositives ont bénéficié du diagnostic précoce par la PCR à 6 semaines. De ces 9994 enfants testés par la PCR, 627 ont eu un résultat positif soit un taux de positivité de 6,3%. Le tableau ci-dessous récapitule les données de la PCR à 06 semaines en 2013.

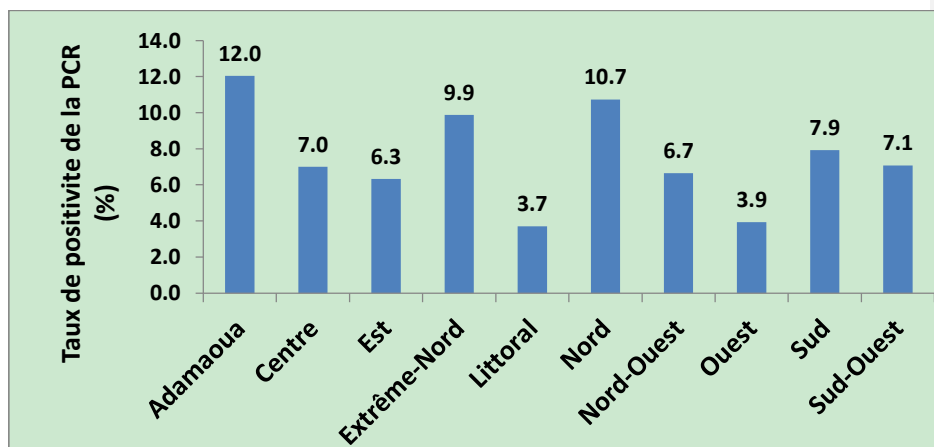
Tableau 9: Réalisation de la PCR à 6 semaines chez les enfants exposés en 2013

| Regions | # de femmes enceintes VIH+ attendues en 2013 | # de FEC VIH+ identifiées en 2013 | Nombre d'enfants nés de mères VIH+ ayant reçu la prophylaxie ARV à la naissance | Nombre d'enfants des mères VIH+ qui ont fait la PCR du VIH à 6-8 semaines | Couverture programmatique en PCR du VIH des enfants exposés à 6 semaines (%) | # d'enfants des mères testés positifs par PCR à 6 semaines | Taux de positivité de la PCR VIH à 6 semaines (%) |
|----------|--|-----------------------------------|---|---|--|--|---|
| Adamaoua | 3792 | 1478 | 463 | 241 | 52.1 | 29 | 12.0 |

| | | | | | | | |
|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|-------------|------------|------------|
| Centre | 13131 | 5113 | 3433 | 2258 | 65.8 | 158 | 7.0 |
| Est | 2761 | 1471 | 641 | 332 | 51.8 | 21 | 6.3 |
| Extrême-Nord | 12740 | 1080 | 518 | 243 | 46.9 | 24 | 9.9 |
| Littoral | 10634 | 3278 | 2856 | 2105 | 73.7 | 78 | 3.7 |
| Nord | 7742 | 638 | 219 | 177 | 80.8 | 19 | 10.7 |
| Nord-Ouest | 6366 | 2012 | 2248 | 2314 | 102.9 | 154 | 6.7 |
| Ouest | 6249 | 2261 | 955 | 711 | 74.5 | 28 | 3.9 |
| Sud | 2449 | 1037 | 409 | 227 | 55.5 | 18 | 7.9 |
| Sud-Ouest | 4962 | 1716 | 1502 | 1386 | 92.3 | 98 | 7.1 |
| TOTAL | 70826 | 20084 | 13244 | 9994 | 75.5 | 627 | 6.3 |

Des 9994 enfants testés à la PCR à 06 semaines en 2013, 627 se sont révélés infectés par le VIH, soit un taux de positivité moyen de 6,3% en diminution par rapport à l'année 2012 (8,4%). Le graphique ci-dessous reprend le taux de positivité de la PCR à 6 semaines par région

Graphique 9: Taux de positivité de la PCR a 6 semaines chez les enfants des mères séropositives par région



Ce taux de positivité est le plus élevé dans la région de l'Adamaoua (12%) suivi du Nord (10,7%) et de l'Extrême-Nord (9,7%) et incite à une analyse de la qualité des services qui sont offerts aux clients de la PTME dans ces régions. Elle est la plus basse dans les régions du Littoral (3,7%), de l'Ouest (3,9%) et de l'Est (6,3%). Bien qu'on se rapproche théoriquement sur le plan national du seuil de 5%, bien des efforts restent à faire pour que cette valeur soit vraiment représentative de tous les enfants nés des mères séropositives chez qui le taux de transmission de moins de 5% est attendu d'ici 2015.

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

L'algorithme de dépistage du VIH chez les enfants exposés recommande qu'à partir de l'âge de 9 mois, celui-ci bénéficie d'abord d'un test sérologique VIH et que la PCR ne soit faite que si cette sérologie est positive. L'alternative est de faire une nouvelle sérologie VIH après l'âge de 18 mois pour confirmer le diagnostic de l'infection à VIH. Cependant au Cameroun, ce dépistage par sérologie n'est jusque-là effectuée qu'à partir de 12 mois et au cours de l'année 2013, 3836 enfants exposés ont été testés et 1263 de ceux-ci avaient une sérologie positive. Il n'a pas été possible de dire combien de ces enfants étaient effectivement infectés en l'absence des résultats d'une confirmation de leur diagnostic par PCR ou bien par test sérologique à partir de l'âge de 18 mois.

Aussi, les données de la sérologie à 18 mois pour déterminer le nombre des enfants non infectés à cet âge (moment de leur sortie du programme) n'étaient pas disponibles.

L'enrôlement des enfants testés VIH+ par PCR au traitement ARV

Des 9994 enfants exposés testés par la PCR en 2013, 627 étaient infectés par le VIH soit 6,3%. Au cours de la même période, 593 enfants diagnostiqués par PCR à 6 semaines ont été initiés au traitement ARV soit un taux de 94,6%. Cependant, il ne s'agirait pas des mêmes enfants comme semble l'indiquer les pourcentages supérieurs à 100% dans certaines régions. La mise à disposition des registres du programme et leur utilisation correcte devrait permettre une meilleure traçabilité de ces enfants.

Tableau 10: Initiation du traitement ARV des enfants testés VIH positifs par PCR à 6 semaines

| Regions | Nombre d'enfant testés par PCR à 6 semaines | Nombre d'enfants nés de mères séropositives testés positifs à la PCR dès la 6 ^e semaine | Nombre d'enfants des mères séropositives testés positifs par PCR à 6 semaines et recevant traitement ARV |
|--------------|---|--|--|
| Adamaoua | 241 | 29 | 19 |
| Centre | 2258 | 158 | 253 |
| Est | 332 | 21 | 20 |
| Extrême-Nord | 243 | 24 | 46 |
| Littoral | 2105 | 78 | 1 |
| Nord | 177 | 19 | 1 |
| Nord-Ouest | 2314 | 154 | 116 |
| Ouest | 711 | 28 | 22 |
| Sud | 227 | 18 | 38 |
| Sud-Ouest | 1386 | 98 | 77 |

| | | | |
|--------------|------|-----|-----|
| TOTAL | 9994 | 627 | 593 |
|--------------|------|-----|-----|

Ce tableau souligne aussi l'effort qu'il y a à faire pour rationaliser l'enrôlement à la prise en charge et l'initiation du traitement ARV chez les enfants diagnostiqués par la PCR à 6 semaines. De la précocité et de l'efficacité de ce traitement dépendent la survie ainsi que la qualité de la croissance et développement de ces enfants.

PRISE EN CHARGE PEDIATRIQUE DU VIH:

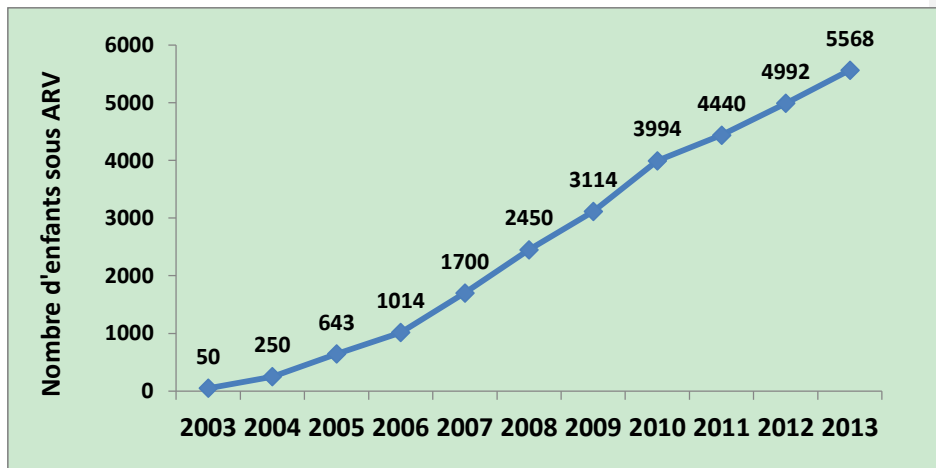
La transmission du VIH de la mère à l'enfant est responsable de plus de 90% des cas d'infection à VIH pédiatrique et celle-ci progresse plus vite que chez les adultes. En l'absence d'une prise en charge adéquate, 50% d'enfants infectés par la TME du VIH décèdent avant l'âge de 2 ans et 75% avant l'âge de 5ans. Le diagnostic de l'infection à VIH chez l'enfant doit donc se faire le plus tôt possible et la prise en charge de l'enfant infecté doit commencer dès le moment de la confirmation de son diagnostic. L'enfant doit alors être enrôlé et pris en charge suivant les recommandations nationales.

L'extension de la mise en œuvre des activités de la PTME au Cameroun devrait permettre l'enrôlement et la mise sous traitement ARV d'un nombre croissant d'enfants infectés. Mais les résultats obtenus jusque-là sont largement en deçà des attentes et la très grande majorité des 56.000 enfants infectés d'après les estimations de l'ONUSIDA doivent encore être retrouvés et enrôlés pour une prise en charge appropriée.

En Décembre 2013, seuls 5568 enfants infectés par le VIH sur les 33000 estimés éligibles au Cameroun (ONUSIDA 2012) étaient mis sous traitement ARV soit une couverture de 16,9%.

Le graphique ci-dessous montre la tendance de l'enrôlement des enfants infectés par le VIH au traitement ARV au cours des années successives :

Graphique 10: Evolution de l'enrôlement des enfants VIH+ au traitement ARV de 2003 à 2013 :



La progression du nombre des enfants initiés au traitement ARV reste stagnante à environ 500 nouveaux enrôlements par an.

Le tableau ci-dessous montre la répartition des enfants initiés au traitement ARV en Décembre 2013 par région et leur proportion par rapport au total des patients sous ARV en Décembre 2013:

Tableau 11: Répartition des enfants sous ARV par région et proportion par rapport à l'ensemble de PVVIH sous ARV par région

| Regions | Enfants sous ARV | Adultes sous ARV | Total patients sous ARV | % enfants sous ARV |
|--------------|------------------|------------------|-------------------------|--------------------|
| Adamaoua | 123 | 3723 | 3846 | 3.2 |
| Centre | 1636 | 32455 | 34091 | 4.8 |
| Est | 182 | 5129 | 5311 | 3.4 |
| Extrême nord | 237 | 5823 | 6060 | 3.9 |
| Littoral | 1005 | 25802 | 26807 | 3.7 |
| Nord | 120 | 4893 | 5013 | 2.4 |
| Nord-ouest | 1234 | 18860 | 20094 | 6.1 |
| Ouest | 472 | 11555 | 12027 | 3.9 |
| Sud | 105 | 4250 | 4355 | 2.4 |
| Sud-Ouest | 454 | 13473 | 13927 | 3.3 |
| Total | 5568 | 125963 | 131531 | 4.2 |

Les enfants ne représentent que 4,2% des patients sous ARV et peuvent être considérés comme des laissés pour compte dans le dépistage et la prise en charge de l'infection à VIH dans toutes les régions du Cameroun. Il convient de changer cet état des choses. Ceci permettra de leur éviter soit les décès, soit des séquelles qui à leur tour vont entraver le bon déroulement de leur bonne croissance et développement.

Pour cela :

- Intensifier la sensibilisation et la mobilisation communautaire en faveur du bon suivi de la femme enceinte ou allaitante et de leurs enfants
- Renforcer le système de suivi des enfants exposés
- Améliorer la mise à disposition des tests de dépistage et des kits de DBS
- Etendre la couverture du diagnostic précoce du VIH et intensifier sa pratique dans tous les sites de PTME
- Former le personnel à la pratique du dépistage actif des cas d'infection pédiatrique à VIH à toutes les portes d'entrée des enfants aux soins et à leur documentation systématique dans les outils nationaux
- Renforcer le système de référence immédiate des enfants infectés aux services de prise en charge et traitement
- Renforcer le système de suivi clinique et psychosocial à long terme des enfants infectés par le VIH
- Formation et mentoring sur site des prestataires à la prise en charge et traitement des cas d'infection pédiatrique à VIH

ACTIVITES DE MOBILISATION COMMUNAUTAIRE EN FAVEUR DE LA PTME :

La communauté est pourvoyeuse des demandeurs des services de PTME et en est le bénéficiaire. Elle doit être impliquée à tous les stades du développement, de sa mise en œuvre et de l'évaluation du programme.

Quelques partenaires (CBC, Care, KidsAids, UNICEF, etc.) s'affairent autour de la mobilisation communautaire pour la PTME mais leur documentation et diffusion des résultats de leurs activités n'est pas systématique, leurs rapports d'activités à l'exception de quelques-uns n'étant que très rarement partagés avec le CNLS.

Le CBC au cours de l'année 2013 a continué de faire usage de son réseau de pairs éducateurs, des agents de santé et associations à base communautaire et de 10 et 12 radios communautaires respectivement dans le Sud-Ouest et le Nord-Ouest pour mener son programme de mobilisation communautaire. Il a aussi au cours de cette année sollicité deux journaux pour diffuser les messages de sensibilisation et de mobilisation communautaire. Il a organisé des ateliers pour le personnel des media et suscité le témoignage de nombreuses personnes ayant bénéficié des services de PTME et ces témoignages ont ensuite été diffusés. Il a aussi collaboré avec les organisations à base communautaire et les volontaires du « Peace Corps » pour la formation des leaders communautaires à des fins de sensibilisation et de mobilisation pour la PTME, et mené des campagnes d'incitation de l'implication des hommes dans les activités de la PTME

ainsi que la formation des agents de relais communautaire pour la recherche des perdus de vue et le soutien à l'adhérence. Toutes ces activités ont contribué aux résultats de la PTME obtenus dans ces deux régions.

« Care Cameroun » est un sous-récepteur du MINSANTE dans le cadre du R10 du Fond mondial. Il s'active aussi à la sensibilisation et mobilisation communautaire en faveur de la PTME dans 6 des 10 régions du pays à savoir l'Adamaoua, le Nord, l'Extrême-Nord, l'Ouest et l'Est. Ses activités se sont limitées en 2013 au recrutement et à la formation de 914 volontaires communautaires, à la production des outils de communication interpersonnelle en milieu communautaire, à l'identification des radios communautaires en vue de leur contractualisation, l'identification de 449 agents de relais communautaire et la sensibilisation des responsables des associations des femmes et autres leaders communautaires religieux. Le déploiement sur le terrain à des fins de sensibilisation et de mobilisation communautaire est donc encore à venir. Leur démarrage le plus tôt possible devrait insuffler cette dynamique à plus de demande des services de PTME dans les formations sanitaires.

Des activités en faveur de la mobilisation communautaire financées par UNICEF dans les trois districts de Bertoua, Ebolowa et Garoua-Boulai étaient centrées sur l'organisation des groupes de soutien pour susciter l'utilisation des services de la PTME/PECP par les populations. Dans le district de Bertoua, 3 groupes de soutien ont été mis en place, 20 membres par groupe de soutien ont été formés; 17 chefs des aires de santé ont été capacités en supervision des activités communautaires tandis que six membres des groupes de soutien ont été formés pour l'organisation et le suivi des visites à domicile.

D'autres intervenants tels que le MINPROFF, le MINJEC, le MINSEC, sont impliqués de manière spécifique par rapport à leur population cible dans la mise en œuvre de PTME mais ces activités ne sont pas rapportées au CNLS.

L'entrée en scène pour la PTME de CHAI dans la région du Centre et de CHP dans la région du Littoral devrait aussi contribuer à améliorer la couverture de cette mobilisation et une meilleure participation des communautés.

DEFIS MAJEURS A LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME PTME AU COURS DE L'ANNEE 2013

1) *L'absence de documents-guides(Directives nationales, algorithmes et autres outils de la mise en œuvre):*

Le processus de développement et de mise la disposition d'un document guide suit encore son cours au Ministère de la Santé Publique. Le retard accusé dans la mise à disposition de ces documents vitaux continue de porter préjudice à la qualité des services de PTME offerts aux clients dans les sites. Une accélération de ce processus et la dissémination des directives nationales viendra clarifier, codifier et standardiser les pratiques au sein du programme national de PTME et faciliterait ainsi son monitoring.

2) La faiblesse de la coordination:

La coordination des activités de la PTME reste encore faible. Certes, il existe un chef de service de la PTME au MINSANTE et des points focaux régionaux ont été nommés et les réunions du groupe technique PTME se tiennent mensuellement. Mais la coordination effective des activités de la mise en œuvre du programme souffre encore de l'absence d'une réelle implication de toutes les parties prenantes et de l'absence de systématisation de toutes les activités de coordination à la fois au niveau central et entre le niveau central et le niveau périphérique.

3) La faiblesse du système d'approvisionnement et de distribution des intrants:

Cette faiblesse au cours de l'année 2013 a conduit à une absence de visibilité de la situation générale des intrants au niveau des sites et le manque conséquent de pro activité a inévitablement conduit à des situations de rupture des stocks au niveau des sites alors que ces intrants existaient au niveau central. La rationalisation des pratiques de gestion des intrants au sein de ce programme et la réactivation du système de supervision devrait aider à résoudre cet épineux problème.

4) La faiblesse du système de supervision:

La faiblesse de supervision reste une des plus grosses faiblesses de l'édifice PTME au Cameroun. Un outil de supervision a été développé et validé, les superviseurs tant au niveau central que périphérique ont été formés à l'usage de cet outil, mais, en l'absence d'un plan national de supervision qui vise à couvrir tous les sites, cette activité vitale n'est toujours pas entamée. Il convient de mettre à disposition des ressources nécessaires et de mobiliser les équipes de superviseurs pour une supervision effective des sites qui viendra certainement remotiver le personnel pour plus d'ardeur au travail et améliorer la qualité de leurs prestations.

5) La faiblesse du système de documentation:

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 empêche très sensiblement sur la perception de qualité du programme, sur le choix des activités prioritaires, sur leur planification et le monitoring de leur mise en œuvre. Certains outils de documentation (registres) ont été développés et validés, mais leur distribution aux sites ainsi que la formation du personnel à leur usage n'ont jusque-là pas suivi. D'autres tels les dossiers de patients adultes et enfants sont encore en cours d'élaboration. La mise en œuvre de ces outils de documentation couplée à la supervision régulière des activités ainsi que le monitoring de rapportage de ces activités seront d'un grand apport dans l'amélioration de la qualité des services au sein du programme.

6) La faible mobilisation communautaire.

D'après les estimations de la population générale et de celle des femmes enceintes au Cameroun, le taux de fréquentation de la CPN par les femmes enceintes n'était que de 52,8% en 2013. Ceci dénote à suffisance tout l'effort qu'il y a encore à fournir pour parvenir à au moins 80% des femmes enceintes qui font au moins une CPN au cours de leur grossesse. Le manuel de l'intervenant communautaire a certes été validé, mais un véritable plan de communication sur la PTME impliquant tous les intervenants au premier rang duquel figurent les partenaires de mise en œuvre de la PMTE, toute la société civile, les leaders communautaires et les media reste encore à élaborer pour contribuer à améliorer cette situation.

PERSPECTIVES:

Au regard des efforts déjà effectués et de la volonté de tous à aller de l'avant, les perspectives optimistes existent bien en matière de PTME au Cameroun. L'orientation générale du programme a été affirmée par le MINSANTE et son environnement financier est en amélioration. Plusieurs outils de mise en œuvre ont déjà été élaborés et le mécanisme de coordination connaît déjà un début de fonctionnement. Le plan de formation du personnel en vue de la mise en œuvre de l'option B+ et de la politique de la délégation des tâches a été élaboré et devrait connaître un début de mise en œuvre très prochainement.

Avec l'effort actuellement en cours pour :

- Assurer la mise à disposition des intrants et la formation du personnel à leur gestion,
- La formation du personnel de mise en œuvre à l'offre des services de la PTME,
- La mise en place du système de supervision et de mentoring pour l'amélioration de la qualité des services,
- L'amélioration attendue de la mobilisation communautaire,

L'espoir des lendemains meilleurs se profile à l'horizon. Cet espoir ne deviendra cependant réalité que si la détermination de toutes les parties prenantes y compris les décideurs et les agents de mise en œuvre de tous les niveaux de la pyramide sanitaire est effective et avérée et soutenue dans le temps.

COORDINATION ET PARTENARIAT POUR LE PROGRAMME DE LA PTME

Le renforcement de la coordination du programme de PTME :

Sous le haut patronage du Ministre de la Santé Publique, une équipe technique nationale s'organise pour planifier, coordonner et suivre la mise en œuvre des activités de la PTME sur l'ensemble du territoire national.

A niveau central, les groupes de travail SR et PTME créée en 2012 tiennent régulièrement leurs réunions à la recherche de consensus sur les problèmes qui se posent à la mise en œuvre de leur programme.

L'effectivité de la coordination par la DSF des partenaires de mise en œuvre et de la concertation régulière avec les points focaux régionaux, devrait permettre un meilleur suivi du programme national.

Aussi, la mise en place récente du programme national de réduction de la mortalité maternelle et infantile devrait y contribuer.

Renforcement du partenariat national, sous régional et international :

La PTME est mise en œuvre au niveau opérationnel dans les formations sanitaires publiques et privées. Cependant, la participation du secteur privé reste marginale. L'implication des OBC, des OSC et des ONG offre les opportunités d'amélioration de la demande et de l'utilisation des services.

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. Les ressources financières allouées au programme national de la PTME au cours de l'année 2013 sont repris ans le tableau ci-dessous.

Tableau 12: Contributions financières au programme national de la PTME par partenaire en 2013

| Source de financement | Montant (USD) | Période | Observations |
|-----------------------|---------------|---------|--------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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 :

La performance du programme national de PTME en 2013 présente une certaine amélioration par rapport à celle de l'année 2012.

- La couverture géographique est passée de 85% en 2012 à 99% en 2013.
- Le taux de fréquentation de la CPN est passé de 41,9% en 2012 à 52,7% en 2013
- Le taux d'initiation des ARV pour la PTME s'est lui aussi est passe de 21,4% en 2012 à 32,7% en 2013
- Le taux de positivité de la PCR à 6 semaines chez les enfants nés des mères séropositives a aussi passe de 8,4% à 6,3%

Cependant, la couverture populationnelle reste largement en deçà des attentes et incite à plus d'ardeur pour mobiliser les communautés et susciter la demande des services de PTME auprès des formations sanitaires.

La qualité même des services offerts dans ces formations sanitaires doit encore améliorée et ceci ne pourra se faire que par la stabilisation du système des intrants et par une supervision formative régulière du personnel de mise en œuvre dans les sites

Un accent particulier doit être fait pour améliorer le système de documentation et de rapportage régulier des activités du programme par usage systématique et approprié des outils révisés de M&E partout sur le territoire national. Ceci devrait à son tour favoriser une meilleure visibilité du programme et une programmation conséquente des interventions en vue de son amélioration continue.

Ces données autorisent tout de même l'espoir de pouvoir mieux faire encore au cours de l'année suivante pour résolument tendre vers les cibles qui sont encore assez éloignées des performances attendues dans l'optique de l'élimination de la TME du VIH d'ici 2015.

De la détermination avec laquelle les faiblesses observées seront abordées dépendra notre capacité à mener les activités nécessaires pour atteindre notre objectif d'élimination de la TME du VIH d'ici 2015. « L'heure est plus que jamais à l'action » !!!

A méditer: « Thinkers are great individuals, but doers change the world »

ANNEXES :

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

Le Cameroun faisant parti 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 | | | |
|---|--|-------------------|-----------------------------|
| | Résultat 2012 des progrès de l'initiative d'élimination de la TME au Cameroun | | |
| Pilier 1: Prévention primaire | | Valeurs | Sources |
| Indicateur clé: | 1a) Pourcentage des femmes enceintes qui connaissent leur statut sérologique VIH | 38,1% (209655) | Rapport de progrès N°8 CNLS |
| Autres indicateurs | 1b) : Pourcentage des partenaires des femmes enceintes testés au VIH | 2,6% (9264) | Rapport de progrès N°8 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) | 32,7% (23.179) | Rapport de progrès N°8 CNLS |
| | 3a,1 bis) pourcentage de femmes enceintes VIH + sous un TARV pour leur propre santé | 8,6% (6.121) | Rapport de progrès N°8 CNLS |
| | 3a,2 bis) pourcentage de femmes enceintes VIH + sous prophylaxie ARV pour réduire la TME | 24,1% (17058) | Rapport de progrès N°8 CNLS |
| Autres indicateurs | 3b) Pourcentage de femmes enceintes VIH+ éligibles au TARV (évaluation CD4 ou stadification clinique) | 29,1% (5847/20084) | Rapport de progrès N° 8 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) | 59,4% (11938/20084) | Rapport de progrès N° 8 CNLS |
| 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 | 49,7% (9994/20084) | Rapport de progrès N° 8 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 | 13,8% (9750) | Rapport de progrès N° 8 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 2013 |
| Santé maternelle et infantile | | | |
| Indicateurs clés: | Couverture CPN avec au moins 4 visites | 36,5% (363673) | Rapport de progrès N°6 CNLS |
| | 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° | Indicateur | 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 VIH+ 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 | | |
|--|---|--|--|

EQUIPE DE REDACTION :

- Dr Envoudou Nnang Marie Candy : CUPTME
- Dr Ekali Loni Gabriel : Point focal PEPFAR/CNLS
- Dr Tene Gilbert : Conseiller Technique PTME
- Mlle Messe Arlette : Cadre S/E
- Mr Nokouni Marcellin : Cadre S/E
- Mr Amadou Salmon : Cadre S/E
- Ebogo Fouda Liliane Estelle: Unité réponse locale

EQUIPE DE VALIDATION

- Dr Ibile Abessouguie : SPA GTC/CNLS
- Dr FRU SOH Florence CSASSGTC/CNLS
- Dr TENE Gilbert CT PTME/CNLS

Mis en forme : Allemand (Allemagne)

- Dr Kob David : CUAT/CNLS
- Dr BILLONG Serge : CSPSE/CNLS
- Dr EKALI LONI Gabriel PF PEPFAR
- Dr ASSAGA NKONO CSRE/CNLS
- Dr MOUSSA Yasmine UPTME/CNLS

Mis en forme : Anglais (États-Unis)