



Epidémiologie de l'infection à VIH au Cameroun : Quatrième trimestre 2017

p.2 Dépistage de l'infection à VIH au Cameroun

Vous trouverez dans cette section les indicateurs du dépistage du VIH en population générale et dans certains groupes tel que les femmes enceintes.

p.3 PMTCT

You will find in this section the indicators that inform about HIV infection in pregnant women received in ANC as well as their children.

p.4 : Prise en Charge Globale de personnes vivantes avec le VIH et coïnfection TB/VIH

Vous trouverez dans cette partie les Indicateurs portant sur la file active et la mise sous traitement ARV. En plus des données sur le dépistage de la tuberculose chez les PVVIH seront présentées

p.6 : Rétention des personnes vivants avec le VIH dans le système de soins et Qualité des données de routine

Vous trouverez dans cette partie des informations sur la rétention en soins des PVVIH

p.7 Epidemiologic Surveillance of HIV/AIDS

This section present main studies carry out at the national level to understand the dynamics of the epidemic.

p.9 : Espace aux régions

Ici sera présenté les situations régionales de l'épidémie à travers le Pays.

Directeur de Publication : Dr Jean Bosco ELAT

Rédacteur en Chef : Dr Serge Clotaire BILLONG

Rédacteur en chef adjoint : Jean de Dieu ANOUBISSI

Secrétaire de rédaction : Cyprien KENGNE NDE

Comité de rédaction : Dr Marinette TCHATO, Arlette MESSEH, Raoul FODJO, NGA Anastasie épouse MVOGO, Dr Yasmine MOUSSA, Florine TSIMENE, Natacha OWONA, désiré MVILONGO, Roger ONANA ONANA.

EDITORIAL

Le bulletin Epidémiologique est une publication périodique de l'état de l'épidémie du VIH et sida au Cameroun. Il a pour vocation de présenter les principaux résultats de la lutte contre le sida dans le pays.

Dans ce numéro vous trouverez le profil épidémiologique de l'infection à VIH de septembre à Décembre 2017 à travers les principaux indicateurs du dépistage de l'infection à VIH, de la Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant et de la prise en charge globale des PVVIH. Un espace pour les régions est prévu et une section analysant la rétention en soins au cours du 4^{ème} trimestre de 2017 est présentée. La dernière section présente les principaux résultats de l'enquête de Surveillance Sentinelle du VIH et de la Syphilis chez les femmes enceintes fréquentant la consultation prénatale au Cameroun.

Bonne lecture,

EDITORIAL

The Epidemiological Report is a periodical publication of the situation of the HIV epidemic in Cameroon. It aims to present the main results of the fighting against AIDS in the country.

In this issue, you will find the epidemiological profile of HIV infection from September to December 2017 through the main indicators of HIV infection testing, Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV and care of PLHIV. A space for the regions is presented and a section analyzing the retention during the 4th quarter of 2017 is presented. The last section present main results of the Sentinel Surveillance of HIV and Syphilis among pregnant women attending prenatal clinics care in Cameroon as well.

Enjoy your reading,

Dr Jean Bosco ELAT

Retrouvez ce numéro sur : <http://www.cnls.cm>

Dépistage dans la population globale

Au terme du quatrième trimestre de l'année 2017, au total 986 525 personnes ont été diagnostiquées pour le VIH. Parmi elles, 30 757 ont été déclarées positives, soit un taux de séropositivité de 3,1%.

Par ailleurs les données sur le taux de séropositivité nous montrent un léger recul de l'épidémie dans toutes les régions et même au niveau national, la figure ci-dessous nous présente une répartition de ces taux de séropositivité.

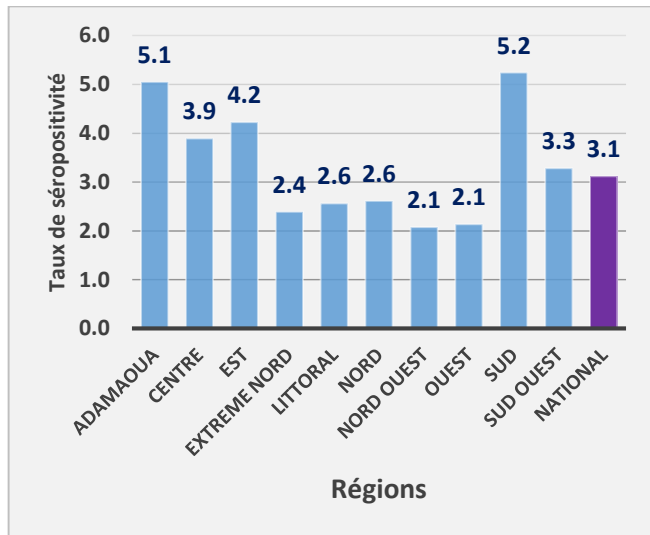


Figure 1 : Distribution des taux de séropositivité au terme du quatrième trimestre 2017.

Le recul constaté au quatrième trimestre est global, on observe toujours des disparités de la séropositivité selon les régions, les tendances sont restées les mêmes. Comme le présente la figure ci-dessus cinq régions ont un taux de séropositivité supérieur au taux national, il s'agit des régions du Sud (5,2%), de l'Adamaoua (5,1%) de l'Est (4,2%), du Centre (3,9%) et du Sud-ouest (3,3%). Les plus faibles taux de séropositivités sont observés dans les régions du Nord-ouest et de l'Ouest.

Dépistage des Femmes enceintes(FEC) et enfants exposés

La figure ci-dessous présente les dépistages chez les femmes enceintes (FEC), les partenaires des FEC et les Enfants exposés. Il en ressort qu'au cours du quatrième trimestre 160 173 FEC ont été

dépistées et parmi elles 3 850 ont été déclarées positives au VIH, ce qui fait un taux de séropositivité de 2,4%.

S'agissant du diagnostic précoce du VIH, dans le cadre de l'accélération de l'eTME, au cours de ce quatrième trimestre 3 443 enfants exposés au VIH ont pu bénéficier du diagnostic précoce du VIH.

Environ 14 612 femmes de statut non connu ont été reçues et testées en salle d'accouchement. Parmi elles 4,9% (699/14612) ont été diagnostiquées positives au VIH.

Par ailleurs au cours du quatrième trimestre, 8780 partenaires masculins des femmes enceintes ont bénéficié du dépistage. Parmi ceux-ci, 521 ont été diagnostiqués positifs au VIH, soit un taux de positivité de 5,9%.

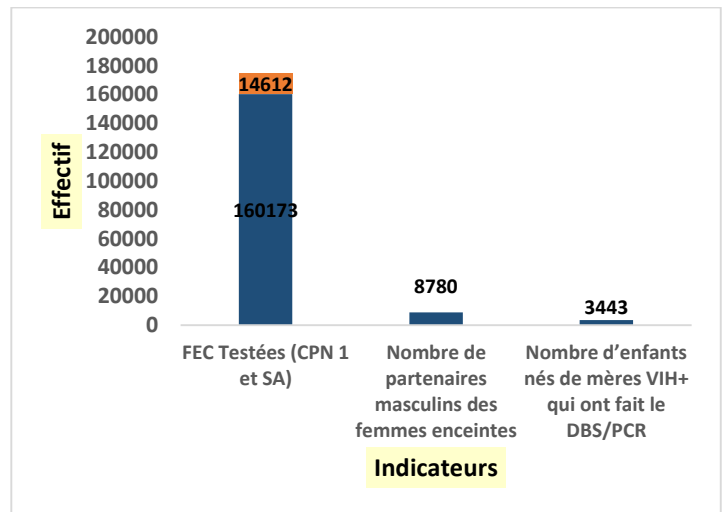


Figure 2 : Dépistage des Femmes enceintes(FEC) au terme du quatrième trimestre 2017.

Dépistage au cours du mois camerounais de dépistage

Le mois camerounais de lutte contre le sida a mobilisé sur le terrain plusieurs acteurs qui ont menés des activités de prévention, par la distribution des préservatifs masculin et féminin, les gels lubrifiants, la sensibilisation, par les messages audio, des téléfilms, des posters, le plaidoyer et le dépistage. Ainsi au cours de ce mois, 46 001 personnes ont été atteintes par le dépistage organisés dans les lieux publics, les

administrations, les camps de réfugiés, les prisons, par les unités mobiles (UMs) du GTC et des GTR. Il a été révélé ainsi 897 personnes positives au VIH et le suivi de leur prise en charge est assuré par les APS.

Dépistage au cours de la journée mondiale de lutte contre le Sida

1922 personnes ont été dépistées par les UMs sur l'étendue du territoire au cours de la journée mondiale de lutte contre le Sida, parmi elles 20 ont été déclarées positives au VIH ce qui fait un taux de séropositivité de 1,04%.

NB : Il convient de noter que la complétude des données de dépistage au moment de l'analyse était de 94,63%. Ainsi, les résultats présentés sont susceptibles d'être légèrement modifiés avec l'augmentation de la complétude.

expected in the health facilities, 675 546 FEC were actually received with a coverage rate of 73.1%. Among the Pregnant Women (PW) received at ANC, 673 206 were tested and 26 536 of them were HIV Positive, giving an HIV seropositivity rate of 3.9%. Concerning ARV treatment, 86.2% of FEC VIH + (22 867 PW) were put on ARVs Treatment.

With regard to children (figure 4), as of December 31st 2017, there were 15 410 deliveries of HIV + PW. Among exposed children, 15 305 received Navirapine at birth. In terms of performing the PCR test, 13 355 exposed children were tested by PCR between 6 and 8 weeks of age and 678 of them were tested positive for HIV with a child seropositivity rate of 5.47%. Finally, 678 children were put on ARV among the 731 identified seropositive with a rate of putting on antiretroviral treatment of 92.75%.

It is worth noting that the completeness of data used for this analysis is 97.27%.

Prevention Mother To Child Transmission (PMTCT)

The following chart (figure 3) shows the mother cascade. At the end of Q4 2017, 924 068 FEC were

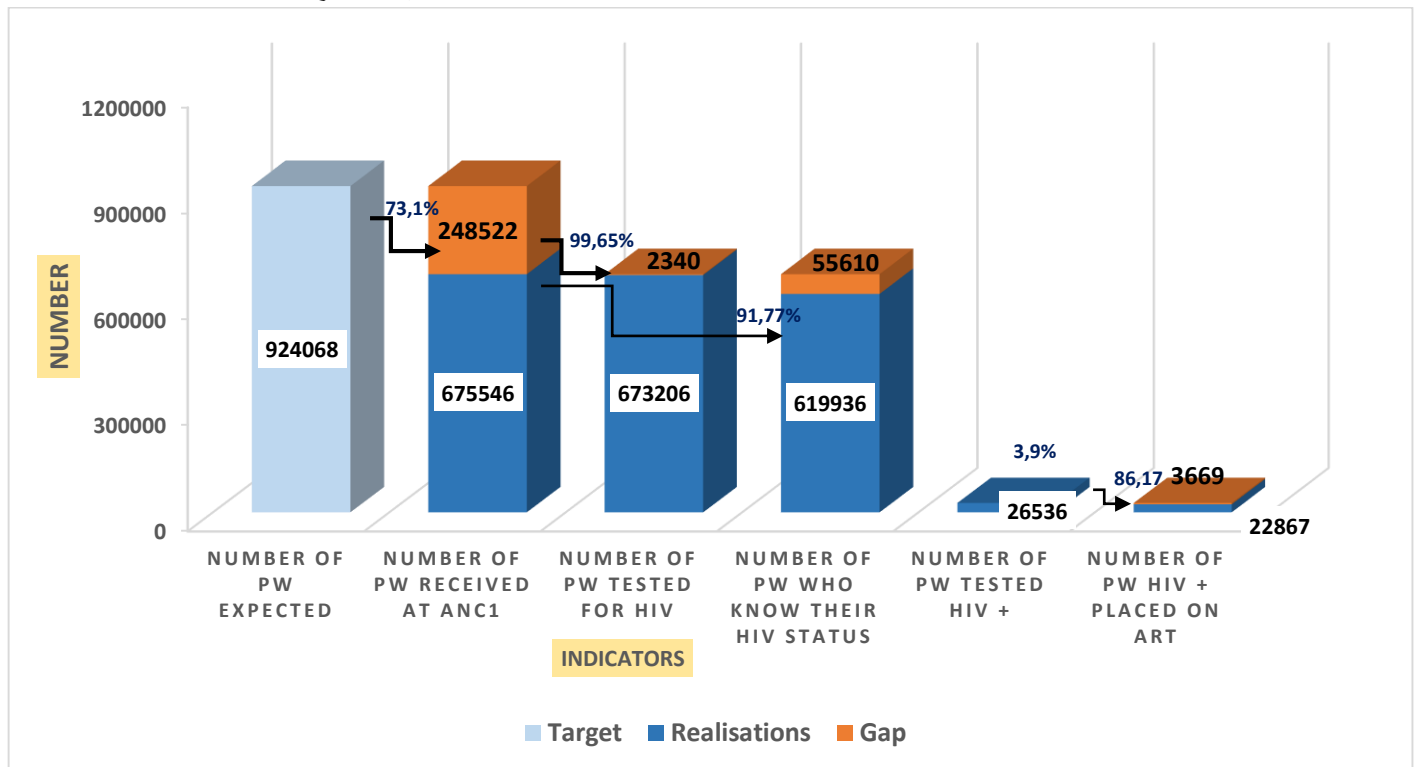


Figure 3: Representation of mother cascade after the fourth trimester 2017.

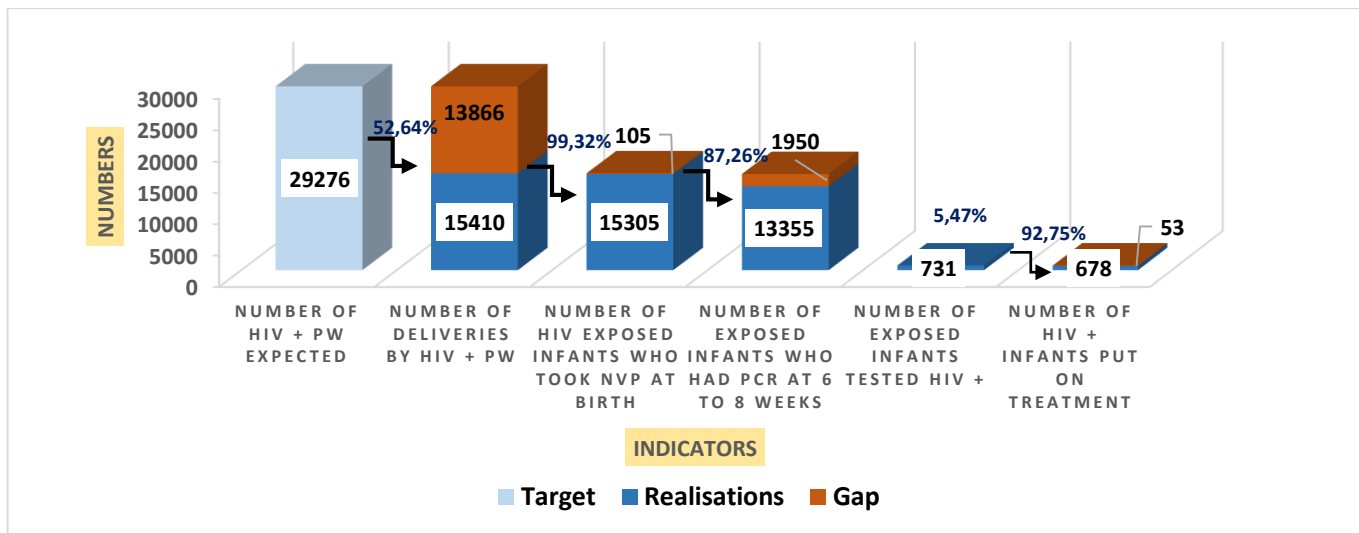


Figure 4: Representation of children cascade after the fourth trimester 2017.

Prise en Charge Globale des personnes vivants avec le VIH et coïnfection TB/VIH

Prise en Charge Globale

Au 31 décembre 2016, 205 382 personnes vivant avec le VIH étaient sous traitement ARV. Ce nombre est de 238 471 en Septembre 2017. En fin Décembre 2017, environ 253 343 PVVIH ont reçu leur traitement ARV, ce qui représente une augmentation de 47961 patients. Celle-ci est en hausse par rapport à celles des trois années précédentes (2016 : 36951 – 2015 : 23393 – 2014 : 14493)

Au cours du premier semestre 2017, la file active des personnes sous ARV a évolué en dessous de la cible fixée dans le cadre de la stratégie nationale. En effet, la file active attendue au mois de Décembre 2017 était de 257 872 personnes, la réalisation à cette période a été de 253 343 PVVIH, soit un écart d'environ 1,76% et donc 4529 patients en moins qui n'ont pas pris leur traitement ARV ou devait être initié au TARV en Décembre 2017.

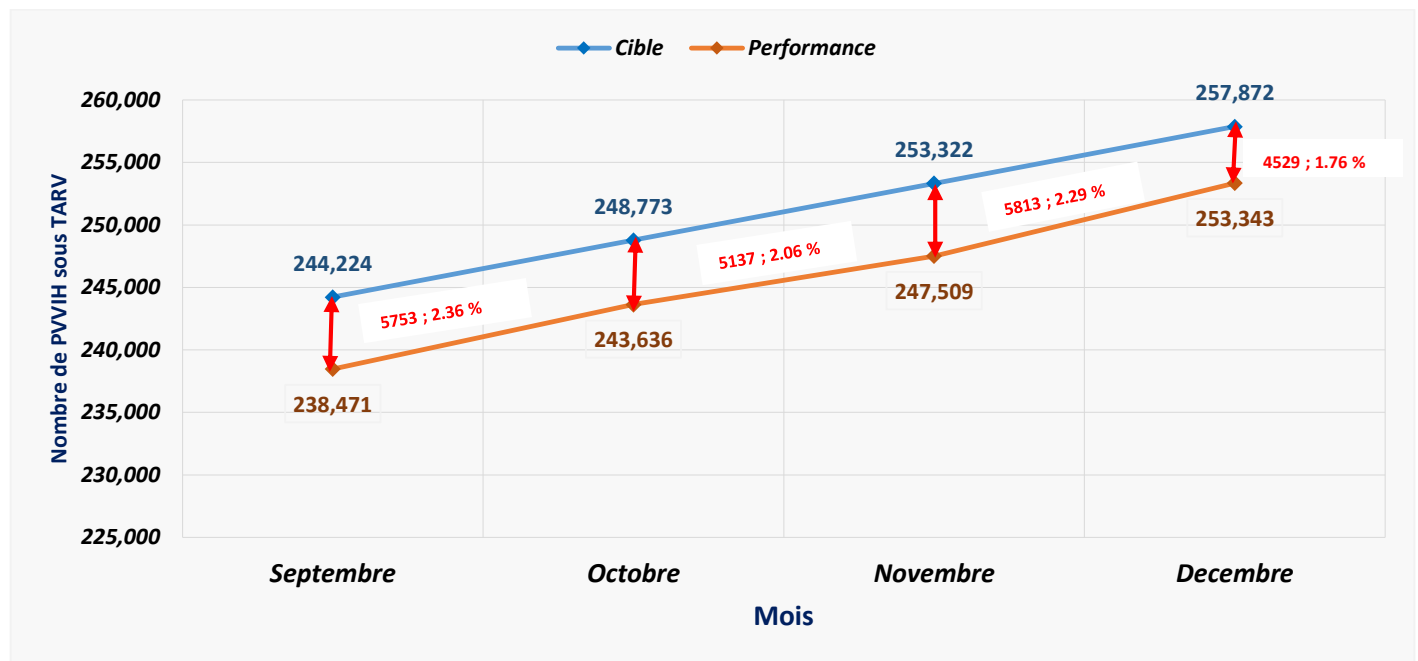


Figure 5 : Evolution de la file active de PECC des PVVIH sous TARV au cours du quatrième 2017.

Pour atteindre le 1^{er} 90 (90% des PVVIH connaissent leur statut) de l'objectif « 90-90-90 » (ONUSIDA, 2014), environ 320 152 PVVIH devaient être identifiées au 31 décembre 2017 parmi lesquelles les personnes dépistées mais non encore enrôlées au Traitement ARV, ainsi que les perdus de vue à rechercher.

La cascade programmatique de prise en charge globale illustrée par la figure 7 montre le niveau d'atteinte de l'objectif « 90-90-90 » au cours de l'année 2017. Il y ressort qu'environ deux tiers

(66,09%) des PVVIH à identifier au cours de l'année l'ont été et seulement la moitié (55,74%) de celles-ci a été initiée au TARV.

Selon les estimations EPP. SPECTRUM, environ 561 107 personnes vivant avec le VIH sont attendues au cours de l'année 2017 dans le pays, ce qui porte la couverture populationnelle en ARV à 45,15% (253 343/561 107).

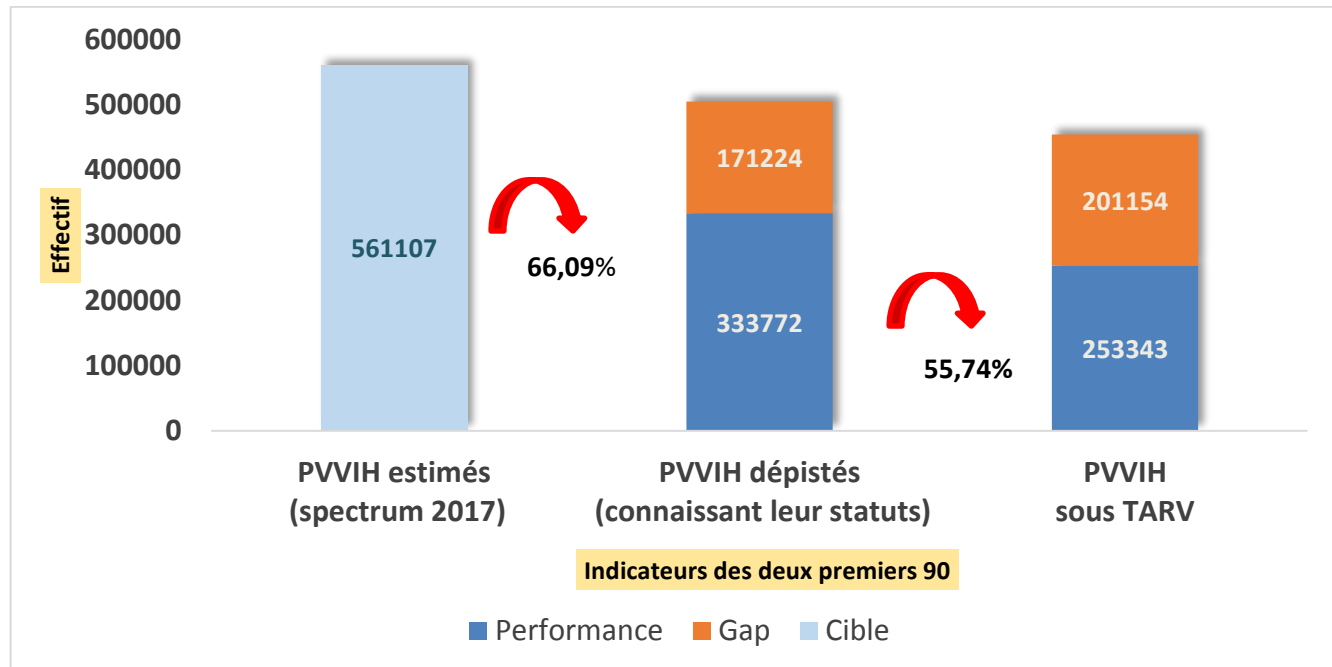


Figure 6 : Cascade programmatique de prise en charge globale au terme du quatrième trimestre 2017 (90-90).

Coinfection TB/VIH

La tuberculose étant reconnue comme une cause majeure de mortalité chez les personnes vivant avec le VIH (OMS, 2017), les directives nationales de prise en charge du VIH et de la Tuberculose recommandent d'investiguer la tuberculose chez les personnes séropositives et de faire le test du VIH chez les personnes atteintes de la tuberculose.

Dans les structures de prise en charge du VIH, la surveillance de la tuberculose doit se faire en routine chez tous les patients sous TARV. A cet effet, les prestataires doivent rechercher tous les

signes évocateurs de la tuberculose chez les patients lors de la dispensation des ARV. En Décembre 2017, la tuberculose a été investiguée chez 173 897 PVVIH sous ARV, qui représente environ 69,5% de la file active.

NB : Il convient toutefois de noter que le taux de complétude des données de prise en charge globale au niveau national est de 94,89% au cours du troisième trimestre 2017. L'amélioration de ce niveau de complétude pourrait légèrement modifier les résultats présentés dans cette section.

Rétention des personnes vivants avec le VIH dans le système de soins au cours du 4^{ème} trimestre 2017

La rétention dans les soins peut être définie comme la capacité d'une formation sanitaire à maintenir les patients sous traitement après une période donnée dans le système de soins. Au Cameroun, cette dernière est évaluée de façon trimestrielle pour une période de 12 mois. Le graphique ci-après présente les résultats obtenus au terme du quatrième trimestre 2017. Il s'agit des taux de rétention dans les soins pour les patients initiés en Août, Septembre et Octobre 2016 au Cameroun. On remarque que la moyenne nationale est de 75,22%. Ainsi, 12 mois après l'initiation au TAR, seul 75% des patients continuent à suivre leur traitement. Les régions de l'Adamaoua, du centre, de l'Extrême-nord, du littoral et du Nord sont toutefois en dessous de la moyenne nationale. Pour le cas particulier de l'Extrême-Nord qui enregistre le taux le plus bas (70,32%), ce résultat est dû aux troubles dans la région dus à Boko-Haram.

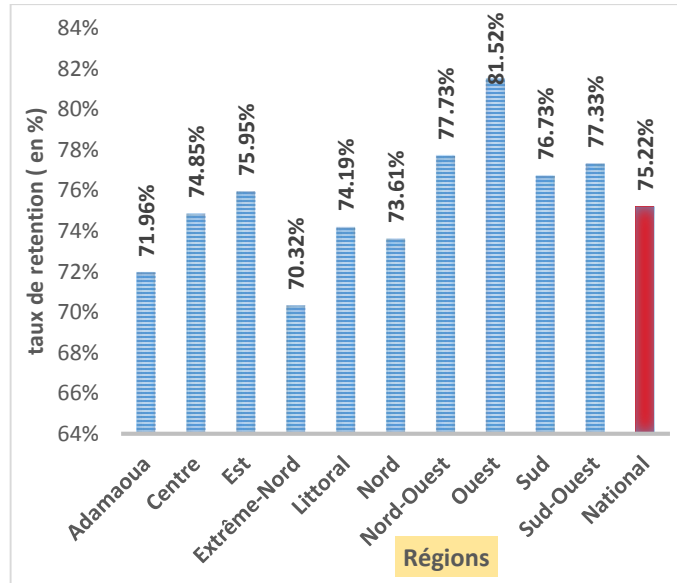


Figure 7 : Taux de rétention selon les régions au terme du quatrième trimestre 2017 pour les cohortes d'Août, Septembre et Octobre 2016.

Qualité des données au cours du 4^{ème} trimestre 2017

Pour ce qui est de la qualité des données, elle est évaluée de façon trimestrielle pour chaque FOSA grâce à un Indice composite de Qualité des Données qui prend en compte la complétude, la cohérence, et l'exactitude des données validées. Le tableau ci-après présente les résultats de cette évaluation pour le compte du quatrième trimestre 2017. Au niveau national, la qualité des données est évaluée à 86%. Seules les régions de l'Adamaoua, du Centre du Littoral et du Sud sont en dessous de cette performance nationale.

Il convient cependant de noter que cet indicateur a été évalué sur quelques FOSA de chaque région, l'augmentation du nombre de FOSA améliorerait la qualité de nos analyses.

Tableau 1: Distribution de l'indice de la qualité des données selon les régions au terme du quatrième trimestre 2017

	Nombre de FOSA	Indice de Qualité de données
Adamaoua	21	65%
Centre	39	82%
Est	19	92%
Extrême Nord	16	90%
Littoral	12	85%
Nord	06	93%
Nord-ouest	39	94%
Ouest	29	95%
Sud	19	74%
Sud-Ouest	36	93%
National	236	86%

Epidemiologic Surveillance of HIV/AIDS: Sentinel Surveillance Study of HIV and Syphilis among pregnant women attending antenatal Care in 2016 in Cameroon (Principal results)

2016 Sentinel Surveys is a national study in Cameroon aiming to update existing data on sentinel survey of HIV in pregnant women. To this study had been associated another one to assess the feasibility of using data from PMTCT program instead of sentinel surveys to estimate HIV prevalence in pregnant women.

Out of 6859 ANC-1 attendees (97.99% sampling rate), acceptability of HIV test was 99.19% (6513/6566), with 99.17% in urban and 99.22% in rural settings. Based on National Reference Laboratory data, the national prevalence of HIV was 5.70% (389/6819), with 5.58% in urban and 5.87% in rural settings. There is a significant decrease in the epidemic, from 7.6%, 7.8% to 5.69% respectively from 2009, 2012 to 2016, as shown in the graph below.

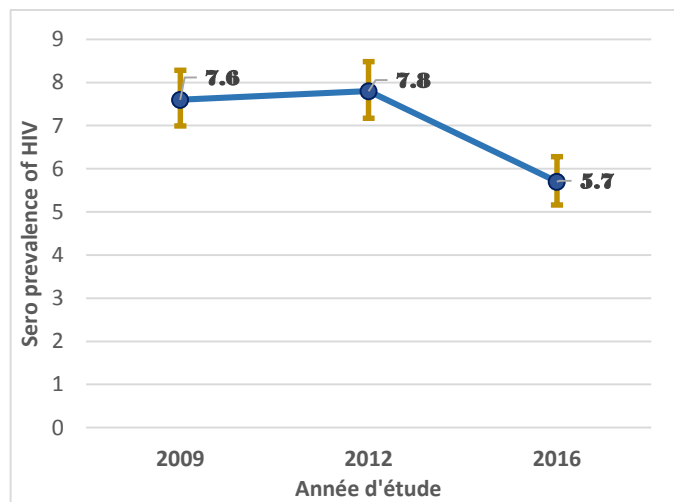


Figure 8: Evolution of HIV prevalence among pregnant women from 2009 to 2016 in Cameroon.

At the level of PMTCT-site laboratories, HIV prevalence was 5.16%, with 5.24% urban and 5.05% in rural settings. The capacity of PMTCT-site laboratories to report a true HIV positive result (sensitivity) was 91.4% (318/348) and a true HIV negative result (specificity) was 99.7%

(6270/6292), better performances as compared to 2012 (80% and 99% respectively). At PMTCT sites, the probability for a pregnant woman, declared HIV-positive (PPV), to be really infected with HIV was 93.5% (318/340); while the probability for a pregnant woman, declared HIV-negative (NPV), to be really free of HIV was 99.5% (6270/6300) (confer table 10).

Tableau 2: Intrinsic and extrinsic performance of Sites.

Indicators	Value (%)	CI at 95%
Sensibility	91,4	87,9 - 94,1
Specificity	99,6	99,5 - 99,8
PPV	93,5	90,4 - 95,9
NPV	99,5	99,3 - 99,7

Our analysis has also shown that three main factors are associated with HIV infection risk. We found that HIV risk infection increased with age among pregnant women, and pregnant women who were married or in free union were less infected than single one (ORa: 0.60; CI at 95%: 0.46 - 0.78). Moreover, compared to Adamaoua region pregnant women who were living in Center, East, North west and South west regions were 2 or 3 times more likely infected.

Seroprevalence of syphilis was 5.63% [95% CI:4.93 - 6.40], (1.79% in the Centre to 9.48% in the Northwest). It is significantly higher than the 2012 sentinel study one where we reported 2.93 (95% CI:2.52-3.47).

Furthermore, the prevalence of co-infection HIV-Syphilis was 0.59% (95% CI:0.37-0.88) and significantly higher than the 2012 sentinel study one where we reported 0.33 (95% CI:0.19-0.53).

Estimating Mother To Child Transmission of HIV rates at any stage of PMTCT Cascade (Presentation of the study)

Introduction: With a prevalence of 7,8% of HIV infection among pregnant women, risk of HIV mother-to-child transmission (MTCT) remains consistent in Cameroon. Though option B+ is known to decrease MTCT, data available in Cameroon do not cover the entire PMTCT cascade (5.6% MTCT at PCR-1 in 2014-2015). Thus, it appears challenging to implement public health interventions toward eliminating MTCT of HIV at various phases of the PMTCT program nationwide (pregnancy, 6 weeks, 6 months, 9-12 months, 15-18 months). Furthermore, though the likelihood of survival is limited amongst HIV vertically exposed but infected children, little is known about survival and their predictors in these children nationwide. It is therefore of great relevance to understand the rate of HIV MTCT and survival throughout the PMTCT cascade and their respective predictors in the 10 regions of Cameroon.

Study goal: Contribute in improving the efficacy of the PMTCT program in Cameroon.

Study objectives: To ascertain the rates of HIV MTCT and children survival in Cameroon and related determinants according to regions throughout the PMTCT cascade.

Methods: A prospective, observational and analytical study conducted in a cohort of mother-child couples monitored from delivery until 18 months of child's age in the 10 regions of Cameroon. Following training of investigators, enrolment will be done in 3 months. For all consenting HIV-positive pregnant women, clinical history (ANC attendance, historic of HIV infection, PMTCT interventions and/or ART, male partner involvement into PMTCT and knowledge of the partner's HIV status in each

couple, adherence level during pregnancy, viral load measurement) will be collected with a standard questionnaire. Duration of labour, delivery mode, infant prophylaxis (six weeks nevirapine), feeding option (exclusive breast feeding, formula feeding, or mixed) and duration, HIV early infant diagnosis at birth and at 6 weeks, child nutritional status and growth, vaccination coverage following the EPI, maternal adherence to ART, HIV serology at 9-12 months (run PCR if seropositive), a final HIV serology at 18 months, and survival rate at the end of study.

Expected results: MTCT rate in Cameroon higher than findings from EID PCR-1 (5.6%), with major regional disparities in MTCT rates driven by predictive factors.

Study significance: Inform the authorities with evidence-based decision-making in setting-up an improved plan for eMTCT in Cameroon, while serving as model for other PMTCT high-priority countries in their efforts to implement most effective interventions within resource-limited settings.

Performance Nationale

Les cibles nationales n'ont pas été atteints pas pour ces indicateurs majeurs dans le suivi de la lutte contre le VIH au Cameroun. Toutefois la cible pour l'indicateur « TCS-1: Nombre d'adultes et d'enfants bénéficiant actuellement d'un traitement antirétroviral sur l'ensemble des adultes et des enfants vivant avec le VIH » est quasiment atteinte, car l'analyse des absents au retrait des ARV en décembre a permis de relever environ 4000 PVVIH absentes au mois de Décembre pour le retrait des ARVs mais présentes en Novembre 2017 et en janvier 2018. Pour l'explication des performances sur les autres indicateurs, bien vouloir se référer à la section « Espace aux régions ».

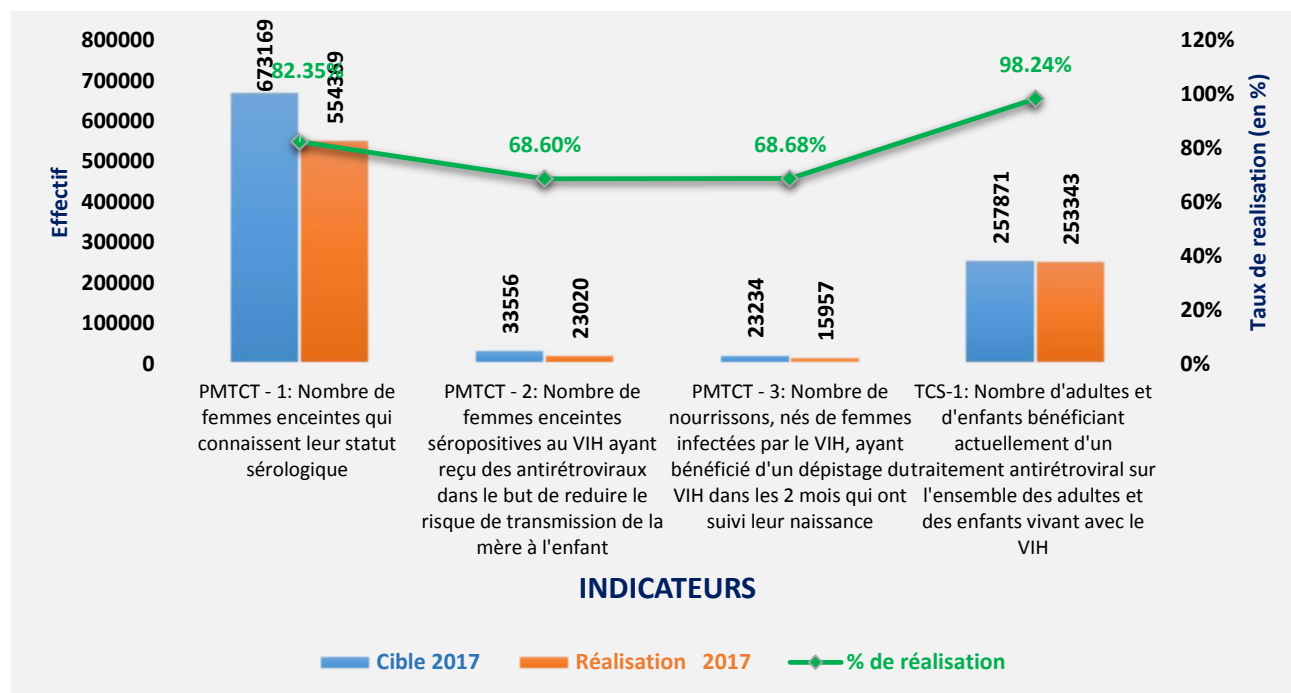


Figure 9 : Performance National au 31 Décembre 2017.

Espace aux régions

Performance PMTCT-1 : Nombre de femmes enceintes qui connaissent leur statut sérologique

La cible nationale n'a pas été atteinte à la fin de la période. Toutefois, par rapport à 2016, toutes les régions ont enregistré des performances à la hausse pour cet indicateur, bien qu'insuffisant pour la cible assignée. Moins de femmes enceintes connaissent leur statut sérologique VIH en 2017 par rapport à 2016. Depuis les trois derniers semestres, le nombre de femmes enceintes dépistées en CPN et en salle d'accouchement, qui ont retiré leur résultat VIH est supérieur à 98% sur le plan national. Cela voudrait dire que les problèmes identifiés en rapport à la non atteinte de la cible sont liés à : (1) la couverture en CPN ou

taux de fréquentation en CPN dans les districts de santé frontaliers ou éloignés (DS Tcholliré au Nord, DS de Bakassi, DS de Mbonge, DS de Wabane dans le Sud-Ouest) et ceux où sévit l'insécurité du fait de la situation socio-politique actuelle (DS Fontem); (2) les ruptures en tests de dépistage dans certaines régions voire DS éloignés (Régions de l'Est, du Sud, du Centre).

Au cours de la période, des ruptures en intrants de dépistage (TDR) ont perturbé les activités mais toutes les régions ont privilégié le dépistage des femmes enceintes

dans les sites PTME, ce qui explique que le pays ait tout de même pu atteindre cette performance.

Il a été identifié quelques problèmes lors la collecte de l'indicateur, il s'agit entre autre de : - La faible remontée des rapports dans certaines FOSA situées dans les districts de santé éloignés ou en zone frontalière (Région du Nord) ; Par ailleurs, la faible fréquentation à la CPN perdue dans certains districts de santé du fait de la présence des accoucheuses traditionnelles qui sont plus fréquentées (Région du Nord, Nord-Ouest). Parmi les facteurs qui ont contribué à l'atteinte de ce résultat, on peut citer entre autres : dans les régions septentrionales la mise en œuvre des plaidoyers en faveur de la CPN auprès de leaders traditionnels et religieux, la mise en œuvre des activités du projet *chèque santé* dans certains districts de santé, l'achat des performances des formations sanitaires par le projet PBF qui ont permis d'augmenter la

fréquentation en CPN. Par ailleurs, l'utilisation des outils de collecte des données PTME (registre CPN, registre de laboratoire, etc...) dans la quasi-totalité des FOSA a permis d'avoir une complétude satisfaisante des données. Les actions à entreprendre pour booster l'atteinte du résultat au niveau central et régional sont : - Maintenir les efforts faits à ce jour et les stratégies en place dans les régions septentrionales et toutes les autres régions; - Utiliser toutes les opportunités d'activités communautaires pour accentuer la mobilisation communautaire en faveur de la CPN par le biais des divers acteurs communautaires (associations, ASC formés, Community Maternity Home, APS, etc...) surtout dans les zones peu accessibles; - Assurer la disponibilité permanente en test de dépistage VIH en privilégiant les femmes enceintes pour les tests lors du rationnement.

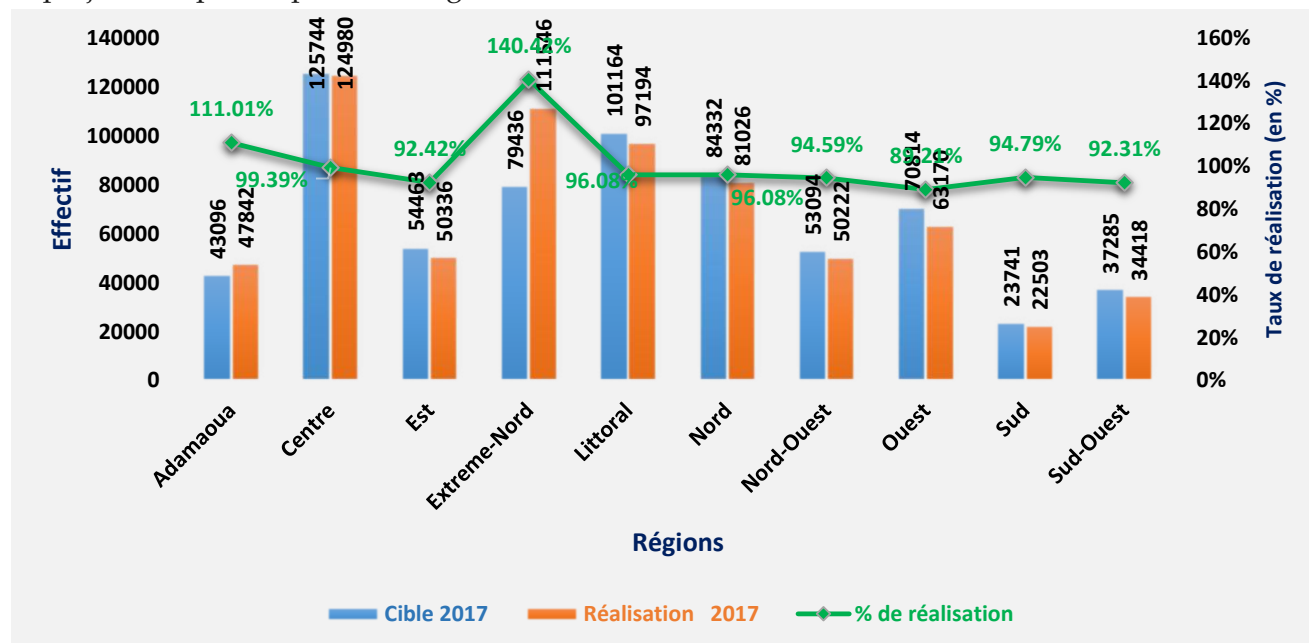


Figure 10 : Performance des régions pour l'indicateur PMTCT-1 au 31 décembre 2017.

Performance PMTCT-2 : Nombre de femmes enceintes séropositives au VIH ayant reçu des antirétroviraux dans le but de réduire le risque de transmission de la mère à l'enfant

La cible nationale n'a pas été atteinte. En effet, moins de femmes enceintes séropositives ont été mises sous TARV en 2017 (figure 9) par rapport à 2016 où le programme avait réussi à mettre sous traitement ARV 24 074 FEC VIH+. Depuis les trois derniers semestres, la couverture programmatique nationale en ARV chez les FEC ne cesse de s'améliorer atteignant les 99% dans les régions de l'Adamaoua, de l'Ouest. Cela voudrait dire que les problèmes identifiés en rapport à la non atteinte de la cible sont liés à : (1) une surestimation de la cible de FEC en besoin de PTME dans le logiciel des estimations "SPECTRUM"; (2) Dans les régions avec des problèmes sécuritaires (Extrême-nord, Nord-Ouest et Sud-Ouest), les difficultés d'approvisionnement en ARV dans les sites PTME situés dans les DS éloignés ou en zone d'insécurité (kolofata, Mada, Kousseri, Makari, Moloundou, Yokadouma) contribuent aux ruptures artificielles en ARV; (3) la perte/disparition de certaines FEC dépistées VIH+ du circuit de prise en charge du fait que certaines FOSA sont réticentes à mettre les FEC sous Option B+, préférant les référer (Sud-Ouest) ou encore du fait de leur déplacement vers les zones de sécurité Nigéria, Tchad, etc ; (4) Dans la région du Centre, l'incomplétude des données de PEC des FEC VIH+ dans le système de reporting du programme. Les facteurs qui ont contribué à l'atteinte de ce résultat surtout dans les régions qui ont eu une bonne couverture programmatique sont les suivants : (1) une disponibilité

permanente des ARV (TDF/3TC/EFV) aux niveaux des FRPS, de la CENAME et des sites à grand volume. (2) Par ailleurs, le travail des APS Pédiatriques, qui recherchent les femmes enceintes VIH+ sous TARV perdus de vue, a contribué à la mise sous traitement les FEC VIH+ grâce à leur implication dans la distribution des ARV et le suivi des intrants dans leur FOSA. (3) Aussi, l'amélioration de la complétude des données PTME entre 2016 et 2017 sur le plan national. Des efforts restent à faire pour améliorer cet indicateur notamment dans: - le renforcement de l'approche communautaire afin d'améliorer la fréquentation en CPN et ainsi la rétention des FEC VIH+ à travers de l'utilisation des acteurs communautaires (APS) pour le suivi de cohorte et couple mère-enfant; - l'amélioration de la disponibilité des intrants au niveau des sites Option B+ par le GTR à travers les ECD des D.S et la mise en place des plates-formes au niveau des districts en matière de gestions des intrants pour limiter les effets des ruptures dans les FOSA; - le suivi des activités et des résultats des APS Pédiatriques au travers des supervisions formatives et des réunions de coordination régionales avec les APS; - la mise à disposition des outils (registre TARV et dispensation) dans la totalité des sites Option B+ et leur enregistrement dans le système de reporting du programme (DHIS2); - les missions de tutorat et d'accompagnement des sites qui sont réticents à la mise en œuvre de l'option B+.

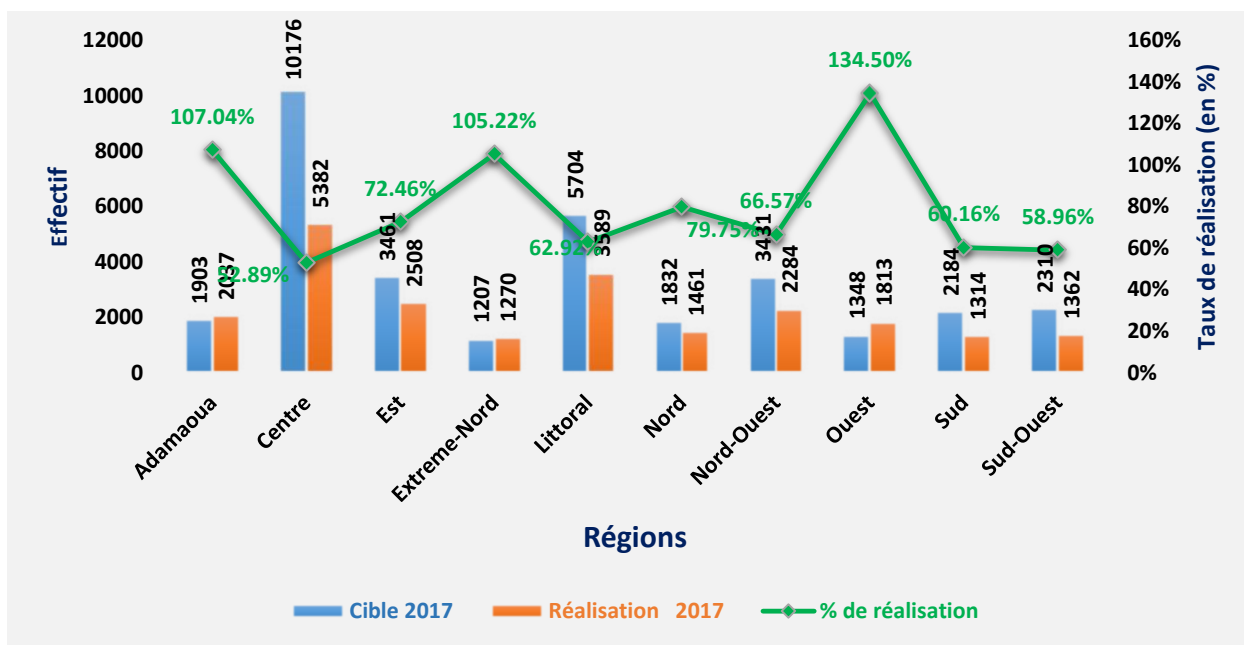


Figure 11 : Performance des régions pour l'indicateur PMTCT-2 au 31 décembre 2017.

Performance PMTCT-3: Nombre de nourrissons, nés de femmes infectées par le VIH, ayant bénéficié d'un dépistage du VIH dans les 2 mois qui ont suivi leur naissance

La cible nationale n'a pas été atteinte. Toutefois, le nombre d'enfants ayant bénéficié d'un dépistage du VIH par PCR a augmenté entre 2016 et 2017 soit 12 442 à 15 951 enfants exposés testés à 6 Semaines de vie. Globalement, toutes les régions ont progressé dans leur performance pour cet indicateur.

Des insuffisances qui ont empêché l'atteinte de la cible sont à relever : - Une proportion très élevée (environ 50%) des accouchements à domicile des mères VIH+ ne facilite par le suivi des enfants exposés nés de ces mères ainsi que le prélèvement pour la PCR; - Une insuffisance d'actions communautaires pour le suivi de la cohorte mère VH+ et enfant

exposé pour le rendez-vous de PCR et la Consultation Post-natale ; - Une insuffisance quantitative en prestataires formés pour le prélèvement DBS dans les FOSA surtout dans les régions de l'Extrême-nord, du Sud-Ouest; - Une couverture géographique insuffisante en sites de prélèvements DBS dans les régions (il existe encore des DS sans sites DBS - Littoral et Extrême-nord - Ngambe, Dibombari, et des DS avec des sites dormants); - Une insuffisance quantitative en laboratoires de référence pouvant réaliser le diagnostic précoce de l'enfant par PCR; - Le fonctionnement approximatif du système de transport des DBS surtout dans les DS ruraux; Plusieurs approches ont été mises en place et ont permis d'avoir ces résultats, ce

sont : - L'augmentation considérable du nombre de sites de prélèvements par rapport à 2016, associée au renforcement des capacités des prestataires au prélèvement DBS dans certaines régions telles que le Nord, le Sud, l'Adamaoua, le sud-ouest. - L'utilisation des APS comme dans la région de l'Ouest, pour aider à la remontée des prélèvements DBS des sites vers la région et faire la promotion du dépistage du VIH à nos cibles y compris les mères VIH+; - La disponibilité des kits de prélèvements DBS sur site au niveau national ainsi que des réactifs dans les laboratoires; - La mise en fonction des POC EID dans 4 régions (Centre, Littoral, Sud-Ouest et Nord-Ouest) depuis le mois de décembre 2016 pour pallier au long délai de rendu des résultats; - L'amélioration de l'organisation du transport des DBS dans la plupart des régions (DS urbains). Actions à entreprendre pour améliorer les performances futures:-

S'appuyer sur la communauté (ASC formés, APS Pédiatriques etc...) dans les zones où la fréquentation en CPN est faible pour la mobilisation des mères VIH+ à l'accouchement en FOSA; - Poursuivre la formation des prestataires des sites en prélèvement DBS surtout à l'Extrême-Nord ; - Collecter l'information sur site au niveau de toutes les portes d'entrée (Laboratoire, CPN, Maternité, etc...); - Doter les 6 autres régions de POC EID, faire une cartographie des POC EID dans les 10 régions afin de mieux les redistribuer sur la base des besoins et faire fonctionner ceux-ci de façon optimale dans certaines régions (Extrême-nord, Est, Ouest, Sud) avec l'appui des partenaires; - Travailler avec les DS pour adapter le système de transport des DBS à chaque environnement (DS) et non plus proposer un seul modèle pour tous les DS.

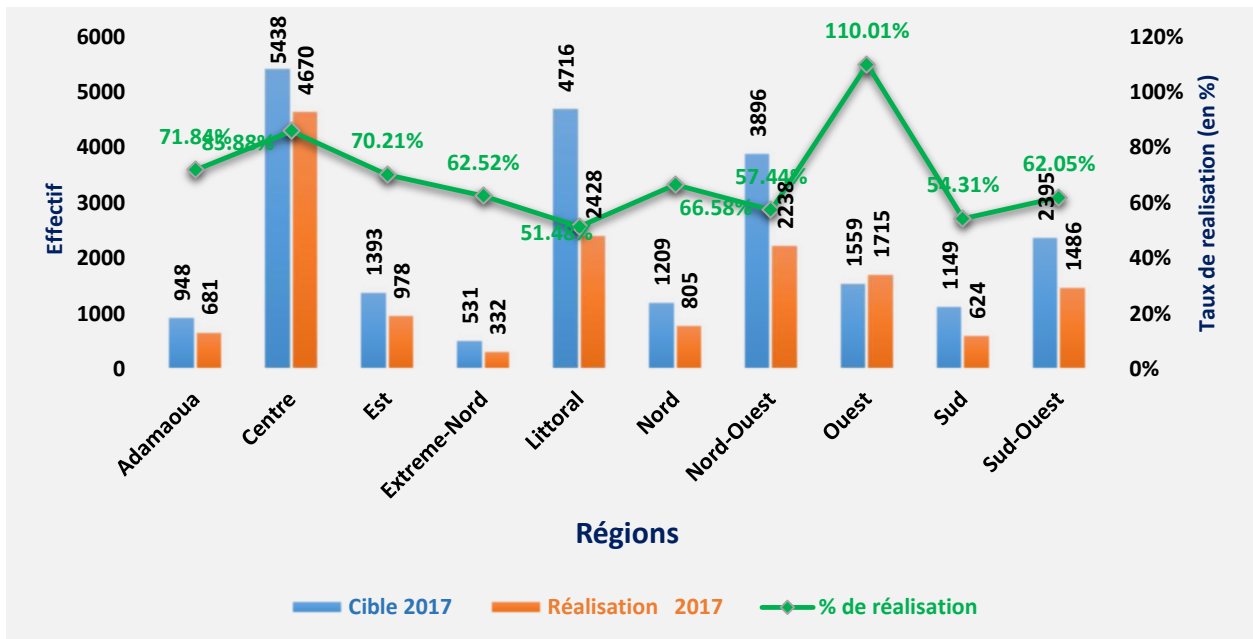


Figure 12 : Performance des régions pour l'indicateur PMTCT-3 au 31 décembre 2017.

Performance TCS-1 : Nombre d'adultes et d'enfants bénéficiant actuellement d'un traitement antirétroviral sur l'ensemble des adultes et des enfants vivant avec le VIH

La cible n'a pas été atteinte au niveau national. 253343 PVVIH sont actuellement sous traitement ARV, soit un taux de réalisation de 98,24% de la cible de 257871 attendu. La file active des patients sous TARV a augmenté de 47984 en 2017 en nette amélioration par rapport à 2016 où elle s'était accrue de 36951. Cette performance est croissante dans toutes les régions en comparaison avec 2016. 77580 PVVIH ont été nouvellement enrôlées en 2017, soit en moyenne de 6500 patients par mois entre ; toutefois, le programme de prise en charge a enregistré des déperditions de l'ordre de 17 000 patients sous ARV dans la file active sur la période.

Les actions entreprises pour permettre d'augmenter la couverture ARV chez les PVVIH sont :

- La collecte des données de PEC Globale dans tous les sites option B+ pour les intégrer au système de reporting national (DHIS) ;

- L'activité de recherche des PDV dans les 10 régions ;

- Le suivi du "Linkage" entre le dépistage et la mise sous traitement dans les formations sanitaires et en communauté (Unité Mobile) avec l'appui des APS;

- La disponibilité permanente et en quantité suffisante des ARV adultes et pédiatriques dans les régions / sites de prise en charge avec une file active importante ;

- La détection et l'enrôlement de plus de nouveaux cas de VIH en communauté et particulièrement dans les formations sanitaires (sites PTME) dans le système de reporting de PECG ;

- Le suivi de la mise en œuvre de la stratégie « *Test and Treat* » à travers le tutorat, le coaching des sites, les supervisions ;

- La limitation/réduction des absents et perdus de vue au traitement grâce à l'action des APS qui ont un rôle à jouer dans l'amélioration de la rétention dans les structures de prise en charge;

- L'augmentation et la mise à contribution des APS, dans les sites de prise en charge VIH et sites PTME, ayant un rôle à jouer dans l'amélioration de la rétention ;

- La création de nouvelles unités de prise en charge VIH et/ou l'ouverture de points de dispensation avancées des ARV dans les zones à accès routier difficile, dans les districts de santé ne disposant pas d'UPEC et accueillant des réfugiés ;

- L'accompagnement des UPEC/CTA, notamment celles nouvellement créées par les équipes régionales (partenaires, GTR, DRSP...).

Malgré ces approches, il existe des difficultés dans la mise en œuvre qui freine le passage à échelle pour une couverture ARV plus importante: (i) la non intégration de la totalité des données de dispensation des ARV des femmes enceintes dans les

données de la file active (Exemples des Régions du Centre); (ii) le maintien de l'offre de TAR aux PVVIH dans les districts en zone d'insécurité à l'Extrême Nord, au Nord-Ouest et au Sud-Ouest, les districts accueillant les réfugiés, les districts en zone frontalière (Sud, Nord, Est); (iii) Stratégies de "contact tracing" insuffisamment mises en œuvre dans les sites de PEC VIH pour aider à recruter plus de partenaires de femmes enceintes séropositives et leurs enfants et les cas index ; (iv) l'existence des barrières financières ou autres à l'enrôlement et au bon suivi des PVVIH.

Actions à entreprendre pour maintenir les acquis et booster les performances :

- Développer et mettre en œuvre des Stratégies de dépistage plus ciblé particulièrement le "contact tracing" à mettre en œuvre dans toutes les régions ;

- Améliorer la rétention sous ARV dans les sites identifiés avec rétention inférieur 70% en mettant à contribution les APS et les responsables des FOSA dans l'organisation et le suivi des soins offerts aux PVVIH ;

- Dans la région du Centre, où la fiche de synthèse de la PECG n'est pas encore intégrée dans tous les sites PTME Option B+

non UPEC, former le personnel (chargés de données) à la tenue des registres TARV et fiches de synthèse mensuelle de PEC Globale afin d'obtenir des données de qualité et d'intégrer les FEC VIH+ sous ARV dans la file active; (Formation sur site au travers des supervisions ou autres...);

- Poursuivre la mise à disposition des outils de collecte de données dans la totalité des sites Option B+ non UPEC;

- Créer de nouveaux sites / points de dispensation des ARV en stratégie avancée afin de rapprocher les services des populations VIH dans le besoin et accroître la couverture en PECG ;

- Poursuivre la sensibilisation / information des prestataires pour le respect et à l'application effective des nouvelles orientations ministérielles sur la prise en charge des personnes vivant avec le VIH, notamment le "*Test and Treat*" et la "Dispensation communautaire des ARV" ;

- Utiliser les PF PTME, les APS, les ACRR des districts de santé pour la remontée des données des sites PTME non UPEC vers les régions (CE, SW, OU).

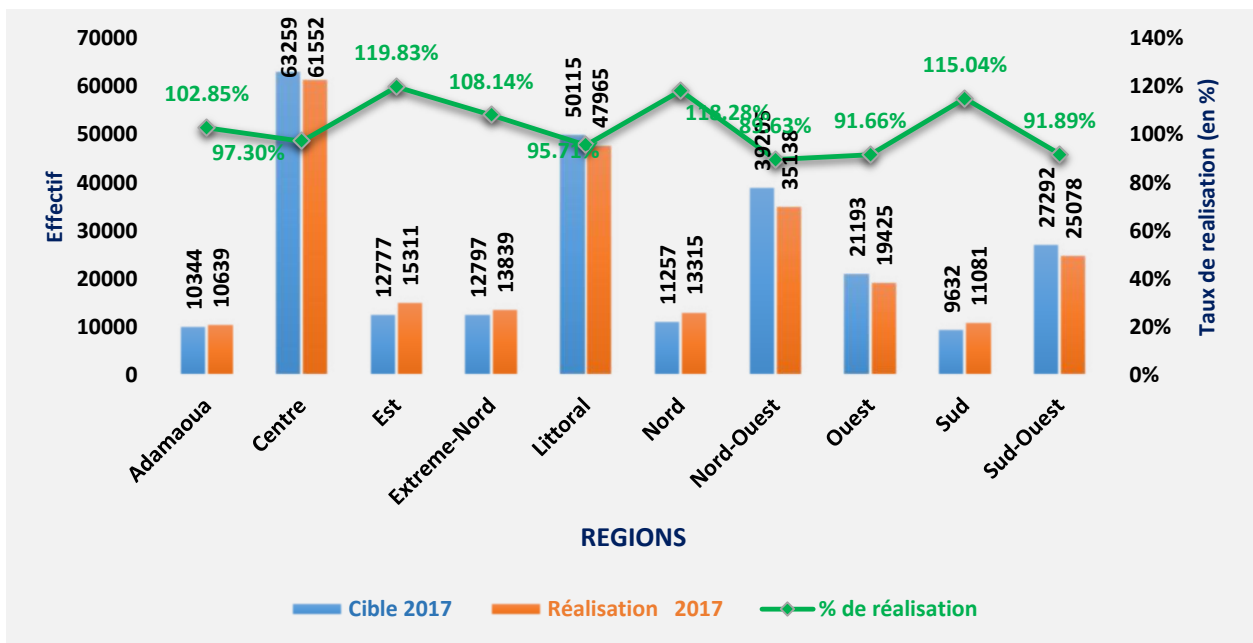


Figure 13 : Performance des régions pour l'indicateur TCS-1 au 31 décembre 2017.

Performance TB/HIV 3: Pourcentage de patients séropositifs au VIH qui ont fait l'objet d'un dépistage de la tuberculose dans des structures de soins ou de prise en charge du VIH

Cet indicateur n'a pas été atteint. La recherche de la tuberculose a été documentée chez 68,7% des patients séropositifs reçus dans les structures de prise en charge. ce qui représente un taux de réalisation de 70,0% Cette performance est en régression par rapport à 2016 où le programme a atteint 73% de taux de réalisation. Cette performance est encore en deçà des 95% de patients attendus.

Cette performance s'explique principalement par l'inadéquation entre la méthode de collecte de cet indicateur et les stratégies en place dans les formations sanitaires. En effet, la plupart des formations sanitaires à grande file active dans les 10 régions observent déjà la dispensation multi mois aux patients stables et ceux en zones

enclavées, cela ne permet pas de tous les comptabiliser lors du rapportage à un mois précis. Par ailleurs, les sites PTME Option B+ ne sont pas encore toutes outillés pour le screening de la tuberculose chez les femmes enceintes VIH+, par conséquent ne rapporte pas cet indicateur. Les résultats obtenus sont une contribution de plusieurs stratégies : - L'harmonisation de la compréhension de l'indicateur par les acteurs (ACRR, prestataires de santé) sur le terrain au travers des réunions de coordination, des supervisions, des réunions de validation des données ; - L'harmonisation de la méthode de collecte de l'information dans l'ensemble des sites où cet indicateur est collecté ; - L'affichage dans les UPEC de l'algorithme de recherche clinique de la tuberculose. Actions à entreprendre pour améliorer le résultat:-

Continuer avec les actions en cours dans toutes les régions; - Redéfinir la méthode de collecte de cet indicateur; - Mise à disposition des registres TARV, des fiches de synthèse de prise en charge globale du VIH et des algorithmes de recherche clinique de la tuberculose dans tous les sites PTME Option

B+ et dans toutes les UPEC; - Continuer la supervision formative des ACRR et des prestataires des sites Option B+ pour améliorer la collecte de cet indicateur.

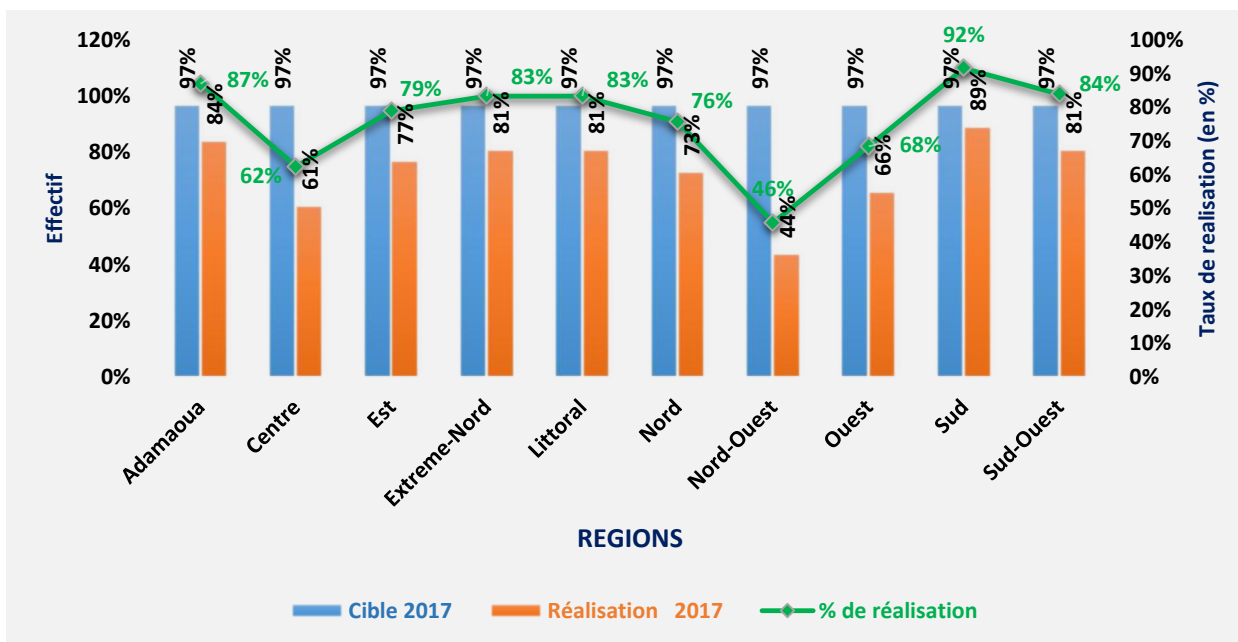


Figure 14 : Performance des régions pour l'indicateur TB/HIV-3 au 31 décembre 2017.

SITUATION DES INTERVENTIONS COMMUNAUTAIRES POUR LA LUTTE CONTRE LE VIH

La stratégie communautaire intégrée mise en œuvre par les ASC a pour objectif de faire en communauté la promotion des services de santé disponibles dans les formations sanitaires ;

La dispensation communautaire des ARV avec pour objectif de désengorger les FOSA à grand volume de file active pour améliorer la rétention des PVVIH sous traitement et diminuer le nombre de perdus de vue au traitement ;

Les APS dont l'objectif est de rechercher les perdus de vue au traitement et promouvoir le dépistage du VIH et la mise sous traitement, et d'apporter un soutien psychosocial et nutritionnel aux patients.

72 OBC sur les 73 prévues ont été recrutées et contractualisées entre 2016 et 2017 ;

Toutes les 72 OBC sous contrat ont effectivement démarré leurs activités.

La file active orientée dans les OBC est passée de 913 en 2016 à 7635 au 31 décembre 2017 patients au 31 décembre 2017 sur les 11701 de la file active attendue (soit 65,25%), soit 3,3 % de la file active nationale.

Sur les 11700 PVVIH attendus dans les OBC, 7635 ont été enregistrées, ce qui fait un taux de 65,3% de PVVIH.

Au cours de l'année 2017 seules deux régions ont pu atteindre et dépasser la cible, il s'agit de la région de l'Est et celle de l'Extrême-nord.

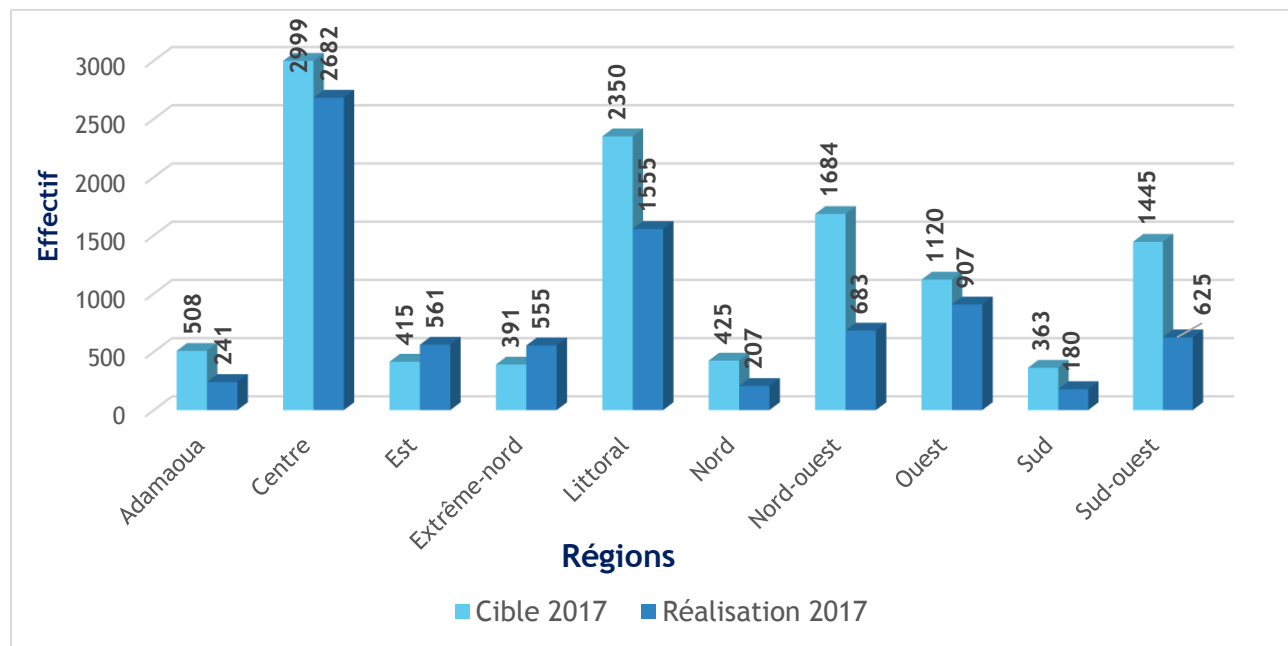


Figure 15 : Performance dans la prise en charge globale selon chaque région en 2017.

Remerciements

Nos remerciements s'adressent particulièrement au :

- **GTR EST** : Dr BALEBA, M. KOUMBIA Cyrille, M. BAOSSAS OLINGA Valéry
- **GTR OUEST**: Dr MORFAW Christian, M. WAWO SNAYEUL Denis, M. YOUM Eric
- **GTR NORD** : Dr DJAMILATOU LEILA, M. KAMENI Pierre, M. TADAMOU Simon
- **GTR EXTREME-NORD** : Dr SADOU, M. NDAYEU NDJONWO Georges, M. AHMADOU MOUYIBE Fayçal
- **GTR ADAMAOUA** : Dr SIAHEU KAMENI Bibiane, M. KEGUE Alberto, M. HAIWA NANKAMLA
- **GTR SUD** : Dr ABO'O ABESOLO Stéphanie Lynda épouse TIGYO, M. ANKAN Rodrigue, M. MVILONGO MESSI Antoine Renaud
- **GTR CENTRE** : Dr ZEH Albert, M. TSIMI EWODO Janvier Marcelin, M. Augustin AWE Jean Louis
- **GTR SUD - OUEST** : Dr NLEND BATAM Noé Sylvain, Mme. NANKIA DJOUMETIO épouse NANA TOMEN Sandrine, M. EBONGUE Lionel Junior
- **GTR littoral** : Dr Victorine Noëlle Nicole YONGUI née NGO NTAMACK M. MINKEMDEFO TEKOUANG Blaise-Dupont, M. TAGNE TAMO Firmin
- **GTR Nord-Ouest**: Dr TAYONG ENIH Fosah Gladys, M. TEDONGMO GUENGANG Martial, M. NDANGA BEKOMBO Daniel