

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
PAIX-TRAVAIL-PATRIE

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

CABINET DU MINISTRE

UNITE DE COORDINATION DES SUBVENTIONS DU
FONDS MONDIAL ET DES PARTENAIRES DE LA LUTTE
CONTRE LE SIDA, LA TUBERCULOSE ET LE PALUDISME

COMITE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA

GROUPE TECHNIQUE CENTRAL

SECRETARIAT PERMANENT



REPUBLIC OF CAMEROON
PEACE - WORK - FATHERLAND

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

MINISTER'S OFFICE

COORDINATION UNIT OF THE GLOBAL FUNDS
AND PARTNERS GRANTS FOR FIGHT
AGAINST AIDS, TUBERCULOSIS AND MALARIA

NATIONAL AIDS CONTROL COMMITTEE

CENTRAL TECHNICAL GROUP

PERMANENT SECRETARIAT

RAPPORT DE PROGRES PTME N° 14

Année 2020

Table des matières

LISTE DES ABRÉVIATIONS, ACRONYMES ET SIGLES	3
LISTE DES TABLEAUX	6
LISTE DES GRAPHIQUES	7
RÉSUMÉ DES PROGRÈS 2020	8
INTRODUCTION	9
I. Prévention primaire de l'infection à VIH chez les Femmes en Age de Procréer (FAP)	10
II. Prévention des grossesses non désirées chez les femmes VIH+	10
III. Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME)	12
III.1. Cascade PTME	12
Au niveau de l'identification des EE	14
Au niveau de la mise sous traitement prophylactique des EE	14
Au niveau de la mise sous traitement des EE identifiés positifs par examen de la PCR	14
III.2. Qualité des données PTME	15
III.3. Mobilisation des ressources	18
III.3.2.2 Cartographie des Agents de Santé Communautaires Polyvalents (ASCP)	29
III.3.2.3 Cartographie des Organisations à Base Communautaire (OBC)	31
III.4. Offre de services PTME	31
III.5. Demande des services PTME	33
III.5.2.1. Dépistage du VIH	36
III.5.2.2. Nombre de tests VIH réalisés (FEC/FA)	38
III.5.2.3. Dépistage de la syphilis	38
III.5.2.4 Femmes enceintes VIH+	40
Femmes enceintes déjà connues VIH+	40
Femmes enceintes identifiées VIH+.....	41
III.5.2.5 Taux de séropositivité du VIH chez la femme enceinte	42
III.5.2.6 Dépistage du VIH chez les partenaires des femmes enceintes	44
III.5.3 Couverture programmatique en ARV chez les FEC/FA VIH+	47
Femmes enceintes nouvellement mises sous ARV	51
Femmes enceintes déjà sous ARV	53
Résumé du Gap	53
III.6 Activités communautaires de la PTME	64
Faiblesses liées au système de santé	84
Faiblesses liées aux acteurs communautaires	85
Faiblesses liées aux bénéficiaires.....	86
IV Perspectives	92
V CONCLUSION	93
VI ANNEXES	94

LISTE DES ABRÉVIATIONS, ACRONYMES ET SIGLES

APS	Accompagnateur psycho-social
ARV	Antirétroviral
ASAD	Association d'Assistance Au Développement
ASCP	Agent de Santé Communautaire Polyvalent
CAMNAFAW	Cameroon National Association for Family Welfare
CARE	Cooperative for Assistance and Relief Everywhere
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CIS	Cellule d'Information Sanitaire
CIRCB	Centre International de Référence Chantal Biya
CMA	Centre Médical d'Arrondissement
CNLS	Comité National de Lutte contre le Sida
COC	Conseil dépistage Orienté vers les Couples
CPN	Consultation Prénatale
CPN 1	Première Consultation Prénatale
CPN3/4	Consultation Prénatale Troisième et Quatrième
CPON	Consultation Post Natale
CRESAR	Centre de Recherche pour la Santé des Armées
CRS	Catholic Relief Services
CSI	Centre de Santé Intégré
CTX	Cotrimoxazole
CV	Charge Virale
DBS	Dry Blood Spots
DHIS	District Health Information System
DLMEP	Direction de la Lutte contre la Maladie, les Epidémies et les Pandémies
DOSTS	Direction de la Lutte contre la Maladie, les Epidémies et les Pandémies
DROS	Direction de la Lutte contre la Maladie, les Epidémies et les Pandémies
DSF	Direction de la Santé Familiale
DS	District de Santé
EE	Enfant Exposé
EGPAF	Elizabeth Glaser Pediatric Aids Foundation
EID	Early Infant Diagnostic
e-TME	élimination de la Transmission de la Mère à l'Enfant
ETP	Education Thérapeutique
FA	Femme allaitante
FAP	Femme en Age de Procréer
FEK	Femme enceinte
FM	Fonds Mondial de lutte contre la Tuberculose, le VIH/Sida et le Paludisme
FOSA	Formation Sanitaire
FRPS	Fonds Régional de la Promotion de la Santé

GTC	Groupe Technique Central du Comité National de Lutte contre le Sida
GTR	Groupe Technique Régional de Comité National de Lutte contre le Sida
GTSE	Groupe Technique de travail Suivi Evaluation
HR	Hôpital Régional
HRA	Hôpital Régional Annexe
IRESCO	Institut pour la Recherche, le Développement Socio-Economique et la Communication
ISDC	Interventions et Sous Directives Communautaires
M2M	Mère Mentors
MC-CCAM	Malaria consortium-Cameroon Coalition Against Malaria
MINSANTE	Ministère de la Santé Publique
NEID	National Early Infant Diagnostic Mutenguene
NO	Nord-Ouest
NOLFOWOP	No Limit for Woman Project
NOSO	Nord-Ouest/ Sud-Ouest
NVP	Névirapine
OBC	Organisation à Base Communautaire
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Organisation des Nations Unies pour la lutte contre le VIH/Sida
OSC	Organisation de la Société Civile
PCR	Polymérase Chain Reaction
PDV	Perdu De vue
PEC	Prise En Charge
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief
PF	Planning Familial
POC	Point Of Care
PSN	Plan Stratégique National de lutte contre le VIH, le SIDA et les IST
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PTME	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
PvVIH	Personne vivant avec le VIH
SA	Salle d'accouchement
SMNI	Santé Maternelle Néonatale et Infantile
SO	Sud-Ouest
SR	Santé de reproduction
SRMNI	Santé de Reproduction Maternelle Néonatale Infantile et Adolescent
TARV	Traitement Anti-rétroviral
TBRL-Bamenda	Tuberculosis Reference Laboratory Bamenda
TME	Transmission du VIH de la mère à l'enfant
UNHCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés
UNICEF	United Nations Children's Funds

USAID United State Agency for International Development
VAD Visite à Domicile
VBG Violence Basée sur le Genre
VIH Virus de l'Immunodéficience Humaine
Nbrs Nombres

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Couverture en méthode de planning familial des femmes VIH+ en postpartum

Tableau 2 : Complétude et promptitude des données PTME par région

Tableau 3 : Récapitulatif des interventions menées par les partenaires d'implémentation dans la PTME

Tableau 4 : Répartition du nombre de FEC VIH+ et enfants exposés suivis par APS par région

Tableau 5 : Cartographie des ASCP fonctionnels et populations couvertes

Tableau 6 : Cartographie des OBC par région

Tableau 7 : Répartition des FOSA offrant les services de PTME par région (DS, FOSA et OBC)

Tableau 8 : Répartition des sites DBS et EID/POC par région

Tableau 9 : Dépistage du VIH chez les femmes enceintes par région

Tableau 10 : Dépistage de la syphilis chez la femme enceinte VIH+

Tableau 11 : Taux de séropositivité des femmes enceintes par région en 2020

Tableau 12 : Couverture en ARV des FEC VIH+, 2020

Tableau 13 : Couverture en INH des FEC VIH+ nouvellement initiées aux ARV par région en 2020.

Tableau 14 : Répartition du nombre d'accouchement des FEC VIH+ dans la FOSA et hors de la FOSA par région en 2020

Tableau 15 : Couverture en ARV du couple mère-enfant en 2020.

Tableau 16 : Couverture en Cotrimoxazole chez l'enfant exposé, 2020.

Tableau 17 : Couverture en offre de PCR chez l'enfant exposé, 2020

Tableau 18 : Matrice des intervenants et interventions communautaires de la PTME

Tableau 19 : Synthèse annuelle des activités mises en œuvre dans la PTME communautaire au cours de l'année 2020

Tableau 20 : Propositions de solutions aux Faiblesses de la PTME liées au Système de santé en 2020

Tableau 21 : Propositions de solutions aux Faiblesses de la PTME liées aux acteurs communautaires en 2020

Tableau 22 : Propositions de solutions aux Faiblesses de la PTME liées aux bénéficiaires en 2020

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Cascade Mère, 2020

Graphique 2 : Cascade Enfants Exposés, 2020

Graphique 3 : Complétude des données PTME, 2020.

Graphique 4 : Promptitude des données, 2020.

Graphique 5 : Couverture de la CPN par région entre 2018 et 2020s

Graphique 6 : Evolution du pourcentage de femmes enceintes connaissant leur statut VIH entre 2014 et 2020.

Graphique 7 : Comparaison entre 2019 et 2020 du nombre de FEC VIH+ identifiées en fonction des portes d'entrées

Graphique 8 : Evolution du taux de séropositivité chez la femme enceinte au cours des 10 dernières années

Graphique 9 : Evolution de la couverture programmatique en ARV des FEC VIH+ par région entre 2018 et 2020.

Graphique 10 : Evolution de la couverture programmatique en ARV des femmes enceintes nouvellement testées VIH+ entre 2015 et 2020.

Graphique 11 : Couverture en TARV chez les femmes enceintes nouvellement initiées VIH+

Graphique 12 : Gap programmatique en ARV entre 2018 et 2020

Graphique 13 : Pourcentage de femmes enceintes n'ayant pas commencé la CPN référées et reçues à la FOSA

Graphique 14 : Pourcentage d'enfants nés en communauté référés et reçus dans la formation sanitaire

Graphique 15 : Pourcentage de femmes enceintes n'ayant pas commencé la CPN référées et reçues à la FOSA

Graphique 16 : Pourcentage d'enfants nés en communauté référés et reçus dans la formation sanitaire

RÉSUMÉ DES PROGRÈS 2020

La PTME demeure un problème de santé publique au Cameroun. Dans le plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2021-2023, l'objectif visé est de réduire à moins de 2% à 6 semaines et à moins de 5% à 18 mois la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (TME). Dans le but d'atteindre cet objectif, les services PTME ont été étendus dans 5303 formations sanitaires sur 6148, soit une couverture géographique de 86,3% en 2020 comparativement à 2019 où on avait 5143 formations sanitaires sur 6228 offrant les services PTME soit 82,6%. Depuis la mise en place du « Test and Treat », la couverture en PTME est passée de 82,6% en 2013 à 86,3% en 2020. Au total, 20 852 (79,7%) femmes enceintes ont été identifiées VIH+ en CPN et en salle d'accouchement. Parmi ces femmes enceintes VIH+ identifiées, 16 731 soit 80,2% ont été mises sous traitement en 2020. Comparativement à l'année antérieure, on note une baisse significative dans la mise sous TARV des FEC VIH+ (84,5%), malgré la mise en œuvre de la gratuité des services offerts aux Personnes vivant avec le VIH (PvVIH) en général et aux femmes enceintes VIH+ en particulier. La chimio prophylaxie antituberculeuse par l'INH (TPI) réduit le risque de tuberculose chez les PvVIH d'au moins 60%. En 2020, 848 FEC VIH+ nouvellement initiées aux ARVs sur 7603 ont bénéficié de la chimio prophylaxie à l'isoniazide, soit une couverture de 4,1%. Malheureusement ces données n'avaient pas été prises en compte en 2019. Malgré la disponibilité de la Névirapine sirop (NVP) pour la prophylaxie des Enfants Exposés (EE), on note une baisse de la couverture en ARV prophylactique qui est passée de 87,2% (13251) en 2019 à 85% (12 041) en 2020. Par ailleurs, au 31 décembre 2020, 14 137 EE ont été identifiés et les données collectées auprès des laboratoires accrédités et des Points Of Care (POC) ont permis de révéler que 13 777 EE ont été dépistés au cours de l'année 2020 soit une couverture de 97,45% comparativement à 2019 qui était de 98,5%. 589 EE ont été diagnostiqués positifs au VIH, soit une séropositivité pour la PCR de 4,3%, parmi lesquels 368 (62,5%) ont été initiés au TARV.

INTRODUCTION

La Prévention de la Transmission Mère Enfant (PTME) du VIH au Cameroun, est intégrée à la Santé de Reproduction Maternelle Néonatale Infantile et Adolescent (SRMNIA) et offre un paquet de services intégrés au cours des activités de consultation prénatale, d'accouchement et de suivi post-natal du couple mère et enfant. Ce paquet de services comprend : le dépistage ciblé et le counseling du VIH (pour les Femmes Enceintes (FEC) / Femmes Allaitantes (FA), les enfants et leurs partenaires), la mise sous traitement antirétroviral pour les FEC/FA, leurs enfants et leurs partenaires dépistés positifs au VIH, la prophylaxie au Cotrimoxazole, les conseils pour l'accouchement à moindre risque et la prise en charge des EE en per et en post partum (ARV prophylactique, diagnostic précoce).

D'après le cadre de performance du PSN 2018-2022 et les données du Spectrum, les objectifs suivants sont visés dans la PTME :

- Prendre en charge 26176 femmes enceintes VIH+ (Spectrum, 20) ;
- Mettre sous ARV 32837 FEC VIH+ (cadre de performance) ;
- Offrir la prophylaxie à la NVP à 100% d'Enfants Exposés (EE) ;
- Assurer l'accès au diagnostic précoce à 28245 enfants exposés (cadre de performance)

Sur la base des données de la CIS et du DHIS2 le programme PTME en 2019 rend compte des résultats suivants : 785253 FEC ont été reçues en CPN ; 709016 FEC ont été testées ; 20852 FEC ont été dépistées positives au VIH ; 16731 FEC ont été mises sous ARV ; 12041 EE ont été mis sous NVP ; 13777 EE ont bénéficié d'une PCR.

L'élimination de la TME du VIH passe par la mise en œuvre des approches innovantes qui englobent les quatre piliers ci-dessous :

- Prévention primaire de l'infection à VIH chez les Femmes en Age de Procréer (FAP) ;
- Prévention des grossesses non désirées chez les femmes VIH+ ;
- Prévention de la TME du VIH ;
 - Offrir le dépistage du VIH à toutes les femmes enceintes/allaitantes, à leurs partenaires masculins et à leurs familles ;

- Offrir aux nouveau-nés des mères VIH+ la prophylaxie ARV selon le protocole national ainsi que des conseils sur son alimentation ;
- Offrir un dépistage précoce du VIH à tous les enfants nés des mères VIH+ selon le protocole national.
- Soins, traitement et soutien pour les femmes vivant avec le VIH, leurs enfants et leurs familles.
 - Offrir le traitement ARV à toutes les femmes enceintes/allaitantes VIH+, à leurs partenaires et à leurs familles si nécessaire selon le protocole national.

I. Prévention primaire de l'infection à VIH chez les Femmes en Age de Procréer (FAP)

Les activités de conseil et dépistage du VIH et de communication pour le changement de comportement (CCC) ont été mises en œuvre dans le cadre de la prévention primaire de l'infection à VIH. Ainsi, le conseil et dépistage ont été offerts aux FAP (15-49 ans) et leurs partenaires sexuels. Les données relatives à cette intervention sont généralement captées par les outils de collecte mis à disposition auprès des prestataires de soins. Ainsi, chez Les Partenaires des Femmes Enceintes (PFEC), le taux de séropositivité était de 2,8 % (851/30 222) en 2020. En effet, 30 222 PFEC ont réalisé leur test de dépistage du VIH représentant une proportion de 4,3 % des femmes enceintes dépistées et 3,2 % des femmes enceintes attendues. Ce taux est en baisse par rapport à celui de 2019 qui était de 3,8% (1 102/28 691).

Plusieurs FAP ont été conseillées et dépistées mais les données des Femmes en Age de Procréer (FAP) n'ont pas été captées par les outils de collecte primaires et secondaires. Il serait important de désagréger les données sur le conseil et dépistage offerts à la population générale.

II. Prévention des grossesses non désirées chez les femmes VIH+

En 2020, l'OMS recommandait l'intégration des services de santé sexuelle et reproductive y compris la contraception dans les services de lutte contre le VIH. La planification familiale est une stratégie assez importante pour le suivi des femmes vivant avec le VIH. Elle est essentielle pour :

- Offrir aux femmes et à leurs partenaires le choix en matière de procréation et les aider à réaliser leurs intentions en matière de fertilité ;

- Réduire les grossesses non désirées ;
- Réduire les décès maternels (y compris ceux liés au VIH) ;
- Réduire les nouvelles infections pédiatriques au VIH (en réduisant la TME) ;
- Favoriser une conception et une grossesse à moindre risque ;
- Promouvoir la double protection (PF et IST) ;
- Contrôler l'épidémie mondiale de VIH.

Tableau 1 : Couverture en méthode de planning familial des femmes VIH+ en postpartum

Région	Nombre de FEC attendues VIH+	Nombre de FEC VIH+ identifiées	Nombre de FEC VIH+ sous TARV	Nombre de FEC VIH+ ayant accouché en FOSA et hors FOSA	Femmes VIH+ ayant débuté une méthode de planning familial en post partum	Couverture en méthode de planning familial des femmes VIH+ en post partum
Adamaoua	1 800	1 408	1393	1014	148	14,6%
Centre	6 709	5 448	4053	4925	662	13,4%
Est	3 323	2 515	1843	1234	505	40,9%
Extrême-Nord	1 478	1 190	993	794	135	17,0%
Littoral	4 811	3 718	2835	2903	367	12,6%
Nord	1 456	1 093	996	702	232	33,0%
Nord-Ouest	2 060	1 699	1328	1543	799	51,8%
Ouest	1,801	1 508	1447	1277	229	17,9%
Sud	1 045	868	825	686	99	14,4%
Sud-Ouest	1 692	1 405	1018	1435	400	27,9%
National	26 176	20 852	16731	16513	3576	21,7%

Source : Base de données du DHIS2/MINSANTE 2020

Le tableau ci-dessus révèle que la couverture en matière de planification familiale en période post-partum reste faible avec une moyenne nationale de 21,7%. Les disparités géographiques laissent apparaître que les régions du Nord-ouest (51,8%), l'Est (40,9%), Nord (33%) et du Sud-Ouest (27,9%), ont une performance supérieure à la nationale (21,7%). La région du littoral en 2020 a présenté une faible performance

(12,6%). Fort de ce constat il serait impératif d'offrir les soins intégrés VIH/ IST/ PF dans les services de planification familiale mais également rendre gratuit l'offre de service en matière de PF pour une prévention efficace des grossesses non désirées et de réinfection par l'usage des méthodes de PF combinées à l'utilisation du préservatif.

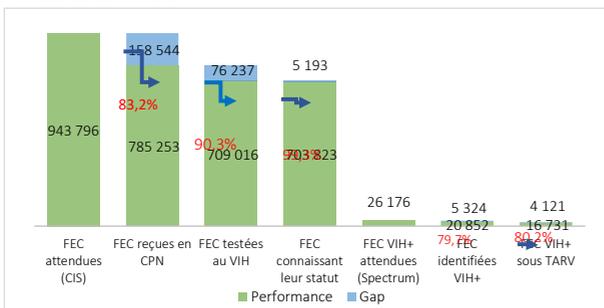
III. Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME)

La Prévention de la transmission mère enfant du VIH (PTME) est l'ensemble des interventions mis en place pour réduire la transmission du VIH/SIDA, de la syphilis et de l'hépatite virale B de la mère à l'enfant. Il s'agit d'une suite d'interventions en cascade, dont chaque étape dépend de la réalisation de la précédente. Le suivi de la mise en œuvre des activités de PTME permet d'apprécier les tendances de la cascade PTME.

III.1. Cascade PTME

L'analyse de la cascade PTME concerne aussi bien les interventions relatives à la mère qu'à l'enfant au cours de l'année 2020.

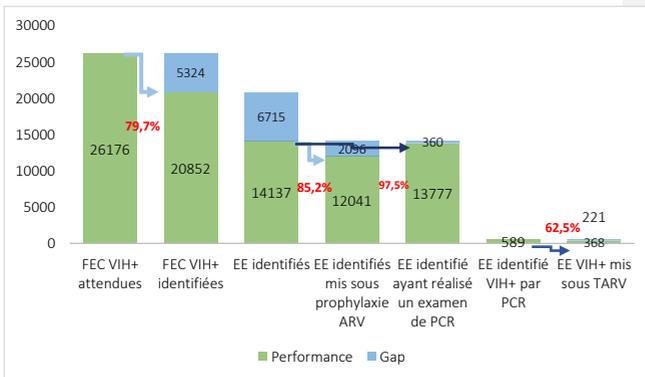
III.1.1. Cascade mère



Graphique 1: Cascade Mère, 2020.

Source : Base des données de la CIS et du DHIS2/MINSANTE, 2020.

Le graphique ci-dessus présente la cascade de prise en charge de la femme enceinte au cours de l'année 2020. L'analyse de ce graphique, révèle plusieurs gaps à combler notamment chez les FEC reçues en Consultations Périnatales (CPN) et Salle d'Accouchement (SA), les FEC testées au VIH et celles mises sous TARV. En effet, sur 943 796 FEC attendues (CIS, 2020), 785 253 FEC ont été reçues en CPN soit un taux de réalisation de 83,2% pour un gap de 16,8 % correspondant à 158 544 FEC non reçues. Parmi les FEC reçues (en CPN et SA), 90,3% ont été testées au VIH en 2020 soit un gap de 9,7% représentant 76 237 FEC non dépistées au cours de l'année. Concernant les FEC VIH+ identifiées, plusieurs stratégies mises en œuvre y compris la mobilisation communautaire ont permis d'identifier 20 852 parmi les 26 176 attendues selon les projections d'EPP SPECTRUM 2019 correspondant à une performance de 79,7%. Des FEC VIH+ identifiées, 16 731 ont été mises sous traitement soit une couverture programmatique de 80,2% en baisse comparativement à la performance de l'année antérieure (84,5%). Toutefois, il est important de relever que 49% (10 235/20 852) de ces femmes enceintes VIH+ étaient déjà de statut connu avant la CPN.



Graphique 2 : Cascade Enfants Exposés, 2020.

Source : Base des données DHIS2/MINSANTE, 2020.

III.1.2. Cascade enfant

Au Cameroun, le suivi de l'EE est un élément essentiel dans la PTME. Plusieurs interventions sont mises en œuvre dans les formations sanitaires et les OBC afin d'améliorer le suivi et la prise en charge des EE à l'instar du suivi rapproché par les APS pédiatriques, la disponibilité et la gratuité du traitement prophylactique et du diagnostic précoce.

L'analyse de la cascade des EE révèle que le taux de réalisation de la PCR chez les EE est satisfaisant. En effet, 14137 EE ont été identifiés au cours de l'année 2020 et 13777 ont réalisé au moins un examen de PCR, soit un taux de réalisation de 97,5%.

Cependant l'analyse de la cascade des EE révèle plusieurs faiblesses majeures :

Au niveau de l'identification des EE

Seuls 14137 EE ont été identifiés sur 20852 femmes enceintes VIH+. Soit une différence d'environ 6715 grossesses dont le devenir est inconnu. Ceci démontre plusieurs faiblesses notamment dans la capture de cet indicateur de performance. En effet, l'absence d'information ne permet pas d'affirmer si cette différence n'est due qu'à l'influence des accoucheuses traditionnelles ou des petits centres clandestins qui ne rapportent pas les données, au temps compris entre l'identification de la FEC VIH+ et la période d'accouchement, ou encore au devenir de la grossesse.

Au niveau de la mise sous traitement prophylactique des EE

Les données révèlent que seulement 12041 ont bénéficié du traitement prophylactique sur les 14137 identifiés soit une couverture programmatique en ARV pédiatrique prophylactique de 85,2%. Cette performance reste insatisfaisante et difficilement explicable du fait de la non notification de cas de rupture de stock de Névirapine au cours de l'année.

Au niveau de la mise sous traitement des EE identifiés positifs par examen de la PCR

Sur 589 EE identifiés VIH+ par PCR, seuls 368 ont été mis sous traitement. Ce qui correspond à une performance de mise sous traitement de 62,5% laissant ainsi, 221 enfants VIH+ (soit 37,5% des EE VIH+ identifiés). Ceci reste alarmant lorsqu'on sait d'après le rapport « **Start free, Stay free, AIDS free** » que sans traitement, 50% des nourrissons infectés par le VIH pendant ou autour de la naissance mourront avant l'âge de deux ans. Le taux de

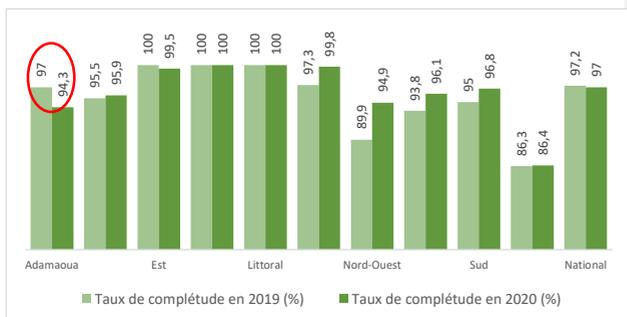
séropositivité de 4,3% observé chez les enfants reste largement supérieur au spectre des moins de 1% de risque de transmission annoncé par ONUSIDA¹

III.2. Qualité des données PTME

L'analyse de la qualité des données en 2020 a porté exclusivement sur la complétude et la promptitude des données de la PTME.

III.2.1. Complétude des données

La complétude des données ici fait référence au taux de recouvrement des rapports PTME attendus au cours de l'année. En effet, 63 045 rapports ont été reçus parmi les 65 028 attendus ; soit un taux de complétude national de 97% qui reste quasi similaire à celui obtenu en 2019 qui était de 97,2%. Cependant, une analyse des performances régionales révèle des complétudes inférieures à la moyenne nationale pour les régions du Sud (96,8%), de l'Ouest (96,1%), du Centre (95,9%), du Nord-Ouest (94,9%), Adamaoua (94,3%) et du Sud-Ouest (86,4%).



Graphique 3 : Complétude des données PTME, 2020.

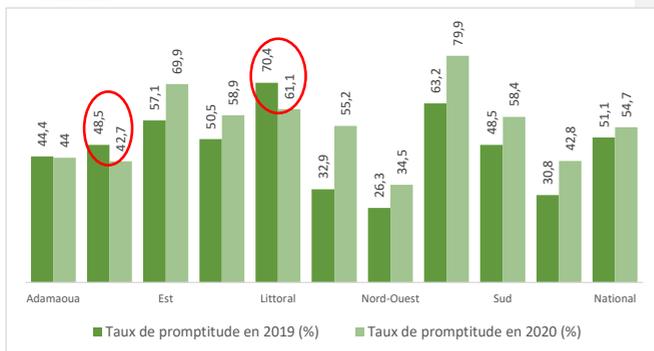
Source : Base des données DHIS2/MINSANTE, 2020.

¹ UNAIDS, Start Free Stay Free AIDS Free - 2020 report. 07 July 2020. Communiqué de presse : https://www.unaids.org/fr/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2020/july/20200707_start-free-stay-free-aids-free

Le graphique ci-dessus, présente les taux de complétude régionaux pour les années 2019 et 2020. Tel que mentionné plus haut, le taux national de complétude reste quasi similaire au cours des deux années.

III.2.2. Promptitude des données

La promptitude des données ici fait référence au nombre de rapports reçus au niveau du district et dont les informations ont été renseignées dans le logiciel DHIS2 dans le délai imparti par les directives nationales comparativement au nombre de rapports attendus. La performance observée en termes de promptitude en 2020 était de 54,7% au niveau national. Plusieurs raisons justifient cette faible performance. Parmi celles-ci, nous pouvons citer l'instabilité du logiciel DHIS2 qui ne permettait pas toujours la saisie des données ; la suppression de la prime de saisie doublée à la charge de travail des responsables des données des districts de santé qui a conduit à une baisse de la motivation ; l'enclavement de certaines zones ; les fluctuations importantes de l'énergie électrique et de la connexion internet.



Graphique 4 : Promptitude des données, 2020.

Source : Base des données DHIS2/MINSANTE, 2020.

Dans la plupart des régions, une amélioration de la performance a été observée au cours de l'année 2020 comparativement à l'année 2019. En effet, les taux de promptitude des régions de l'Ouest, de l'Est et du Nord sont respectivement passés de 63,2% ; 57,1% et 32,9% en 2019 à 79,9% ; 69,9% et 55,2% en 2020. De même, ont été observées des baisses de performance notamment dans les régions du Centre et du Littoral dont les promptitudes sont respectivement passées de 48,5% et 70,4% en 2019 à 42,7% et 61,1% en 2020. Ces raisons pourraient s'expliquer par la décentralisation de la saisie des données DH12 des DS vers les FOSA.

Tableau 2 : Complétude et promptitude des données PTME par région

Régions	Nombre de rapports attendus	Nombre de rapports reçus	Pourcentage des rapports reçus (%)	Nombre de rapports reçus à temps	Pourcentage des rapports reçus à temps (%)
Adamaoua	2136	2015	94,3%	940	44%
Centre	19944	19132	95,9%	8514	42,7%
Est	2976	2961	99,5%	2081	69,9%
Extrême Nord	5016	5132	100%	2953	58,9%
Littoral	9876	9944	100%	6035	61,1%
Nord	3480	3473	99,8%	1921	55,2%
Nord-Ouest	4632	4396	94,9%	1599	34,5%
Ouest	10200	9804	96,1%	8147	79,9%
Sud	3288	3183	96,8%	1920	58,4%
Sud-Ouest	3480	3005	86,4%	1490	42,8%
National	65028	63045	97%	35600	54,7%

Source : Base des données du DHIS2/MINSANTE 2020

Le tableau 2 ci-dessus présente la distribution nationale de la promptitude des données de PTME pour la période 2020. A l'analyse de cette distribution il apparait que les régions du Sud-Ouest (42,8%), Nord-Ouest (34,5%), Centre

(42,7%) et Adamaoua (44%) ont une performance en deçà de celle nationale (54,7%).

III.3. Mobilisation des ressources

L'atteinte des objectifs globaux d'e-TME passe par le recours à des ressources plurielles. Ainsi au cours de l'année 2020, plusieurs interventions de PTME ont été mises en œuvre par divers partenaires d'implémentation.

III.3.1. Interventions pour la mise en œuvre des activités PTME par les Partenaires d'implémentation

Au cours de l'année 2020, le Cameroun a poursuivi sa démarche vers l'atteinte de l'objectif 90-90-90 à travers la mise en œuvre de diverses interventions. Ainsi, afin d'améliorer la mise en œuvre des activités liées à la demande des services de PTME et la rétention au TARV en vue de l'atteinte des objectifs de l'e-TME, l'implication des Partenaires d'Implémentation (PI) a été effective en 2020 pour les femmes enceintes, les mères VIH+, leurs enfants et leurs partenaires. Le tableau ci-dessous résume le paquet d'activités innovantes mises en œuvre dans la PTME dans les 10 régions du pays. Ces interventions ont été réalisées grâce à l'appui de plusieurs PI à savoir les Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) ; le Président de Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR), etc.

Tableau 3 : Récapitulatif des interventions menées par les partenaires d'implémentation dans la PTME

Partenaire d'implémentation	Interventions	Activités	Zone d'intervention	Résultats
	Promouvoir l'implication des conjoints des femmes dans les activités de la PTME	Formation sur l'utilisation des autotests puis Distribution des KIT d'autotest et	8 DS dans la région du SUD et 6DS dans la	Distribution des 799 kits d'autotests aux femmes enceintes/allaitantes lors de CPN pour leurs partenaires ; Retour : 466 Réactif : 25

EGPAF		suivi des résultats	région du Littoral	Confirmé positif :13
		Distribution de cartons d'invitation aux femmes enceintes pour leurs partenaires		Partenaires des FEC avec cartes d'invitation : 2,379 testés, 23 testés VIH+, 21 Initiés (y compris Pré TARV) Partenaires des FEC sans cartes d'invitation : 628 testés, 6 testés VIH+, 5 Initiés (y compris Pré TARV)
	Promouvoir la demande de la CV chez les FEC VIH+	Listing des femmes éligibles à la CV et prélèvement		Pour la charge virale chez les FEC VIH+ en 2020 : Eligibles : 2020 Collectées : 275 Testées avec résultat retourné : 175 CV Supprimées : 147
	Formation	-Elaboration de la cartographie des Mother mentors		-08 mères mentors formées dans le sud et 6 dans le Littoral

		-Formations des mères mentor -Formation sur le suivi de cohortes mères-enfants		-Au total 27 prestataires formés sur le suivi de cohorte dans le Sud
GEORGETOWN	Renforcement de la fréquentation en CPN	Organisation des campagnes de CPN dans les communautés rurales	Bafia, Saa, Mbalmayo, Nanga eboko, Ntui, Ayos, Akonolinga	327 Femmes enceintes ont été reçues en CPN
	Formation des Mères Mentors pour le suivi des femmes enceintes pendant la CPN jusqu'à 24 mois de suivi	Former les Mères Mentors sur le suivi de cohorte afin de renforcer la rétention aux soins des femmes et le dépistage de PCR chez les enfants éligibles	FOSA Communauté	38 mères mentors recrutées et formées dans la région du Centre et 18 dans la région de l'Est
	Renforcement du diagnostic précoce chez les enfants exposés par les DBS et POC	Remboursement des frais de transports des échantillons PCR des sites de prélèvement DBS vers les POC -Motivation du personnel de	CME-FCB, HGOPY, CNPS	Collecte et transport des échantillons dans 51 sites de la région du Centre vers les POC par les Bikers, et les APS,

		laboratoire des sites de prélèvement DBS et POC		
	Utilisation des Mother Mentors et les APS pour La recherche active des enfants éligibles pour la PCR	-Dresser mensuellement la liste des enfants exposés éligibles pour les appels téléphoniques Et les visites à domicile - Prélèvement des PCR en communauté	Dans les 54 FOSA du projet dans la région Centre	04 enfants exposés ont été suivis par les Mother Mentor pour le dépistage par PCR.
	Utilisation des registres cohort monitoring de PTME pour améliorer le suivi des femmes enceintes, des FA et de leurs enfants	Formation des majors, des APS, des gestionnaires des données PTME sur le cohort monitoring Revue trimestrielle des données PTME avec les APS pédiatriques et les gestionnaires des données	54 FOSA dans la région du Centre et 19 dans la région de l'Est	Renforcement des capacités de tous les prestataires

	Renforcer la collaboration avec les partenaires prenant en charge les Orphelins et les enfants vulnérables (OEV)	Organiser les réunions de Coordination avec les APS Pédiatriques de GU et ceux qui travaillent avec les enfants OVC enfin d'améliorer la collaboration entre FOSA et la communauté dans l'optimisation du suivi des enfants exposés	40 Sites au Centre et 6 à Est.	12 enfants ont été référés pour la PCR
	Renforcement du dépistage des partenaires des FEC lors des CPN	-Utilisation des cartes d'invitation pour tous les partenaires des femmes enceintes -L'offre des services tels que dépistage de l'HTA, diabète en plus du VIH aux partenaires des femmes enceintes	53 des 54 FOSA de la région du centre offrent les services de CPN	1000 cartes d'invitation ont été distribuées aux partenaires des femmes enceintes

Promouvoir l'implication des conjoints des femmes dans les activités de la PTME	Formation des prestataires de soins sur l'offre des services d'auto dépistage Mise à disposition des kits d'auto test aux clients éligibles	54 FOSA dans la région du Centre	Tous les prestataires des services PTME des 54 sites ont été formés sur l'utilisation des kits d'auto tests et leur mise à disposition
Organisation des campagnes communautaires de CPN	-Sélection des communautés et des mobilisateurs Sensibilisation de la communauté à travers les leaders communautaires et les personnes clés Planification mensuelle des activités de CPN en communauté	Activités menées dans 9 DS ruraux	411 femmes enceintes ont été enrôlées à la CPN1 et ont bénéficié du test du VIH
Renforcement de la rétention des femmes enceintes et allaitantes aux soins	Implémentation du "cohorte monitoring" PTME par les APS désignés	73 formations sanitaires dans les régions du centre et de l'Est	Tous les APS des 73 formations sanitaires ont implémenté la stratégie

ICAP	Appui technique aux sites	Mentorat et supervisions réguliers des prestataires PTME	74 FOSA dans la zone 4	71 FOSA ont bénéficié des mentorat et supervisions
	Mise en place d'un système de tracking des PDV chez les FEC/FA	Appui à la recherche active en communauté des femmes ayant manqué leur rendez-vous	74 FOSA dans la zone 4	Tracking organisé dans 100% des sites (Nombre de femmes enceintes et allaitantes sous ARV recherchées : 268 Nombre de femmes retrouvées : 247 Nombre de femmes ayant repris le traitement : 247
	Mise en place de CPN mobile	Appui technique et financier aux Districts pour l'organisation des campagnes de CPN mobile en zone rurale	Nombre de district : 36 DS dont 8 dans Adamaoua, 14 à l'Extrême-nord et 14 au Nord	- 2824 femmes enceintes enrôlées à la CPN dont 2782 testées au VIH et 19 VIH+ et 100% mises sous ARV - Partenaires des femmes enceintes testées au VIH durant

				la campagne :
	Recherche et référence des femmes enceintes de la communauté vers les fosas	Appui financier et technique des Mother mentor et des agents de santé communautaire	Nombre de FOSA : 10 FOSA dont 4 dans l'Adamaoua, 2 l'Extrême-nord et 4 au Nord	417 femmes enceintes référées de la communauté vers les fosas
CBCHB	Renforcement de la pratique des examens de charge virale chez les femmes enceintes et allaitantes	Pratique des examens de la charge virale chez toutes les femmes enceintes et allaitantes tous les 3 mois jusqu'à ce que l'enfant exposé ait 12 mois d'Age	Sites de la région SW	418 examens de charge virale ont été menés au profit de cette cible parmi lesquels 389 supprimés
	Renforcement de l'accessibilité aux services de santé maternelle en communauté	Recherche active des femmes enceintes et allaitantes en communauté pour l'accès aux services de santé maternelle	Communauté	13210 femmes enceintes reçues en CPN1
		Offre des tests de routine du	FOSA	13174 testées et Ayant

		VIH chez toutes les femmes enceintes et allaitantes référées de la communauté vers la FOSA pour le service de CPN et Vaccination		reçues leurs résultats
	Amélioration des performances PTME	Organisation des réunions mensuelles PTME pour la revue des données, le partage des bonnes expériences par les responsables des différents sites pour les leçons apprises	FOSA	12 réunions organisées par sites PTME
PETVISIDAME	Mobilisation communautaire pour la PTME	Appui à la Mobilisation communautaire des femmes enceintes/allaitantes pour la PTME (à travers Horizons Femmes)	District de santé de la MIFI	3,866 FEC/FA testées 33 FEC/FA VIH+ identifiés et mis sous ARV 14 Enfants exposés identifiés et testés à la PCR

	Dépistage familial	Mini campagne de dépistage du couple mère-enfant et accélération du dépistage du VIH à toutes les portes d'entrée dans les Districts de santé prioritaires	Adamaoua	145 enfants dépistés
	Formation	Renforcement des capacités des prestataires sur la PTME et la PECPA	6 régions prioritaires du PETVISIDAME	Les prestataires des FOSA des 55 districts de santé du projet ont été capacités

Il ressort du tableau ci-dessus que plusieurs stratégies ont été mises en œuvre dans le cadre des interventions de PTME par les PI à savoir : (i) promotion de l'utilisation continue des sites d'offre de services SRMNI/PTME ; (ii) offre de dépistage VIH aux femmes enceintes et leurs partenaires ; (iii) mise sous ARV des femmes enceintes et allaitantes VIH+ et leur rétention dans les soins ; (iv) mise sous prophylaxie ARV des enfants exposés ; (v) diagnostic précoce du VIH chez les enfants exposés ; (vi) stratégie avancée en communauté, la mobilisation communautaire et dépistage familial ; (vii) CPN mobiles, (viii) suivi des femmes enceintes pendant la CPN , (ix) Renforcement de la collaboration avec les partenaires prenant en charge les Orphelins et les enfants vulnérables (OEV) ; (x)

Recherche active des PDV chez les FEC/FA ; (xi) Promouvoir la demande de la CV chez les FEC VIH+.

III.3.2. Ressources humaines

III.3.2.1 Cartographie des Accompagnateurs Psychosociaux (APS) pédiatriques

Les accompagnateurs psychosociaux pédiatriques ont pour rôle principal d'assurer le suivi du couple mère et enfant. Plus spécifiquement, ils assurent : i) la promotion du dépistage du VIH dans les FOSA notamment en CPN, Maternité, Pédiatrie ; ii) l'accompagnement dans le counseling des FEC/allaitantes, iii) le suivi psychosocial des FEC/allaitantes VIH+ et (iv) le suivi du couple mère-enfant.

En 2020, le nombre d'APS pédiatriques a considérablement diminué passant de 544 (2019) à 506 (*Rapports annuels des GTR et base de données DHIS2, 2020*). Cette situation pourrait s'expliquer par la crise sanitaire due à la COVID-19. Néanmoins, grâce à leurs interventions en période de crise sanitaire, ils ont pu mettre en place des services de soins différenciés notamment le dépistage par cas index pour atteindre les partenaires des FEC VIH+, la dispensation communautaire des ARV, le prélèvement en communauté pour la réalisation de la charge virale et de la PCR. Ils ont également participé à l'activation du Système de Gestion des Incidents (SGI) du VIH pour la recherche active des perdus de vue au TARV dans le cadre de la PTME et leur remise sous traitement.

Le tableau ci-dessous présente la répartition des APS pédiatriques par région ainsi que le nombre moyen de leur cohorte au cours de l'année 2020.

Tableau 4: Répartition du nombre de FEC VIH+ et enfants exposés suivies par APS par région

Région	Nombre d'APS Pédiatriques	Nombre de FEC VIH+	Nombre d'EE ayant effectué une PCR	Nombre moyen de FEC VIH+ et d'EE
Adamaoua	25	1 408	840	90
Centre	102	5 448	3 521	88

Est	34	2 515	847	99
Extrême-Nord	73	1 190	553	24
Littoral	46	3 718	2 070	126
Nord	28	1 093	1 018	75
Nord-Ouest	47	1 699	1 669	72
Ouest	79	1 508	1,631	19
Sud	34	868	636	44
Sud-Ouest	39	1 405	992	61
National	507	20 852	13 777	70

Source: Rapports annuels des GTR et base de données DHIS2, 2020.

Il apparaît dans le tableau ci-dessus une augmentation, comparativement à l'année 2019 (65), de la moyenne au plan national du nombre de FEC VIH+ et d'EE suivis par une APS pédiatrique en 2020 soit environ 70. Les régions du Centre (102) et de l'Est (34) ont perdu respectivement 15 et 39 de leurs APS pédiatriques comparativement à l'année antérieure (117 au centre et 73 à l'Est). Cette réduction du nombre d'APS pédiatriques pourrait avoir pour conséquence le faible suivi des patients dans les cohortes desdites régions.

III.3.2.2 Cartographie des Agents de Santé Communautaires Polyvalents (ASCP)

La stratégie intégrée de mise en œuvre des Interventions Sous Directives Communautaires (ISDC) a été élaborée en 2016 avec pour objectif d'assurer qu'au moins 80% de la population adopte des pratiques favorables à la promotion des comportements sains, à la prévention et à la prise en charge intégrée des maladies (Paludisme, Infections Respiratoires Aigües, Diarrhées, Tuberculose, VIH/SIDA, Malnutrition, Onchocercose, maladies évitables par la vaccination ...) y compris la lutte contre la violence basée sur le genre (VBG) et la promotion du PF au niveau communautaire et particulièrement dans les régions prioritaires d'intervention. Dans le cadre de la riposte au VIH, il s'agit de sensibiliser la population au dépistage du VIH/SIDA et de retrouver au moins 95% des perdus de vue dans la

communauté. Il s'agit des rendez-vous manqués en CPN et les enfants nés en communauté.

Tableau 5 : Cartographie des ASCP fonctionnels et populations couvertes

Région	Nombre d'ASCP attribué	Nombre d'ASCP fonctionnels(1 rapport	% d'ASCP fonctionnel	Population de la région	Population couverte	% Population couverte	Ratio Population /ASCP
Adamaoua	415	413	99,5 %	1,309,666	504,928	39%	1,217
Est	319	312	97,8 %	1,120,567	673,449	60%	2,111
Extrême-Nord	700	694	99%	4,595,669	1,211,208	26%	1,730
Nord	454	452	99,6 %	2,856,872	877,765	31%	1,933
Littoral	430	426	99%	3,887,698	936,998	24%	2,179
Ouest	223	222	99,5 %	2,089,297	420,032	20%	1,884
Sud-Ouest	475	458	96%	1,857,169	780,734	42%	1,644
Centre	674	669	99%	4,723,372	1,009,280	21%	1,497
Nord-ouest	549	520	94,7 %	2,246,302	837,908	37%	1,526
Sud	161	155	96%	805,741	242,343	30%	1,505
Total	4400	4321	98%	25,492,353	7,494,645	29%	1,703

Source: Rapports état des lieux de la MEO des ISDC, 2020

Il ressort de ce tableau qu'en 2020, 4400 ASCP ont été attribués dans les 10 régions du pays mais seuls 4321 ont été fonctionnels. La principale difficulté rencontrée dans la mise en œuvre des activités des ASCP était la survenue de la pandémie de la COVID-19 créant une certaine psychose au sein de la communauté limitant ainsi l'accès aux ASCP à certains ménages.

III.3.2.3 Cartographie des Organisations à Base Communautaire (OBC)

La PTME offre un paquet de services intégrés pour le couple mère et enfant dans les FOSA mais aussi dans les OBC. Ceux-ci participent à tous les aspects de la lutte contre le VIH y compris ceux liés aux quatre piliers de la PTME. A cet effet, ils participent à la prévention du VIH, la nutrition et l'alimentation des nourrissons, le soutien mental et psychosocial, le suivi et le référencement, l'élimination de la violence à l'égard des femmes et des préjugés sexistes, et la mise en place d'Activités Génératrices de Revenus (AGR).

Tableau 6: Cartographie des OBC par région

Régions	DS	FOSA	OBC
Adamaoua	9	184	3
Centre	30	1732	32
Est	14	258	4
Extrême-Nord	31	441	5
Littoral	24	1317	19
Nord	15	313	3
Nord-Ouest	19	415	12
Ouest	20	831	7
Sud	10	314	4
Sud-Ouest	18	343	9
National	190	6148	98

Source : Base des données de la CIS et du DHIS2/MINSANTE 2020

Le tableau 6 montre que 98 OBC interviennent dans la riposte contre le VIH, mais la plupart d'entre elles sont concentrées dans les régions du Littoral, du Centre et Nord- Ouest. Les autres régions ont une faible couverture en OBC. Néanmoins il serait idéal dans le prochain rapport d'avoir les données sur les OBC intervenant dans la PTME.

III.4 Offre de services PTME

III.4.1 Couverture géographique en sites PTME

Depuis la mise en œuvre de l'option B+ en 2014, le nombre de formations sanitaires offrant les services de PTME est passé de 4081 en 2016 à 5303 en 2020, soit une couverture globale de 84,33%, en augmentation par rapport à celle de 2018 (83,3%) (Rapport annuel CNLS 2018) et à celle de

2019 (82,6 %) (Rapport de progrès 2019). En 2020, on note que les régions de l'Extrême-nord et du Sud-ouest sont les moins nanties avec respectivement des taux de couverture de 59,03% et 61,9%. La baisse enregistrée pourrait être due à la situation sécuritaire en cours dans la région du Sud-ouest et de l'Extrême-nord. La région de l'Ouest est celle ayant le plus grand taux de formations sanitaires offrant les services de PTME soit 98,82% suivie des régions du Centre (99,5%) et du Nord (96,5%).

Tableau 7: Répartition des FOSA offrant les services de PTME par région (DS, FOSA et OBC)

Régions	DS	FOSA	FOSA offrant les services de PTME	Couverture en site PTME
Adamaoua	9	184	171	92,90%
Centre	30	1753	1 724	98,34%
Est	14	266	243	91,35%
Extrême-Nord	31	598	353	59,03%
Littoral	24	1317	798	60,60%
Nord	15	302	302	100%
Nord-Ouest	19	415	389	93,70%
Ouest	20	850	840	98,82%
Sud	10	314	272	86,60%
Sud-Ouest	18	335	211	61,98%
National	190	6313	5 303	84,33%

Source: Rapports des régions 2020.

III.4.2 Couverture géographique en sites de prélèvement DBS

L'offre de service de dépistage précoce des enfants nés de mères VIH+ est disponible au Cameroun à travers le test conventionnel par le laboratoire de référence (CIRCB, NEIDRL-Mutengene, TBRL-Bamenda) et les Point of Care/Early Infant Diagnostic (POC/EID) disponibles bien que inégalement répartis dans les FOSA. Des incohérences ont été notées dans les données sur le diagnostic précoce du VIH en raison de l'absence d'outils de collecte fiables. Afin d'améliorer la qualité des données, le logiciel DHIS 2 a été aménagé pour de fournir des informations sur les EE dépistés au VIH, sur ceux identifiés positifs par PCR et sur ceux mis sous TARV en fonction des

résultats disponibles dans la formation sanitaire. Il est à noter que ces données sont parfois incomplètes car les registres de laboratoire ou ceux du suivi postnatal mère-enfant dans certaines FOSA ne sont pas correctement remplis, avec éventuellement la collecte des données POC-EID.

Tableau 8: Répartition des sites DBS et EID/POC par région

Regions	Sites PTME	Laboratoire	POC/EID	Sites DBS fonctionnels	Couverture en site DBS
Adamaoua	171	0	3	71	41,5%
Centre	1 724	1	12	597	34,6%
Est	243	0	1	110	45,3%
Extrême-Nord	353	0	3	130	36,8%
Littoral	798	0	10	140	17,5%
Nord	302	1	0	215	71,2%
Nord-Ouest	389	1	11	215	55,3%
Ouest	840	0	3	200	23,8%
Sud	272	0	2	70	25,7%
Sud-Ouest	211	1	4	176	83,4%
National	5 303	4	49	1 924	36,3%

Source: Rapports des régions 2020

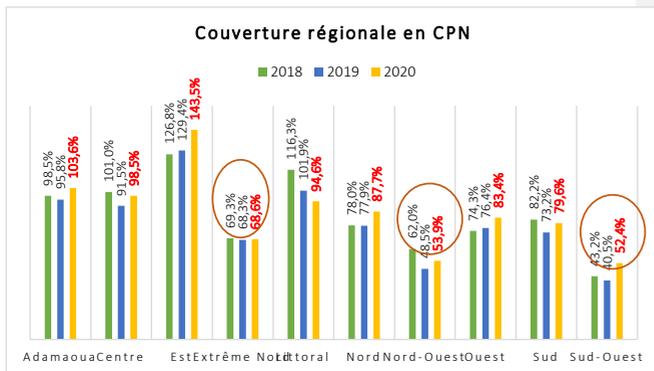
De ce tableau, il ressort que le Cameroun compte 5 303 sites PTME avec 1924 sites DBS fonctionnels, 49 POC/EID et 4 laboratoires de références. Sur les 49 POC, les régions du Centre, du Littoral et le Nord -Ouest possèdent au moins 10 POC. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que ces régions sont accompagnées par les partenaires d'implémentation.

III.5 Demande des services PTME

III.5.1 Fréquentation des services de consultation prénatale (CPN)

La consultation prénatale est la principale porte d'entrée de la PTME. Le taux de fréquentation correspond à la proportion des femmes enceintes ayant reçu au moins une CPN et permet de mesurer la couverture des services par rapport à la cible. Plusieurs stratégies ont été mises en œuvre pour améliorer les indicateurs de santé maternelle à savoir (i) le financement basé sur la performance, (ii) le chèque santé uniquement dans quelques DS de la zone

du Septentrion et (iii) la politique d'exemption des frais de paiement mise en place depuis 2020.



Graphique 5: Couverture de la CPN par région entre 2018 et 2020

Source : Rapport de progrès 2018 et 2019 et base de données DHIS2, 2020

La figure ci-dessus montre les performances régionales de la fréquentation en CPN entre 2018 et 2020.

A l'analyse de cette figure, on note une baisse des performances dans presque toutes les régions à l'exception des régions du Sud-ouest (52,4%), du Nord-ouest (53,9%) et de l'Extrême-nord (68,6%). Outre la survenue de la Covid-19, cette baisse pourrait être due aux nombreux goulots déjà connus dans la fréquentation en CPN notamment la faiblesse du renseignement des activités de la CPN par les prestataires des formations sanitaires privées, les phénomènes migratoires internes et externes, la fréquentation des accoucheuses traditionnelles...

Quelques particularités régionales

Adamaoua : En 2020, la région attendait 55182 FEC en consultations prénatales, 57081 d'entre elles ont été reçues soit un taux de fréquentation de la FOSA de 103,4%. Cette performance pourrait être attribuée à la sous-

estimation d'une part due à la non prise en compte des populations spéciales dans la cible populationnelle définie par la CIS d'une part et d'autre part par la sous-estimation de la cible dans certains districts à l'instar de NGAoundéré urbain et de Tignere. Par ailleurs, il est important de souligner la contribution des activités de sensibilisation et de mobilisation menées par les ASCP et accoucheuses traditionnelles qui reçoivent des motivations pour chaque FEC référée vers la FOSA.

Centre : 76,67% des districts de santé (23/ 30) ont présenté un taux de fréquentation en CPN inférieur à la moyenne régionale (82,2%) ; les taux les plus faibles ont été observés dans les districts d'Ebedda (38,8%), d'Esse (41,4%) et d'Eseka (42,3%). Ces faibles performances pourraient s'expliquer d'une part par la présence des accoucheuses traditionnelles sollicitées par les FEC dans les zones rurales, et d'autres part par la pauvreté et l'enclavement de certains districts.

Nord : En 2020, sur les 133 414 femmes enceintes attendues en consultation prénatale 116 801 ont été reçues soit un taux de fréquentation de la FOSA de 87,5%. Cette situation pourrait s'expliquer par la fréquentation non systématique des FOSA par les femmes enceintes plus particulièrement dans le DS de Garoua 2 (50%).

Nord-Ouest : sur 74 062 FEC attendues en CPN en 2020, seules 37 869 ont été effectivement reçues en CPN soit un taux de fréquentation de 51,1%. Les districts de santé de Batibo (71,4%) et de Benakuma (67,1%) ont présenté les meilleures performances, tandis que ceux de Bali (33%) et Bafut (28,1%) ont présenté les plus faibles performances, ceci pouvant s'expliquer par l'intensification de la crise sécuritaire dans ces zones.

Ouest : Dans la région, 6 Districts de Santé sur 20 ont eu une fréquentation des services de CPN à moins de 60% (Bamendjou 54 %, Bandja 52,5%, Batcham 56,2%, Galim 57,9%, Kekem 49,3% et Penka-Michel 58,5%), avec un taux régional de 82,5%. L'une des raisons pouvant expliquer cette performance serait la non transmission des rapports d'activités des formations sanitaires clandestines.

Sud : La fréquentation en CPN dans la région du Sud a été de 67,94% en 2020 contre 68% en 2019 (Rapport de progrès, 2019), soit une baisse de performance de 1,9%. cette baisse pourrait s'expliquer par la présence de la Covid-19 durant cette année, qui a réduit de manière générale la

fréquentation des structures sanitaires par les patients , notamment les FEC . Le district de santé de Kribi a enregistré le taux de fréquentation en CPN le plus élevé soit 83,87% tandis que le DS de Mvangan a enregistré la performance la plus faible soit 25,52% du fait de l'enclavement de la zone , l'absence d'OBC , la présence de nombreuses accoucheuses traditionnelles et la faible implémentation des activités communautaires.

Sud-ouest : 30 207 FEC (52,3%) . ont été reçues en CPN et en SA sur un total de 57 743 FEC attendues en CPN . Cette couverture, supérieure à celle de 2019 (37,9%) pourrait être liée à l'amélioration de la situation sécuritaire dans la région conduisant à une augmentation de la fréquentation des FOSA. Plusieurs DS ont enregistré des performances particulièrement faibles à savoir Bakassi (11%), Eyumojock (28%), Konye (18%), Fontem (15%), Mbonge (28%), Muyuka (26%), Tombel (21%), Wabane (28%), avec moins de 30% de couverture en CPN durant l'année 2020. Le fait est que certaines FEC sollicitent les services d'accoucheuses traditionnelles et d'autres itinéraires thérapeutiques.

III.5.2. Dépistage, conseil et orientation

III.5.2.1. Dépistage du VIH

La connaissance du statut sérologique chez les FEC est une étape primordiale du suivi de la grossesse. Par conséquent, la proposition et la réalisation d'un test de dépistage font partie des actions les plus importantes pour la PTME. C'est ainsi que le dépistage est systématiquement proposé au premier contact avec la FOSA à toute femme enceinte.

Le conseil et dépistage de l'infection à VIH chez les FEC/FA dans le cadre de la PTME doivent se faire systématiquement en CPN, en Salle de travail ou d'Accouchement et pendant l'allaitement pour celles dont le statut sérologique n'est pas connu ou celles ayant un statut négatif datant de plus de trois mois.

Tableau 9: Dépistage du VIH chez les femmes enceintes par région

Région	FEC attendues	FEC reçues (CPN+SA)	Couverture en CPN	FEC testées (CPN+SA)	FEC déjà connues VIH+	Nombre de FEC ayant retré leur résultat	Réalisation du test VIH
Adamaoua	55 182	57148	103,6%	55 382	582	55 215	96,9%
Centre	138 647	136556	98,5%	126 779	2 590	125 775	92,8%
Est	40 145	57608	143,5%	54 104	963	53 755	93,9%
Extrême Nord	231 577	158838	68,6%	121 090	448	119 383	76,2%
Littoral	101 014	95539	94,6%	90 391	1 910	89 691	94,6%
Nord	133 414	116983	87,7%	99 751	429	98 958	85,3%
Nord-Ouest	74 062	39889	53,9%	39 644	1 161	39 453	99,4%
Ouest	86 648	72240	83,4%	71 723	1 005	71 587	99,3%
Sud	25 364	20182	79,6%	19 894	385	19 887	98,6%
Sud-Ouest	57 743	30270	52,4%	30 258	762	30 119	99,9%
National	943 796	785 253	83,2%	709 016	10 235	703 823	90,3%

Source : Base des données de la CIS et du DHIS2/MINSANTE 2020

Parmi les 785 253 femmes enceintes reçues en CPN, 90,3% (719 251/785 253) ont accepté le test VIH ou sont déjà connues positives et 89,6% (703 823/785 253) connaissent leur statut sérologique à l'égard du VIH à l'échelle nationale. Malgré l'impact de la COVID-19 sur les services liés au VIH, ce dernier paramètre est en hausse par rapport à 2019 où 83,5% des FEC connaissent leur statut.

Hormis le Littoral, trois autres régions à savoir l'Adamaoua (103,6%), l'Est (143,5%) et le Centre (98,5%) ont présenté des taux avoisinants, voire dépassant les 95%. La couverture de plus de 100% est l'une des incohérences entre les données des estimations (CIS) et les données directement rapportées dans le DHIS2. Cela signifie que soit le nombre de femmes enceintes dont le statut VIH est connu est plus élevé qu'il ne devrait l'être, soit le nombre de femmes enceintes est sous-estimé n'intégrant pas les réfugiées des zones concernées (Est et Adamaoua) ou les deux. Aussi, ceci pourrait se justifier par la surestimation de la cible dans les régions concernées. D'un point de vue populationnel, **943 796** femmes enceintes étaient attendues au cours de l'année en CPN. L'objectif était de dépister 95% des FEC attendues, soit **896 606** femmes enceintes en 2020 (PSN 2018-

2022) ; parmi celles-ci seules **703 823 (89,6%)** connaissaient leur statut soit un gap à combler de **5 193**. Dans les régions du Sud-ouest et Nord-ouest en proie à la crise sécuritaire, le test de dépistage du VIH a été offert à respectivement 99,9% et 99,4% de femmes reçues en CPN et en SA. Les régions de l'Extrême-Nord (**76,2%**) et du Nord (**85,3%**) ont présenté les performances les plus basses comparées à la moyenne nationale. En effet, le dépistage des FEC/FA dans les régions de **l'Extrême-Nord et du Nord** a rencontré des obstacles liés d'une part aux ruptures en tests observées au courant de l'année, d'autre part aux difficultés rencontrées par certaines FOSA à s'approvisionner en tests de dépistage, ceci dû aux mauvaises commandes.

III.5.2.2. Nombre de tests VIH réalisés (FEC/FA)

En 2020, **709 016** FEC ont bénéficié de leur premier test de dépistage du VIH en CPN et en SA. Cependant, un test est offert aux FEC qui étaient précédemment séronégatives en CPN 1 en CPN 3 ou 4 ou en SA. En effet, en termes de re-testing, seules 271 351 femmes enceintes ont bénéficié d'un nouveau test en CPN ou SA bien que les données pour les femmes testées positives en post-partum ne soient pas renseignées. Le re-testing demeure essentiel dans l'identification des cas de séroconversion et de la prise en charge du couple mère enfant. Il serait ainsi souhaitable de renforcer d'avantage l'offre de dépistage en CPN3/4 ou en SA, mais aussi en post partum afin de réduire au maximum le risque de Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant pendant l'allaitement.

III.5.2.3. Dépistage de la syphilis

L'élimination de la Transmission de la Mère à l'Enfant (e-TME) du VIH passe également par l'élimination de la syphilis et permet d'envisager une approche intégrée de l'e-TME de ces deux infections, notamment à travers des stratégies de dépistage et de prise en charge.

Tableau 10: Dépistage de la syphilis chez la femme enceinte VIH+

Régions	FEC reçues (CPN+SA)	FEC testées (CPN+SA)	Taux de réalisation du test VIH	FEC VIH+ testées Pour la syphilis	FEC VIH+ testées positives à la syphilis	Taux de réalisation du test de la syphilis
Adamaoua	30139	29804	98,9%	113	24	0,2%
Centre	69389	63804	92,0%	547	38	0,4%
Est	30038	29097	96,9%	941	205	1,6%
Extrême Nord	82435	69325	84,1%	82	5	0,1%
Littoral	62470	57065	91,3%	1912	114	2,0%
Nord	48648	46166	94,9%	98	74	0,1%
Nord-Ouest	19897	19874	99,9%	1372	45	3,4%
Ouest	37111	36852	99,3%	1208	65	1,7%
Sud	10004	9874	98,7%	55	31	0,3%
Sud-Ouest	15603	15620	100,1%	744	50	2,5%
National	405734	377481	93,0%	7072	651	0,9%

Source: données DHIS2, Semestre2, 2020

En 2020, les données recueillies au deuxième semestre montrent que seulement 7 072 FEC ont effectué le test de dépistage de la syphilis, soit un taux de réalisation de **0,9%** qui est largement inférieur au taux de réalisation du test VIH. En outre, 651 FEC VIH+ étaient infectées par la syphilis parmi les 7 072 FEC VIH+ testées soit un taux de positivité de **9,2% (651/7 072)**.

Malgré le faible taux de réalisation national du test de la syphilis chez les FEC VIH+, les régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest enregistrent un taux supérieur à la *moyenne* nationale respectivement 3,4% et 2,5%. Cette faible réalisation du test de la syphilis au plan national pourrait s'expliquer par la non gratuité du test contrairement à celui du VIH. En outre, il a été observé que les prestataires dans les FOSA ne portent pas un intérêt réel au dépistage de la syphilis. L'une des solutions serait de sensibiliser les prestataires sur l'intérêt du dépistage de la syphilis, de mettre en place le duo test de dépistage VIH/syphilis tel que le recommande l'OMS, d'introduire le test de la syphilis dans les User Fees, mais aussi la prise en

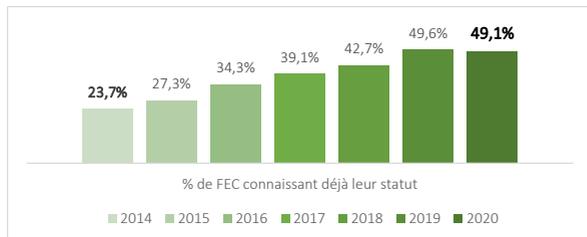
charge gratuite des FEC/FA testées positives à la syphilis ainsi que leurs partenaires.

III.5.2.4 Femmes enceintes VIH+

Les directives nationales en matière de prévention de la TME du VIH préconisent un dépistage systématique au premier contact de la femme enceinte avec le système de soins ou pour celles dont le dernier statut connu date de plus de 3 mois. Ainsi, il est possible à travers des données d'identifier la porte d'entrée de chacun des cas séropositifs notifiés. Nous avons deux catégories des femmes enceintes VIH+ qui ont été suivies dans les services PTME et dont les données sont collectées dans les registres de CPN et SA : celles dont le statut VIH positif était connu au moment de la consultation prénatale et celles nouvellement diagnostiquées pendant la grossesse ou durant l'accouchement.

Femmes enceintes déjà connues VIH+

En 2020, 49,1% (10 235/20 852) des femmes enceintes connaissaient déjà leur statut. Les régions du Littoral (51,4%), du Sud-ouest (54,2%), de l'Ouest (66,6%) et du Nord-ouest (68,3%) ont enregistré un pourcentage de femmes enceintes de statut déjà connu supérieur à celui des femmes enceintes nouvellement dépistées VIH+.



Graphique 6 : Evolution du pourcentage de femmes enceintes connaissant leur statut VIH entre 2014 et 2020.

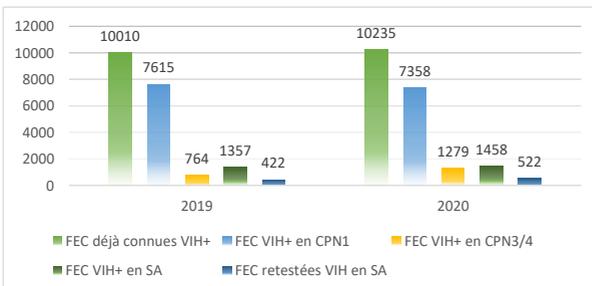
Source : Rapports annuels CNLS 2014 à 2019 et Base de données du DHIS 2, 2020.

De cette figure, il ressort que le pourcentage des FEC connaissant leur statut est resté croissant entre 2014 (23,7%) et 2019 (49,6%) bien qu'il soit inférieur à 50%. Cependant, il a été également noté que ce pourcentage est resté bas passant de 49,6% en 2019 à 49,1% en 2020. Il serait important

d'intensifier la sensibilisation sur le dépistage des femmes enceintes lors des CPN

Femmes enceintes identifiées VIH+

Le graphe ci-dessous nous montre l'évolution des données des FEC identifiées selon les portes d'entrée entre 2019 et 2020. Le premier constat montre qu'au cours de ces deux dernières années, presque la moitié des femmes enceintes identifiées VIH+ avait déjà un statut sérologique connu. Parmi les nouvelles identifiées, un peu plus des deux-tiers ont été identifiées lors de leur premier contact en CPN1. Celles qui ont été testées positives en salle d'accouchement pour la première fois au cours des deux années ont représenté près de 12% des femmes enceintes identifiées VIH+. Malheureusement les données relatives aux femmes allaitantes ne sont pas captées par les outils de collecte usuels. Il serait judicieux que les données de suivi des femmes en post partum (registres CPON et registre de suivi de cohorte maternelle) soient recensées et soient transmises dans les outils de collecte de données secondaires.



Graphique 7 : Comparaison entre 2019 et 2020 du nombre de FEC VIH+ identifiées en fonction des portes d'entrée

Source : Rapport annuel 2019 et base de données DHIS2, 2020

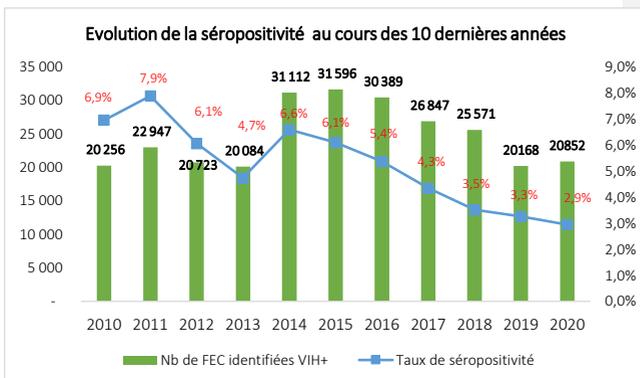
Entre 2019 et 2020, le nombre de femmes enceintes déjà connues VIH+ est passé de 10 010 à 10 235. Aussi, ce nombre est resté croissant en CPN 3 et 4 (764 à 1279), en salle d'accouchement (1357 à 1458) et pendant le retesting en salle d'accouchement (422 à 522). Par contre on constate une

baisse des nouvelles infections car l'identification des femmes enceintes VIH+ en CPN1 est passé de 7615 à 7358.

Commenté [CM1]: CPN3 c'est aussi le retesting
On constate une baisse des nouvelles infections en CPN1

III.5.2.5 Taux de séropositivité du VIH chez la femme enceinte

En 2020, 90,3% des femmes enceintes ont accepté le test VIH avec 20 852 identifiées VIH+ parmi lesquelles 10 235 qui connaissaient déjà leur statut avant la grossesse en cours. Le taux de séropositivité observé était alors de 2,9% (20 852/709 016) en baisse par rapport à 2019 (3,3%). Par ailleurs, cette tendance à la baisse depuis 2019 est ponctuée de deux pics notés l'un en 2011 (7,9%) correspondant à la mise en œuvre du plan d'élimination de la transmission mère et enfant du VIH et l'autre en 2014 (6,6%) correspondant au passage à échelle de l'option B+.



Graphique 8 : Evolution du taux de séropositivité chez la femme enceinte au cours des 10 dernières années Source : Rapports annuels CNLS 2010 à 2019 et Base de données du DHIS 2, 2020.

Le graphique ci-dessus montre une évolution du taux de séropositivité du VIH chez la femme enceinte en dent de scie entre 2010 et 2014 et une baisse considérable de ce taux de 2014 (6,6) à 2020 (2,9). Cette baisse du taux de séropositivité serait liée à la mise en œuvre de l'option B+ depuis 2014, au renforcement des capacités des acteurs sur la PTME ; la décentralisation et la délégation des tâches.

Tableau 11 : Taux de séropositivité des femmes enceintes par région en 2020

Region	Taux de séropositivité en CPN	Taux de séropositivité en SA	Taux de séropositivité de toutes les FEC identifiées VIH+	% des FEC déjà connus VIH+
Adamaoua	2,6%	1,5%	2,5%	41,3%
Centre	4,2%	5%	4,3%	47,5%
Est	4,7%	3,9%	4,6%	38,3%
Extrême-Nord	1%	1,1%	1,0%	37,6%
Littoral	4,1%	4,1%	4,1%	51,4%
Nord	1,1%	1%	1,1%	39,2%
Nord-Ouest	4,3%	3,9%	4,3%	68,3%
Ouest	2,1%	2,1%	2,1%	66,6%
Sud	4,4%	4,2%	4,4%	44,4%
Sud-Ouest	4,4%	8,4%	4,6%	54,2%
Total	3,2%	3,5%	2,9%	48,8%

Source : Base de données du DHIS2, 2020

Au cours de l'année 2020, le taux de séropositivité chez les FEC identifiées VIH+ était de 2,9% en baisse par rapport à celui de 2019 (3,3%). Cette baisse pourrait s'expliquer par une prise de conscience des femmes en âge de procréer d'une part et d'autre part l'optimisation de la prise en charge des couples sérodiscordants. De manière générale, on note une baisse de la séropositivité dans les 10 régions du Cameroun, néanmoins le Sud-Ouest et l'Est ont le plus fort taux de séropositivité (4,6%), suivis des régions du Sud (4,4%), du Nord-ouest, du Centre (4,3%) et du Littoral (4,1%) qui ont des taux supérieurs à la moyenne nationale enregistrée. Cette performance au-dessus de la nationale pourrait être due à la situation géographique dans les régions du Centre et du Littoral, à l'instabilité des populations et la crise socio politique dans les régions du Nord-Ouest ainsi que le partage de la frontière avec la Guinée, le Gabon et le Congo dans la région du Sud. En somme, au vu de tout ce qui précède, force est de constater que des efforts restent à faire pour l'atteinte de l'e-TME.

Commenté [CM2]: À Expliquer car taux de séropositivité de 2,9%

Quelques particularités régionales

Adamaoua : La région a enregistré 1 408 femmes enceintes VIH+ sur les 55 382 testées soit un taux de séropositivité de 2,5%. Les districts de santé de Meiganga (4%), Ngaoundéré urbain (3,8%), Tibati et Ngaoundal (2,8%) ont présenté un taux de séropositivité au-delà de la performance régionale. Cette situation est restée identique à celle de 2019 où la région avait enregistré un taux similaire (2,73%) avec les mêmes districts de santé dont les scores étaient supérieurs à la moyenne régionale. Ceci a amené à revoir les cibles des DS concernés et les stratégies mises en place pour booster la performance.

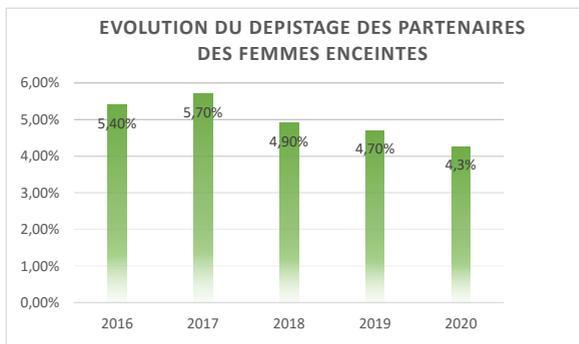
Littoral : La région a présenté une variation importante des taux de séropositivité chez les FEC. Les districts de santé de Ngambe ; Dibombari et Pouma ont présenté des forts taux de séropositivité respectivement 10,77% ; 6,86% et 7,91%.

Nord-ouest : Le taux de séropositivité en CPN était de 4,3%. Le district de santé de Bafut (2,9%) avait un faible taux de séropositivité.

Sud : La région a présenté un taux de séropositivité de 4,3% (868/19 894) en 2020. Le district de santé d'Ebolowa a présenté le plus fort taux de séropositivité en 1ère CPN (4,8%), pouvant être attribué à l'intensification des activités communautaires. Le district de Mvangan a enregistré le plus faible taux de séropositivité chez le FEC (2,3%) dû à la faible fréquentation en CPN.

III.5.2.6 Dépistage du VIH chez les partenaires des femmes enceintes

Le pourcentage de partenaires de femmes enceintes testés est resté très faible depuis 2016. En effet, malgré la mise en œuvre de plusieurs modèles pour impliquer les partenaires des femmes enceintes tels que le dépistage familial, l'index case testing ou encore l'invitation lors de la CPN, le pourcentage des partenaires des femmes enceintes testés a diminué passant de 4,7% en 2019 à 4,3% en 2020.



Graphique 9: Evolution du dépistage des partenaires des FEC entre 2016 et 2020.

Source :Rapports annuels CNLS 2016 et 2019, Base de données du DHIS 2, 2020.

Tableau 12: Dépistage du VIH chez les partenaires des femmes enceintes

Régions	Nombre de FEC reçues (CPN&SA)	Nombre de FEC testées au VIH (CPN&SA)	Nombre de Partenaires des FEC testés au VIH	% partenaires testés sur FEC testées	Nombre de Partenaires des FEC testés VIH+	Taux de séropositivité des partenaires au VIH (%)
Adamaoua	57148	55382	2168	3,9%	62	2,9%
Centre	136556	126779	4784	3,8%	152	3,2%
Est	57608	54104	3694	6,8%	119	3,2%
Extrême-Nord	158838	121090	1254	1,0%	39	3,1%
Littoral	95539	90391	4473	4,9%	130	2,9%
Nord	116983	99751	3017	3,0%	48	1,6%
Nord-Ouest	39889	39644	2516	6,3%	70	2,8%

Ouest	72240	71723	3437	4,8%	141	4,1%
Sud	20182	19894	1335	6,7%	37	2,8%
Sud-Ouest	30270	30258	3544	11,7%	53	1,5%
National	785253	709016	30222	4,3%	851	2,8%

Source: données DHIS2, 2020.

Le tableau ci-dessus montre que parmi les 30 222 partenaires testés, 851 ont été identifiés VIH positifs, soit un taux de séropositivité de 2,8% (851/30 222) très faible comparé à 2019 (3,8%). Les régions présentant les taux les plus élevés étaient l'Ouest (4,1%), le Centre et l'Est (3,2%), contrairement aux régions du Sud-ouest (1,5%) et du Nord (1,6%) qui avaient les taux les plus bas. Cette situation pourrait s'expliquer par : (i) les normes socioculturelles et (ii) la sensibilisation inadéquate des hommes sur l'importance de leur implication dans l'utilisation des services de santé.

A cet effet, il serait important de mettre en place des activités de plaidoyer auprès des leaders d'opinion et des points de ralliement afin d'augmenter l'utilisation des services de santé par les hommes ; organiser des campagnes de sensibilisation dans les associations masculines ; renforcer le conseil dépistage des partenaires des femmes en post partum ou encore le suivi de l'invitation des partenaires des femmes enceintes à la CPN.

Quelques particularités régionales:

Nord-ouest : En 2020, 39 644 femmes enceintes ont été testées pour le VIH pour 2 516 partenaires, ce qui donne un ratio de 6,3% indiquant que la plupart des partenaires des femmes enceintes ne sont pas testés pour le VIH lors des consultations prénatales. De plus, 1 699 femmes enceintes ont été testées positives et 70 partenaires ont été également testés positifs, soit un ratio de 4,1%. Le DS de Nkambe a le pourcentage le plus élevé (13,5%) de partenaires séropositifs, suivi du DS de Santa (12,5%) et de Bamenda (8,9%). Ceci pourrait s'expliquer par la quasi stabilité de ces zones qui par ailleurs s'avèrent être des zones carrefours présentant plusieurs points chauds.

Ouest : 3 437 partenaires de 71 723 femmes enceintes ont été testés pour le VIH soit un ratio de 4,8%. De plus, 1 508 femmes enceintes ont été testées positives et 141 partenaires ont été également testés positifs, soit un ratio de 9,3%.

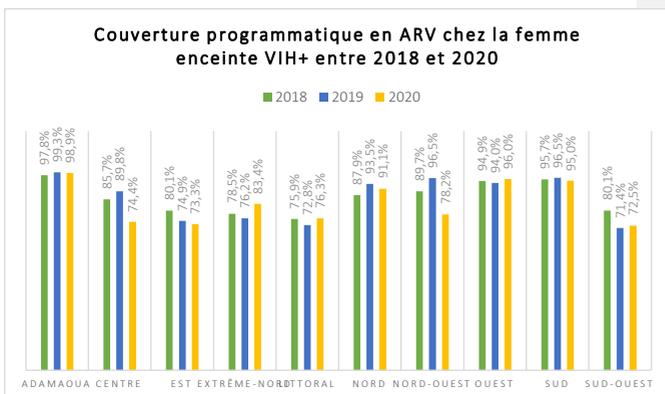
Sud : En 2020 ; environ 7% des partenaires des femmes enceintes ont fait le test du VIH contre 7,74% en 2018. Les districts de santé de Kribi (7,41%),

d’Ebolowa (4,57%) et Meyomessala (3,33%) ont eu les taux de séropositivité les plus élevés. Cette situation serait due au fait que la ville représente un pôle économique avec l’installation du Port autonome de Kribi et la présence de plusieurs entreprises.

III.5.3 Couverture programmatique en ARV chez les FEC/FA VIH+

L’effet 1.5 du PSN 2018-2022 prévoit la réduction de la transmission Mère – Enfant du VIH à moins de 2% à 6 semaines et à moins de 5% à 18 mois d’ici 2022. L’atteinte de cet effet passe par la mise sous traitement ARV et la rétention dans les soins des FEC ou Femmes allaitantes VIH+.

Le graphique ci-dessous présente l’évolution de la couverture en ARV chez les FEC VIH+ de 2014 à 2020.

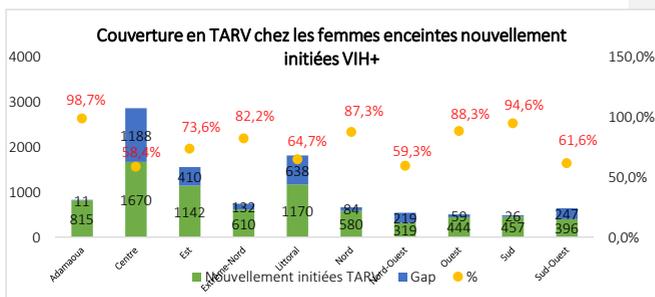


Graphique 10: Evolution de la couverture en ARV chez les FEC VIH+ de 2014 à 2020.

Source : Rapports annuels CNLS (2014 à 2019), DHIS2, 2020

D’une manière générale, on note une baisse de la couverture en ARV par rapport à 2019. Sur le plan régional, la couverture programmatique en ARV pour les femmes enceintes VIH+ varie de 72,5% au Sud-ouest à 98,9% dans la région de l’Adamaoua, telle que présentée sur le graphique ci-dessous.

Hormis le Sud-ouest (72,5%), les régions qui ont présenté une couverture en ARV inférieure au niveau national étaient l'Est (73,3%), le Centre (74,4%), le Littoral (76,3%) et le Nord-ouest (78,2%). Le renforcement des capacités des prestataires sur le « Test and Treat », sur la gestion des approvisionnements en tenant compte de la mobilité de la population, la réduction des ruptures de stock en ARV et une meilleure mise à disposition du TARV pourrait davantage améliorer ces résultats.



Graphique 11 : Evolution de la couverture programmatique en ARV des FEC VIH+ par région entre 2018 et 2020.

Source: Rapport annuels CNLS 2018 et 2019 et Base de données DHIS2, 2020

Tableau 12 : Couverture en ARV des FEC VIH+,

Régions	Nombre de FEC reçues (CPN&SA)	Nombre de FEC testées au VIH (CPN&SA)	Nombre de FEC VIH+	Nombre de FEC VIH+ sous TARV	Tx des FEC déjà sous TARV	Couverture en ARV de la FEC VIH+
Adamaoua	57148	55382	1408	1393	99,3%	98,9%
Centre	136556	126779	5448	4053	92,0%	74,4%
Est	57608	54104	2515	1843	72,8%	73,3%
Extrême-nord	158838	121090	1190	993	85,5%	83,4%
Littoral	95539	90391	3718	2835	87,2%	76,3%
Nord	116983	99751	1093	996	97,0%	91,1%
Nord-ouest	39889	39644	1699	1328	86,9%	78,2%
Ouest	72240	71723	1508	1447	99,8%	96,0%
Sud	20182	19894	868	825	95,6%	95,0%
Sud-ouest	30270	30258	1405	1018	81,6%	72,5%
National	785253	709016	20852	16731	89,2%	80,2%

Source : Rapport épidémiologique des régions, 2020

En 2020, 20 852 FEC ont été identifiées VIH+ sur les 26 176 attendues selon les projections SPECTRUM soit 79,7%. Parmi les 20 852 femmes enceintes VIH+ identifiées, 16 731 ont reçu un traitement ARV, soit une couverture de 80,2%. Ainsi, 4 121 femmes enceintes VIH+ n'ont pas été mises sous traitement ARV, constituant une augmentation du gap par rapport à 2019, où 3 122 femmes enceintes n'avaient pas été mises sous TARV. Le gap observé pourrait s'expliquer par les multiples tensions de stocks dues à un long délai de livraison des ARV lié à la pandémie de la COVID-19, mais également par l'instabilité socio-politique dans les régions du Nord-ouest et du Sud-ouest. La couverture populationnelle en ARV des femmes enceintes quant à elle était de 63,9% (16 731/26 176).

Bien qu'inférieure au 2^{ème} 90, la couverture en ARV des femmes enceintes VIH+ en 2020 est en baisse par rapport aux années précédentes notamment en 2019 où elle était de 73,3% (17 046/23 249). Il serait

impératif de mettre en place des stratégies telles que la dispensation communautaire des ARV pour les FEC VIH+ et le « one stop shop model », pour augmenter l'offre et la rétention dans les soins.

Les données sur la mise sous ARV des femmes allaitantes VIH+ ne sont pas captées jusqu'ici dans nos outils de collecte primaires/secondaires et le dépistage est très peu effectué chez les femmes allaitantes. Il serait dès lors indispensable d'offrir le paquet de service aux femmes allaitantes, de mettre en place des stratégies pour intensifier le dépistage dans cette population-là, permettant ainsi de réduire le risque de TME pendant la période d'allaitement.

Quelques particularités régionales

Centre : Sur 5 428 FEC identifiées VIH+ au cours de l'année 2020, 4 052 ont bénéficié d'un traitement ARV. Ce taux (74,4%) en baisse comparé à celui de 2019 (89,8%) a été également observé dans certains districts de santé tels que Evodoula (33,3%), Yoko (34,7%) et Djoungolo (48,9%). Ces faibles performances s'expliqueraient par les ruptures en ARV enregistrées dans certains sites, la qualité du counseling, la faible couverture en APS dans certaines FOSA, le système de passation de commande en ligne qui n'est pas maîtrisé par les prestataires dans la plupart des Formations Sanitaires, le refus du statut et la mise sous ARV de certaines FEC VIH+.

Est : On retrouve un faible taux de mise sous TARV des femmes enceintes VIH+ qui est de 73,3% en 2020 contre 74,9% en 2019. Les Districts de santé de Moloundou (48%), Yokadouma (50%), Lomié (51%), Nguelemendouka (53%), Betare Oya (68%) et Doume (69%) ont eu un faible taux de mise sous TARV. Cette faible performance des DS pourrait s'expliquer par une rupture des ARV.

Nord : On observe une légère amélioration de la performance (55%) comparativement à la performance obtenue en 2019 (47%). Les meilleures couvertures ont été observées dans les DS de Lagdo, Poli et Pitoa. Les couvertures les plus faibles ont été observées dans les DS de Gaschiga, Ngong et Mayo Oulo respectivement de 65% ; 65% et 74%. Les raisons

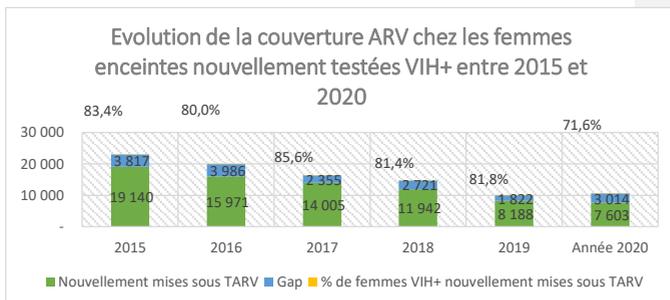
évoquées étaient le refus de mise sous TARV des FEC VIH+ et les ruptures artificielles en ARV. Dans le DS de Tcholliré et de Rey Bouba, on a observé quelques insuffisances dans la mise en œuvre de la PTME compte tenue de l'étendue et de l'enclavement du district.

Sud-ouest: La couverture populationnelle en ARV chez les femmes enceintes par rapport aux FEC identifiées VIH+ a beaucoup diminué comparée à 2019 passant de 65% à 20%. La cible de 98,7% avait été assignée à la région qui a réalisé une couverture de 20%. Les raisons évoquées de cette faible performance sont : (i) Le climat d'insécurité observé dans la région ; (ii) le District de santé de Konye réfère les cas dans les formations sanitaires ayant de grosses files actives au lieu de les prendre en charge ; (iii) le FRPS du Sud-ouest a restreint ses approvisionnements dans les districts de santé plus ou moins sécurisés, dans les zones à risque et l'approvisionnement se fait soit par les transports en commun ou par un personnel du site.

Femmes enceintes nouvellement mises sous ARV

L'initiation du TARV se fait en CPN ou en SA immédiatement après avoir dépisté une FEC VIH+. En effet, 80,2% (16 731/20 852) des femmes enceintes nouvellement dépistées VIH+ ont été mises sous ARV dont 72,5% (6 265/8 634) au cours de la CPN et 67,6% (1 338/1 980) en SA. Il existe de nombreuses difficultés dans la mise en œuvre de la stratégie « Test and Treat » surtout en salle d'accouchement.

Comparée aux cinq dernières années, l'initiation au traitement ARV chez les femmes enceintes nouvellement testées VIH+ en CPN ou en SA est plus faible en 2020 avec un taux de 71,6%. L'une des raisons étant la rupture artificielle des ARV et la pandémie à la Covid 19.



Graphique 12 : Evolution de la couverture programmatique en ARV des femmes enceintes nouvellement testées VIH+ entre 2015 et 2020.

Source : Rapports annuels CNLS 2015 à 2019, Base de données du DHIS 2, 2020.

La figure ci-dessus montre que 3 014 femmes enceintes nouvellement testées VIH+ n'ont pas été mises sous TARV représentant 73,1% (3 014/4 121) des occasions manquées.

Le suivi du couple mère-enfant pour la PTME doit être renforcé ainsi que l'implication des partenaires des FEC/FA, la création des groupes de soutien fonctionnels de mères vivant avec le VIH pour augmenter l'utilisation des services de SRMNIA, la rétention et la réduction de la stigmatisation/discrimination.

D'un point de vue national, la faible initiation au TARV des femmes enceintes nouvellement testées VIH+ a été observée dans la région du Centre (58,4%). Trois autres régions tirent le pays vers le bas avec des mauvaises performances, il s'agit des régions du Nord-ouest et du Sud-ouest avec respectivement 59,3% et 61,2% ainsi que la région du Littoral avec 64,7%.

Cependant en termes de valeur absolue, les régions du Centre (1,188), du Littoral (638) et de l'Est (410) représentent 74,2% des femmes enceintes nouvellement dépistées VIH+ non traitées.

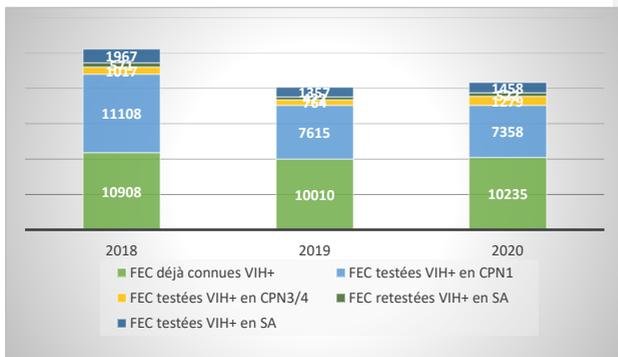
Femmes enceintes déjà sous ARV

Parmi les 16 731 femmes enceintes VIH+ mises sous traitement, 10 235 (57%) étaient déjà sous ARV avant la grossesse en hausse par rapport à 2019 ou 52% étaient déjà sous ARV. Le taux de femmes enceintes déjà sous ARV varie de 37,6% dans la région de l'Extrême Nord à 68,3% pour la région du Nord-Ouest. Cinq régions ont présenté des taux supérieurs au niveau national à savoir le Littoral (51,4%), le Sud-Ouest (54,2%), l'Ouest (66,6%) et le Nord-Ouest (68,3%), montrant probablement la baisse des nouvelles initiations d'ARV et par conséquent des nouvelles infections VIH+ chez les femmes enceintes. Il est à noter que comparé à l'année dernière, le centre (47,5%) a un taux inférieur au niveau national. Cette tendance qui peut aussi être en rapport avec la récurrence des ruptures de stock en intrants est néanmoins observée depuis 2016 : soit 34,6%, 39,2% en 2017, 45% en 2018 en 52% en 2019 et 49,1% en 2020.

Résumé du Gap

Il existe un gap programmatique aussi bien chez celles nouvellement initiées (7358) que chez celles déjà sous ARV (10235). En effet, parmi les 20 852 femmes enceintes identifiées VIH+ seules 16731 étaient sous ARV soit un gap de 4 121 (19,7%).

27,4% (2 372/8637) des femmes enceintes nouvellement dépistées VIH+ n'ont pas été mises sous ARV en CPN (CPN1 et retesting CPN3 ou CPN4) contre 32,4% (642/1980) des femmes enceintes nouvellement dépistées VIH+ qui n'ont pas été mises sous ARV en SA.



Graphique 12 : Gap programmatique en ARV entre 2018 et 2020

Source : Base de données DHIS2, 2020

Le suivi en post-partum ou lors de la vaccination est une occasion idéale pour récupérer les femmes allaitantes ; cependant on note l'absence de données de dépistage ou de mise sous TARV des femmes allaitantes. **Il serait indispensable de mettre en place des stratégies pour offrir le dépistage en post partum pour assurer de meilleurs résultats.**

III.5.4 Prophylaxie à l'INH chez la femme enceinte VIH+

La chimio prophylaxie antituberculeux par l'INH (TPI) réduit le risque de tuberculose chez les PvVIH d'au moins 60%. Lorsqu'elle est associée au TARV, la réduction du risque dépasse 80%. Selon les directives nationales de PEC du VIH, cette prophylaxie consiste en l'administration d'INH pendant 6 mois après avoir éliminé une tuberculose évolutive. Il faut noter que l'isoniazide est sans danger pendant la grossesse et l'allaitement.

Tableau 13: Couverture en INH des FEC VIH+ nouvellement initiées aux ARV par région en 2020.

Régions	Nombre FEC VIH+ identifiées	Nombre de FEC VIH+ nouvellement initiées aux ARV	Nombre de FEC déjà sous TARV	Nombre FEC VIH+ nouvellement initiées aux ARV qui ont reçu l' INH	Couverture en INH des FEC VIH+ nouvellement initiées sous ARV
Adamaoua	1408	815	578	39	2,8%
Centre	5448	1670	2383	203	3,7%
Est	2515	1142	701	142	5,6%
Extrême Nord	1190	610	383	36	3,0%
Littoral	3718	1170	1665	206	5,5%
Nord	1093	580	416	44	4,0%
Nord-Ouest	1699	319	1009	33	1,9%
Ouest	1508	444	1003	66	4,4%
Sud	868	457	368	21	2,4%
Sud-Ouest	1405	396	622	58	4,1%
National	20852	7603	9128	848	4,1%

Source: Base de données DHIS2, 2020

Au total, 848 FEC VIH+ nouvellement initiées aux ARV sur 7603 ont bénéficié de la chimio prophylaxie par l'INH soit une couverture programmatique de 4,1%. L'analyse régionale du tableau ci-dessus indique que les régions ayant une couverture en dessous de la couverture nationale sont celles du Nord (4%), du Centre (3,7%), de l'Extrême-nord (3%), de l'Adamaoua (2,8%), du Sud (2,4%) et du Nord-ouest (1,9%). Cette faible couverture en INH pourrait s'expliquer entre autres par une faiblesse dans la mise en œuvre des nouvelles directives d'où la nécessité de sensibiliser les prestataires sur sa mise en œuvre.

Quelques particularités régionales:

Centre : La prophylaxie à l'INH chez la femme enceinte VIH+ a été renforcée dans les districts en 2020. Seulement 18 districts de santé sur 30 ont rapporté des données sur l'initiation des FEC VIH+ à l'INH. Il s'agit d'une variable nouvellement introduite dans les outils de collecte, et donc peu appropriée par les prestataires. Seulement 17% des Femmes enceintes VIH+ nouvellement sous TARV ont été initiées à l'INH.

Nord : La couverture en INH des FEC VIH+ nouvellement initiées sous ARV est de 13,79%. Des insuffisances dans la connaissance en prophylaxie TB/VIH des prestataires de FOSA, la faible appropriation de la prophylaxie TB/VIH aggravée par l'absence des affiches sur le protocole et les supervisions insuffisantes sont les quelques raisons pouvant être évoquées.

Sud : Dans la région du Sud, sur 829 FEC VIH+ mises sous TARV, 21 FEC VIH+ ont été nouvellement mises sous INH soit une proportion régionale de 4,58%. Les districts de santé ayant un plus grand pourcentage d'initiation en INH sont Djoum, Lolodorf et Sangmélina avec des taux respectifs de 9,68%, 7,69% et 5,97%. Il n'y a pas eu d'initiation des FEC VIH+ à l'INH au cours de l'année de 2020 dans les districts de santé de Mvangan, Olamze et Zoetélé. Ceci pourrait s'expliquer par la non maîtrise du protocole de dispensation et la rupture de stock en INH.

III.5.5 Accouchement des femmes enceintes VIH+

En 2020 on a enregistré un taux d'accouchement de 69,9% (14 582/20 858) chez les femmes enceintes VIH+ supérieur à celui de 2019 (64,8%). Cette faible performance bien que supérieure aux années antérieures pourrait s'expliquer par une forte fréquentation des FOSA privées et/ou informelles en milieu urbain et la sollicitation des accoucheuses traditionnelles dans les zones rurales dont les données ne sont pas captées par nos outils de collecte.

Tableau 14 : Répartition du nombre d'accouchement des FEC VIH+ dans la FOSA et hors de la FOSA par région en 2020

Régions	Nombre total de FEC VIH+	Femmes VIH+ ayant accouché dans la FOSA	Femmes VIH+ ayant accouché hors de la FOSA et qui sont venues avec leurs bébés dans les 72h	Taux d'accouchement des FEC VIH+ dans la FOSA	Taux d'accouchement des FEC VIH+ hors de la FOSA et qui sont venues avec leurs bébés dans les 72h
Adamaoua	1408	909	105	64,5%	7,4%
Centre	5448	4420	505	81,1%	9,2%
Est	2515	1031	203	40,9%	8,1%
Extrême Nord	1190	645	149	54,2%	12,5%
Littoral	3718	2592	311	69,7%	8,3%
Nord	1093	561	141	51,3%	12,9%
Nord-Ouest	1699	1411	132	83,04%	7,8%
Ouest	1508	1149	128	76,2%	8,5%
Sud	868	610	76	70,2%	8,7%
Sud-Ouest	1405	1254	181	89,2%	12,9%
National	20852	14582	1931	69,9%	9,3%

Il ressort de ce tableau que les régions du Sud-Ouest (89,2%) et du Nord-Ouest (83,04%) ont enregistré des meilleures performances en termes d'accouchement des femmes enceintes VIH+ en milieu hospitalier malgré la crise sécuritaire qui prévaut dans ses deux régions. Les régions qui ont présenté un taux d'accouchement inférieur au taux national dans les FOSA sont l'Est (40,9%), Nord (51,3%), l'Extrême-Nord (54,2%), ce qui pourrait être dû à la pratique des accouchements à domicile mais aussi la crainte de fréquenter les FOSA en raison de la survenue de la COVID-19.

Bien que les directives nationales recommandent de débiter la névirapine sirop chez les enfants exposés, dans les 72 heures après la

naissance, les données recueillies montrent une faible proportion de retour des enfants exposés nés en communauté vers les FOSA dans les 72h (9,3%). Ces résultats peuvent s'expliquer entre autres par les barrières financières liées au coût de l'accouchement dans les FOSA, la faible accessibilité géographique. En attendant des solutions durables à ces problèmes structurels, il convient d'accroître la sensibilisation à travers les acteurs communautaires, les radios communautaires, plaidoyer auprès des leaders politiques traditionnels et religieux. Il est indispensable de recenser et sensibiliser les accoucheuses traditionnelles sur le risque des accouchements à domicile en général et celle des femmes vivant avec le VIH en particulier.

III.5.6 Couverture en ARV prophylactique chez l'EE au VIH

Les ARV prophylactiques chez les enfants exposés sont recommandés dans les 72h qui suivent la naissance afin de réduire les risques d'infection par le VIH. Par conséquent, la NVP doit être administrée en prise unique quotidienne pendant 6 à 12 semaines. Le temps de mise sous NVP de l'enfant exposé est fonction de la durée sous TARV de la mère ou du taux de la Charge Virale (CV) faite entre 32-36 semaines avant l'accouchement.

En 2020, 14 137 enfants exposés ont été identifiés, correspondant aux enfants nés dans la formation sanitaire et ceux nés hors FOSA qui ont été ramenés dans les 72h. 12 041 EE ont été mis sous NVP soit une couverture de 85,2%. On observe une baisse de la couverture en ARV prophylactique en 2020 comparé à 2019 (87,2%). La rupture de la NVP et également la non disponibilité des formes pharmaceutiques adaptées aux clients pourraient expliquer cette baisse de la couverture en ARV prophylactiques.

Commenté [CM3]: Il y'a le chèque santé dans le septentrion

Commenté [CM4]: ?????

Tableau 15: Couverture en ARV prophylactique chez les enfants exposés en 2020.

Régions	Nombre de FEC attendues VIH+	Nombre de FEC VIH+	Nombre de FEC VIH+ sous TARV	Couverture en ARV de la FEC VIH+	Nombre d'EE identifiés	Nombre d'EE sous NVP	Couverture en ARV prophylactique chez les EE
Adamaoua	1 800	1408	1393	98,9%	963	917	95,2%
Centre	6 709	5448	4053	74,4%	3707	3054	82,3%
Est	3 323	2515	1843	73,3%	1121	850	75,8%
Extrême Nord	1 478	1190	993	83,4%	651	507	77,8%
Littoral	4 811	3718	2835	76,2%	2586	2275	87,9%
Nord	1 456	1093	996	91,1%	714	542	75,9%
Nord-Ouest	2 060	1699	1328	78,1%	1409	1265	89,7%
Ouest	1,801	1508	1447	95,9%	1270	1170	92,1%
Sud	1 045	868	825	95,04 %	689	656	95,2%
Sud-Ouest	1 692	1405	1018	72,4%	1027	805	78,4%
National	26 176	20852	16731	80,2%	14137	12041	85,2%

Source: Base de données DHIS2, 2020

Quelques particularités régionales:

Adamaoua : La couverture en NVP sirop était de 95,2% (963/917). Les districts de santé de Tibati (75,5%) et de Ngaoundéré rural (89,3%) avaient enregistré les plus faibles performances dans ce domaine.

Nord : La couverture en NVP sirop était de 77,7% (542/714). Les districts de santé de Gaschiga (0 %), de Mayo Oulo (33,3%), de Lagdo (46%), de Colombe (66,7%) ont enregistré des faibles performances. On peut noter comme causes de cette faible performance :

- La faible fréquentation des FOSA par les FEC VIH+ ayant accouché en communauté dans les délais requis de moins 72 heures ;

- La rupture de stock en Névirapine Sirop ;
- Le faible enregistrement des décès des enfants exposés accouchés hors ou dans la FOSA dans la première semaine de vie ;
- La prescription de la forme comprimée adaptée n'était pas maîtrisée par tous les prestataires.

Sud : La couverture en NVP sirop était de 95,2% (656/689). Les districts de santé avec des taux de mise sous prophylaxie ARV supérieur à la moyenne régionale étaient Sangmélisma (100,95%), Mvangan (100%), Ebolowa (98,95 %) et Meyomessala (98,33%). Les districts de santé ayant un plus faible taux de mise sous prophylaxie étaient Olamze (80%), Kribi (85,96%) et Ambam (88,73%).

III.5.7 Couverture en cotrimoxazole chez les enfants exposés

Le Cotrimoxazole est administré dès l'âge de 6 semaines à tout enfant exposé jusqu'au diagnostic final de l'enfant exposé. En effet, en cas de test VIH positif, le CTX sera poursuivi mais arrêté dans le cas contraire c'est-à-dire diagnostic du VIH négatif. En 2020, mais aussi depuis quelques années, le CTX a été en rupture la majeure partie de l'année. Par conséquent la donnée collectée de routine peut être sous-estimée. Le plaidoyer ici serait adressé à l'endroit du MINSANTE pour mettre à disposition le cotrimoxazole pour les enfants exposés afin de lutter contre les infections opportunistes. Sur un total de 14137 enfants exposés enregistrés, 8 589 ont bénéficié de la prophylaxie au Cotrimoxazole dès l'âge de 6 semaines, soit une couverture programmatique de 60,7% (en baisse par rapport) à 2019 et une couverture populationnelle de 41,2% (8 589/20 852).

Tableau 16 : Couverture en Cotrimoxazole chez l'enfant exposé, 2020.

Région	Nombre de FEC identifiées VIH+	Nombre d'EE identifiés	Nombre d'EE sous NVP	Nombre d'EE sous CTX	Couverture en CTX chez EE
Adamaoua	1408	963	917	498	51,7%
Centre	5448	3707	3054	2082	56,2%
Est	2515	1121	850	491	43,8%

Extrême Nord	1190	651	507	214	32,9%
Littoral	3718	2586	2275	1661	64,2%
Nord	1093	714	542	433	60,6%
Nord-Ouest	1699	1409	1265	1053	74,7%
Ouest	1508	1270	1170	1045	82,3%
Sud	868	689	656	417	60,5%
Sud-Ouest	1405	1027	805	695	67,7%
National	20852	14137	12041	8589	60,8%

Source : Base de données DHIS2, 2020

La couverture en CTX chez l'enfant exposé au niveau national était à 60,8%. Ces taux varient de 32,9% dans la région de l'Extrême Nord à 82,3% pour la région de l'Ouest.

III.5.8 Couverture en offre de service du diagnostic précoce du VIH chez l'enfant exposé

Tout enfant né de mère VIH+ devrait bénéficier du diagnostic précoce du VIH par PCR entre la 6^{ème} et la 8^{ème} semaine après sa naissance. Les données collectées auprès des laboratoires accrédités et des POC/EID du réseau ont révélé que 13 777 enfants exposés ont bénéficié d'un dépistage précoce du VIH soit un taux de 97,4% (13 777/14 137) en baisse par rapport à 2019 (98,5%). Les raisons pouvant l'expliquer étaient entre autre **(i)** la faible disponibilité des intrants (DBS, cartouches), **(ii)** une qualité altérée de certains prélèvements du fait que la plus part des prestataires ne sont pas formés au prélèvement sur papier buvard **(iii)** la faible collecte et complétude du rapportage **(iv)** la faible implication des OBC, des radios communautaires, des leaders traditionnels et religieux pour la sensibilisation, la mobilisation sociale de la communauté et l'accroissement de la demande de l'utilisation des Point Of Care (POC).

Commenté [CM5]: Est ce qu'il y'a eu des rejets?

Tableau 17 : Couverture en offre de PCR chez les enfants exposés, 2020.

Régions	Nombre d'EE identifiés	Nombre d' EE ayant fait une PCR	Nombre d' EE ayant une PCR+	Nombre d' EE ayant une PCR+ ayant été initiés au TARV	Couverture en ARV des EE ayant une PCR+
Adamaoua	963	840	28	36	128,6%
Centre	3707	3 521	122	72	59,0%
Est	1121	847	75	34	45,3%
Extrême Nord	651	553	17	26	152,9%
Littoral	2586	2 070	136	60	44,1%
Nord	714	1 018	82	12	14,6%
Nord-Ouest	1409	1 669	39	39	100,0%
Ouest	1270	1,631	31	32	103,2%
Sud	689	636	18	14	77,8%
Sud-Ouest	1027	992	43	43	100,0%
National	14137	13 777	591	368	62,3%

Source : Rapport des Régions de 2020

Le nombre total d'enfants diagnostiqués positifs au VIH était de 591, soit un taux de positivité de 4,3%. Ce taux est légèrement en baisse par rapport à celui de 2019 qui était de 4,8%.

Le tableau ci-dessus nous montre une couverture en ARV chez les enfants exposés testés VIH+ de 62,3% (368/561) en 2020. Malgré une augmentation par rapport à 2019 de 46,1% (334/724) ce taux demeure faible. Il ressort de l'analyse des données régionales une variation de la couverture en ARV allant de 14,6% au Nord à 152,9% à l'Extrême Nord. En plus de la région du Nord, les régions de l'Est (45,3%), du Littoral (44,1%) et du Centre (59,0%) ont enregistré de très faibles performances. Ces performances pourraient s'expliquer par la rupture permanente des ARV pédiatriques et par le long délai de rendu des résultats entraînant des Perdus de Vue (PDV). Par contre,

les régions de l'Adamaoua (128,6%), de l'Extrême Nord (152,9%) et de l'Ouest (103,2%) ont enregistré des performances au-dessus de 100%, ceci dû au fait qu'une grande proportion de ces enfants exposés nés en 2019 sont dépistés pour VIH+ en 2020 et par conséquent initiées tardivement. Ceci nous pose le problème du suivi de cohorte des enfants exposés, de l'initiation précoce du TARV des enfants infectés VIH+ ainsi que du diagnostic tardif des enfants nés de mères VIH+.

Quelques particularités régionales

Adamaoua : Au cours de l'année écoulée, les formations sanitaires de l'Adamaoua ont enregistré 653 enfants en consultation entre la 6^e et la 8^e semaine. Cependant, seulement 580 de ces enfants ont été dépistés par PCR soit une couverture de 88,8%. Cette faible performance s'explique par le fait que les prestataires dans le district de santé de Ngaoundéré rural effectuent peu de prélèvement DBS chez les enfants exposés. Les raisons évoquées dans les autres districts à faible performance sont entre autres une rupture artificielle en DBS, un découragement chez les prestataires du fait du retour très tardif (ou pas du tout) des résultats des précédents échantillons prélevés sans oublier la documentation non systématique des activités menées.

Est : 74,5% des enfants exposés ont été dépistés par PCR. Il faut noter que l'appareil servant à réaliser les PCR à l'HR de Bertoua a été réquisitionné au cours de l'année, afin de réaliser les examens de la Covid-19 ce qui a ralenti la réalisation des PCR et CV pendant une longue période.

Extrême Nord : Seulement 63% des enfants exposés entre 6 et 8 semaines de vie ont été dépistés par la PCR. Ceci s'explique par les ruptures en DBS dans les FOSA, l'absence des prestataires formés en DBS et enfin les perdus de vue.

Nord : 602 (86,2%) enfants exposés entre la 6^e et la 8^e semaine ont été dépistés par PCR. Dans les CSI, les prestataires font moins de prélèvement DBS à cause du manque compétence et de la non disponibilité en DBS. On observe par ailleurs, un faible feedback des résultats de PCR et une faible traçabilité de la documentation des activités réalisées dans le site.

Sud : La région du Sud a enregistré 636 enfants ayant bénéficié d'au moins une PCR, soit un taux de testing de 98,9 % (636/684). Au cours de l'année 2020, on a retrouvé 20 PCR positives chez les enfants exposés donnant ainsi un taux de séropositivité de 3,14 %. Le retour tardif des résultats de PCR par le CICRB et aussi le dysfonctionnement du POC d'Ambam peuvent expliquer cette situation.

En effet, le délai de retour des résultats de PCR a connu un gros retard cette année pour les PCR réalisées au CICRB (6 mois parfois). Certains résultats sont arrivés au moment où ces enfants étaient décédés dans les Districts de santé de Kribi et d'Ambam.

Sud-ouest : Au cours de l'année, 80% des enfants ont été testés par PCR entre 6 et 8 semaines. Cette performance s'explique par la mise en œuvre de projets d'amélioration de la qualité pour le dépistage précoce, la formation des agents de terrain sur la collecte des DBS et la présence de transporteurs dans les Districts de santé prioritaires.

III.6 Activités communautaires de la PTME

Plusieurs interventions et activités sont dévolues aux acteurs communautaires classiques de la PTME. La matrice ci-dessous présente spécifiquement les interventions et activités de chaque acteur communautaire de la PTME.

Tableau 18 : Matrice des intervenants, des activités et interventions communautaires de la PTME

Intervenants	OBC	APS	M2M	ASC
Interventions				
Création de la demande	x	x	x	x
Communication pour le Changement de Comportement /Communication pour le développement (CCC/C4D)	x	x	x	x

Campagne de sensibilisation et offre de services	x			
Dépistage du VIH en communauté	x	x		
Lien au Traitement Antirétroviral	x	x	x	
Education Thérapeutique (ETP)	x	x	x	
Aide à l'observance et à la rétention aux soins	x	x	x	
Accompagnement psychosocial	x	x	x	
Référence et contre référence des Femme En Ceinte /Femme Allaitante /Enfants nés en communauté	x	x	x	x
Gestion des cas de Violence Basées sur le Genre	x			x
Accompagnement des FEC/allaitantes et leur famille dans la réalisation des Activités Génératrices de Revenu	x			
Mentoring communautaire	x			
Supervision communautaire	x			
Mobilisation communautaire pour la création de la demande et l'utilisation des services de SRMNIA /PTME	x			
Recherche active des FEC /FA VIH+ et des EE en communauté	x	x	x	

Au cours de l'année 2020, les données issues des activités communautaires de la PTME ont été collectées auprès de plusieurs acteurs communautaires. Il s'agit d'une part des sous-réceptaires du Fonds Mondial mettant en œuvre la stratégie intégrée des Interventions Sous Directives Communautaires (ISDC) à travers 4892 Agents de Santé Communautaire Polyvalents (ASCP) dans 10 régions, 69 districts de santé et 636 aires de santé, du consortium Plan International, IRESCO et MC-CCAM. D'autre part Plusieurs autres intervenants communautaires à l'instar de NOLFOWOP (12

DS), Horizons Femmes (01 DS), Le Bon Guide (01 DS) et CIBAEVA (05 DS) ont également mis en œuvre des activités communautaires de PTME dans les régions du Centre, Est, Littoral, Nord-Ouest, Ouest, Sud-Ouest, Nord, Ouest et Sud.

Le tableau ci-dessous présente le récapitulatif de toutes les interventions menées par les acteurs cités. A l'analyse de ce tableau, il ressort que plusieurs interventions contenues dans la matrice ci-dessus n'ont pas été implémentées en 2020.

Tableau 19 : Synthèse annuelle des activités mises en œuvre dans la PTME communautaire au cours de l'année 2020.

acteur de mise en œuvre	Interventions	Activités	Zone d'intervention (site/Fosa)	Résultats obtenus	Partenaire d'appui
NOLFOWOP	Mobilisation communautaire des femmes enceintes, allaitantes et de leurs Partenaires sur	Mobilisation et référence (accompagnement physique) des femmes enceintes pour leur CPN vers les formations sanitaires	Sud (district de santé d'Ebolawa, de Sangmélima, de Meyomessala, D'Ambam) Littoral (district de santé de Deido, Mbangue, Newbell et Edea) Centre (Cité verte, Biyemassi et Djoungolo).	250 (FEC) mobilisées et référées à la Fosa	EGPAF

les services de CPN/PTME		Est (Abonna Mbang)	
	Mobilisation et référence (accompagnement physique) des femmes allaitantes pour la CPON du couple mère enfant vers les formations sanitaires	Sud (district de santé d'Ebolawa, de Sangmélina, de Meyomessala, D'Ambam)	298(FA) mobilisées et référées à la Fosa
	Mobilisation et référence des Partenaires FEC/FA	Littoral (district de santé de Deido, Mbangue, Newbell et Edea) Centre (Cité verte, Biyemassi et Djoungolo). Est (Abong Mbang)	69 (Partenaire FEC/FA) mobilisés et référés à la Fosa

	Dépistage communautaire du VIH chez les femmes enceintes, allaitantes et leurs partenaires	Dépistage communautaire des femmes enceintes (premier test en communauté)	Sud (District de sante d'Ebolawa, de Sangmélima, de Meyomessala, D'Ambam)	7 FEC dépistées VIH+	
		Dépistage communautaire des femmes allaitantes (premier test en communauté)	Littoral (district de sante de Deido, Mbangue, Newbell et Edea)	5 FA dépistées VIH+	
		Dépistage communautaire des partenaires des FEC et FA (premier test en communauté)	Centre (Cité verte, Biyemassi et Djoungolo).	1 partenaire de FEC/FA dépisté VIH+	
		Dépistage familial, des adolescents en communauté (premiers test en communauté)	Est (Abong Mbang).	10 adolescents dépistés VIH+	
	Lien au traitement des FEC, FA et leurs partenaires	Accompagnement physique vers la fosa/site de prise en charge	Sud (DS Ebolawa, Sangmélima,	7 FEC;5 FA et 01 Partenaire FA/FEC confirmés	

	dépistées positifs en communauté		Meyomessala, Ambam) Littoral (DS Deido, Mbangue, Newbell et Edea) Centre (DS Cité verte, Biyemassi et Djoungolo). Est (DS Abong Mbang)	VIH+ par la FOSA et mis sous traitement	
	Amélioration de la rétention des FEC VIH+	Suivi des FEC/FA, leurs partenaires, enfants et adolescents dépistés VIH+ (à travers les VAD, groupe de soutien, groupe de parole, groupe de parente positive, groupe de SSR...)	Sud (DS Ebolawa, Sangmélina, Meyomessala, Ambam) Littoral (DS Deido, Mbangue, Newbell et Edea)	FEC : 7 VIH+ FA : 5 VIH+ Partenaire FA et FEC : 1 VIH+ confirmé par la FOSA et mis sous traitement et suivi en communauté	

			Centre (DS Cité verte, Biyemassi et Djoungolo). Est (DS Abong Mbang)	
Recherche active des enfants exposés au VIH en communauté	Plaidoyer communautaire au sein des familles sur l'importance du dépistage précoce du VIH Etablissement des listes des Enfants Exposés n'ayant pas encore fait de PCR en collaboration avec la FOSA Accompagnement physique des EE de la communauté vers la FOSA pour le diagnostic précoce par la PCR.	Sud (district de santé d'Ebolawa, de Sangmélima, de Meyomessala, D'Ambam) Littoral (district de sante de Deido, Mbangué, Newbell et Edea) Centre (Cité verte, Biyemassi et Djoungolo).	286 enfants exposés ayant fait les PCR1 et PCR2 2 enfants exposés ont eu la PCR positive et ont été mis sous traitement ARV.	

			Est (Abong Mbang)		
Aide à l'observance	à	Sensibilisation des FEC VIH+ sur l'importance de l'administration de la névirapine aux enfants dès la naissance et l'acquisition du flacon de névirapine avant l'accouchement	Sud (district de santé d'Ebolawa, de Sangmélina, de Meyomessala, D'Ambam) Littoral (district de sante de Deido, Mbangue, Newbell et Edéa) Centre (Cité verte, Biyemassi et Djoungolo). Est (Abong Mbang)	286 enfants exposés ont reçu la névirapine dès la naissance et ont également été mis sous Cotrimoxazole après le diagnostic de la PCR1	EGPAF
		Suivi des enfants exposés sous névirapine et cotrimoxazole (à travers les VAD, les appels téléphoniques et rappels pendant les groupes de soutien de parente positive ...)			

HORIZON FEMME	Mobilisation communautaire des femmes enceintes et allaitantes sur les services de CPN y compris la PTME	Briefing de 100 agents de santé Communautaires à la communication sur le VIH, le dépistage conseil du VIH	District de santé de la MIFI	100 ASC sont formés sur : <ul style="list-style-type: none"> - Généralités sur le VIH/SIDA ; - Aide à l'observance ; - Concept dépistage par cas index ; - Education Thérapeutique (ETP) ; Rôle des ASC dans la mobilisation des enfants, adolescents, femmes enceintes et allaitantes ; Améliorer les connaissances des ASC sur le U-Report	UNICEF
		Mobilisation et orientation de 3685 femmes enceintes et allaitantes pour leur	District de santé de la MIFI	4306 femmes enceintes / Allaitantes et 54 enfants et	

		CPN y compris la PTME vers les formations sanitaires		adolescents sont sensibilisés	
		Organisation d'une réunion de plaidoyer avec les autorités traditionnelles, communales et sanitaires		01réunion est organisée, 35leaders communautaires, 01 Maire, 01 COSADI, 03 Autorités sanitaires (CS, CDPTME DS, PFPTME)	
	Dépistage des bénéficiaires	Enregistrement de 2000 jeunes sur la plateforme Conseil et Dépistage de 3685 femmes enceintes et allaitantes	District de santé de la MIFI	1907 U-Reporters enregistrés sur la 3866FEC/FA dépistées ; 54 Jeunes et adolescents dépistés ; 25 Conjointes vivant avec le cas index dépistés ;	

				58 autres jeunes et adolescents sont conseillés et dépistés au test de VIH	
		Dépistage de 74FEC/FECVIH		33FEC/FA VIH+ 01 Ados VIH+ 01 Conjoint VIH+	
Suivi des bénéficiaires vivant avec le VIH	Mise sous traitement de 33 FEC/FA, enfants et 01 adolescent dépistés VIH+, 01 conjoint VIH+	District de santé de la Mifi		33FEC/FA VIH+, 01 Ados VIH+, 01 Conjoint VIH+ reçoivent leur traitement ARV	
Suivi des enfants nés des mères VIH+	Dépistage précoce des enfants nés des mères séropositives	District de santé de la Mifi		25 enfants ont fait le diagnostic précoce à 6 semaines de leur naissance avec résultat négatif	
Suivi des enfants nés des mères VIH+	Mise sous Névirapine et cotrimoxazole les enfants nés des mères séropositives	District de santé de la Mifi		25 enfants exposés ont reçu la Névirapine dès la naissance et ont également été mis sous Cotrimoxazole	UNICEF

				après le diagnostic de la PCR1	
BON GUIDE	Renforcement de la gestion du programme basé sur les évidences (supervision, suivi-évaluation des activités d'assurance qualité/HACT et des plateformes de coordination multisectorielle à tous les niveaux)	Mobilisation des adolescents, femmes enceintes/allaitantes, leurs partenaires et leurs familles pour l'utilisation effective des services de PTME, de prise en charge du VIH chez les enfants les adolescents et la rétention dans le continuum des soins	District de sante d'ébolowa	EN 2020, les enfants, les adolescents, les femmes enceintes/allaitantes et leurs familles ont les connaissances et compétences requises pour la demande des services de prévention, soins et traitement et la rétention dans le continuum des soins dans les zones prioritaires	
		sensibilisation des FEC/FA qui fréquentent les services de SRMNIA/PF sur la prévention, le dépistage du VIH et la		496 femmes ont été sensibilisées sur la prévention, le dépistage et conseil du VIH et la PTME	

	PTME dans le cadre de la SSR		dans le cadre de la SSR	
	Mise sous traitement ARV des femmes enceintes/allaitantes VIH+ identifiées		38 femmes enceintes/allaitantes VIH+ identifiées sont mises sous traitement ARV	
	Le nombre de partenaires des femmes enceintes/allaitantes dépistés		21 partenaires des femmes enceintes/allaitantes dépistés VIH+	
	Mise sous traitement des partenaires des femmes enceintes/allaitantes dépistés		21 partenaires des femmes enceintes/allaitantes dépistés VIH+ et mis sous traitement ARV	
	Diagnostic précoce du VIH des enfants exposés nés de mères VIH+ à 6e semaine		38 enfants exposés nés de mères VIH+ font le diagnostic précoce du VIH à la 6e semaine.	

		Mises sous traitement ARV prophylactiques des EE identifiés	District de sante d'ebolowa	38 enfants exposés nés de mères VIH+ mis sous traitement ARV prophylactique (NVP)	
CIBAEV A	Référence et contre référence des Femmes En Ceintes /Femmes Allaitantes /Enfants nés en communauté	Recherche communautaire des femmes enceintes	DS de Dschang, Penka-Michel , Santchou, Mbouda DS de Bonassama	28 femmes enceintes Recherchées et Conduites dans le Circuit PTME (12 DS Dschang (12), 03 DS Penka-Michel (03), DS Santchou (01), DS Mbouda (07, et DS Bonassama (05)	CIBAEV VA
NGOMOTO	Référence et contre référence des Femmes En Ceintes /Femmes Allaitantes /Enfants nés en communauté	Recherche communautaire des femmes enceintes	District de sante d'Ebolowa	38 femmes enceintes Recherchées et Conduites dans le Circuit PTME dans le DS d'Ebolawa	NGOMOTO

ASAD	Amélioration de la rétention des FEC VIH+	Visites A Domicile (VAD) et Causeries Educatives (CE)	District de Santé Bertoua	349 VAD 735 CE	UNICEF
	Dépistage communautaire du VIH chez les femmes enceintes, allaitantes et leurs partenaires	Dépistage des FEC/FA		937 FEC dépistées et 36 identifiées VIH+ 376 FA dépistées et 11 identifiées VIH+ 09 Adolescents dépistés et 1 identifié VIH+	
	Recherche active des enfants exposés au VIH en communauté	Référence des Enfants Exposés pour l'examen de PCR en FOSA		24 EE référés dans les FOSA pour la PCR et 0 identifié VIH+	

Il ressort de ce tableau que plusieurs stratégies ont été utilisées dans le cadre des interventions communautaires de la PTME : (i) le renforcement du lien entre les services de dépistage et de prise en charge des ARV pour les FEC/FA, (ii) le renforcement des actions communautaires en faveur de l'utilisation des services de PTME/SRMNIA ;(iii) la stratégie intégrée des ISDC, (iv) la stratégie avancée en communauté ; (v) référence et contre référence des Femmes Enceintes /Femmes Allaitantes /Enfants nés en communauté et (vi) la mobilisation communautaire. La combinaison de ces différentes stratégies a contribué à l'atteinte des cibles du Plan National Stratégique. En effet, dans le cadre de la **mobilisation communautaire** des FEC/FA et de leurs Partenaires pour l'utilisation des services de SRMNIA/PTME, les résultats suivants ont été obtenus en 2020 :

- 250 FEC ont été accompagnées physiquement dans les FOSA du Sud (district de sante d'Ebolawa, de Sangmélina, de Meyomessala, D'Ambam), du Littoral (district de sante de Deido, Mbangue, Newbell et Edéa), du Centre (Cité verte, Biyemassi et Djoungolo) et de l'Est (Abonna Mbang).
- 298 FA ont été mobilisées et de référées à la Fosa dans les fosas des DS du Sud (district de sante d'Ebolawa, de Sangmélina, de Meyomessala, D'Ambam), du Littoral (district de sante de Deido, Mbangue, Newbell et Edéa)
- 100 ASC ont été formés (Généralités sur le VIH/SIDA ; Aide à l'observance ; Concept dépistage par cas index ; Education Thérapeutique (ETP) ; Rôle des ASC dans la mobilisation des enfants, adolescents, femmes enceintes et allaitantes ; connaissances des ASC sur le U-Report
- 4306 femmes enceintes / Allaitantes ont été sensibilisées sur la prévention, le dépistage et conseil du VIH et de la PTME dans le DS de la Mifi ;
- 01 réunion de plaidoyer avec les autorités traditionnelles, communales et sanitaires regroupant 35 leaders communautaires ; 01 Maire ;01 COSADI ;03 Autorités sanitaires (CS, CDPTME DS, PFPTME) ;

- 1907 U-Reporters enregistrés sur la plateforme ;
- 496 femmes ont été sensibilisées sur la prévention, le dépistage et conseil du VIH et de la PTME dans le cadre de la SSR dans le DS d'Ebolowa, parmi lesquelles 38 FEC/FA identifiées VIH+ ont été mises sous traitement ARV ;
- 21 partenaires des femmes enceintes/allaitantes identifiés VIH+ ont été mis sous traitement ARV dans le DS d'Ebolowa.

La stratégie de **dépistage communautaire** du VIH chez les femmes enceintes, allaitantes et leurs partenaires a permis d'identifier et lier au TARV 13 personnes positives au VIH et d'améliorer la rétention au TARV (7 FEC, 5 FA et 1 partenaire de FEC/FA) dans le Sud (District de santé d'Ebolowa, de Sangmélina, de Meyomessala, D'Ambam), le Littoral (district de santé de Deido, Mbangue, Newbell et Edéa), le Centre (Cité verte, Biyemassi et Djoungolo) et l'Est (Abong Mbang).

La **Recherche active des enfants exposés au VIH en communauté** a permis d'obtenir les résultats suivants :

- 286 enfants exposés ont fait les PCR1 et PCR2 dont 2 avec PCR positive et mis sous traitement ARV dans le Sud (district de santé d'Ebolowa, de Sangmélina, de Meyomessala, D'Ambam), le Littoral (district de santé de Deido, Mbangue, Newbell et Edéa), le Centre (Cité verte, Biyemassi et Djoungolo) et l'Est (Abong Mbang) ;
- 286 enfants exposés ont été mis sous Névirapine dès la naissance et ont été mis sous Cotrimoxazole après le diagnostic de la PCR1 ;

Dans le cadre du **Dépistage et du Suivi des bénéficiaires vivant avec le VIH**, les résultats suivants ont été enregistrés :

- 3866FEC/FA ainsi que 25 conjoints vivants avec un cas index ont été dépistés dans le DS de la Mifi ;
- 33FEC/FA et 01 Conjoint ont été identifiés VIH+ et mis sous TARV dans le DS de la Mifi
- 21 partenaires de FEC (38) ont été dépistés et mis sous traitement ARV dans le DS d'Ebolowa.
- 349 VAD dans le DS de Bertoua

- 735 CE dans le DS de Bertoua
- 937 FEC dépistées et 36 identifiées VIH+
- 376 FA dépistées et 11 identifiées VIH+
- 09 Adolescents dépistés et 1 identifié VIH+

La **référence et contre référence des FEC, des FA et des Enfants nés en communauté** a rendu compte des résultats suivants :

- 16 femmes enceintes recherchées et conduites dans le circuit de PTME dans les DS DSCHANG, Penka michel et Sanchou ;
- 07 femmes enceintes recherchées et conduites dans le circuit de PTME dans le DS de Mbouda ;
- 05 femmes enceintes recherchées et conduites dans le circuit PTME dans le DS de Bonassama ;
- 38 femmes enceintes recherchées et Conduites dans le Circuit PTME dans le DS d'Ebolawa.

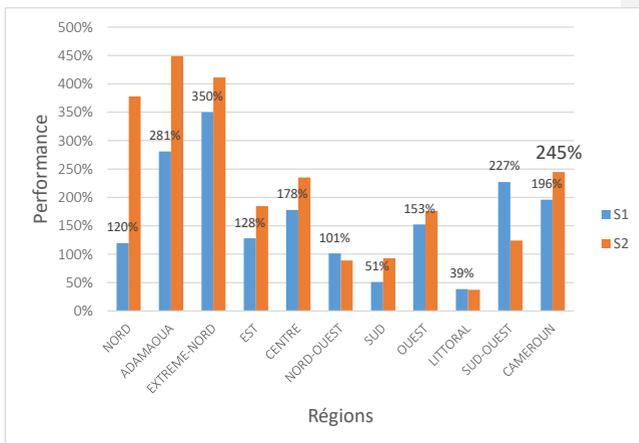
Le **Suivi des enfants nés des mères VIH+** a rendu compte des résultats suivants :

- 25 enfants exposés ont fait le diagnostic précoce à 6 semaines de leur naissance avec résultat négatif, ont reçu la névirapine dès la naissance et ont également été mis sous Cotrimoxazole après le diagnostic de la PCR1 dans le DS de la Mifi ;
- 38 enfants exposés nés de mères VIH+ ont fait le diagnostic précoce du VIH à la 6e semaine et ont été mis sous traitement ARV prophylactique (NVP) dans le DS d'Ebolawa.
- 24 EE référés dans les FOSA pour la PCR et 0 identifié VIH+ dans le DS de Bertoua

III.6.1 La stratégie ISDC

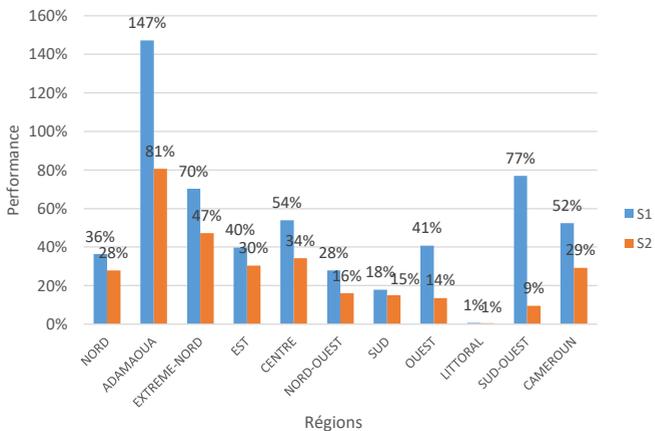
La stratégie ISDC a permis de ramener dans les FOSA 52 228 FEC sur 43 216 attendues en CPN correspondant à 120,9 % de la cible et de référer 23 385 sur 89 132 enfants nés en communauté soit 26,2% de la cible. Ces résultats sont en baisse pour les FEC par rapport aux résultats obtenus en 2019 soit 97% des FEC attendues en CPN ramenées et en hausse pour les enfants nés en communauté référés dans les FOSA.

Les résultats obtenus en 2020 sont résumés dans les graphiques 13 et 14 ci-dessous.



Graphique 13: Pourcentage de femmes enceintes n'ayant pas commencé la CPN référées et reçues à la FOSA (Cible= 60%)

Source : Rapport état des lieux de la MEO des ISDC



Graphique 14 : Pourcentage d'enfants nés en communauté référés et reçus dans la formation sanitaire (Cible=50%)

Source : Rapport état des lieux de la MEO des ISDC

III.6.2 Faiblesses dans la mise en œuvre des interventions de PTME en 2020

Au cours de l'année 2020, plusieurs difficultés ont entravé l'action des acteurs de la PTME. Celles-ci ont été classées ainsi qu'il suit :

Faiblesses liées au système de santé

- Suivi limité des activités des ASC par les chefs d'aire de santé ;
- Inégale répartition des POC au plan national ;
- Rupture persistante des intrants de point of care ;
- Ruptures des kits de prélèvement des DBS ;
- Rupture de Cotrimoxazole et de NVP sirop dans certaines FOSA ;
- Disponibilité tardive des résultats de charges virales et de PCR ;
- Faible adhésion des FOSA à l'application des USER FEES ;

- Réticence de certaines Fosa à rendre disponible les tests de dépistage du VIH pour les cas index en communauté ;
- Manque de matériel de protection contre le Covid -19 (masques, gels, etc.).
- Faible collaboration entre les FOSA et les OBC ;
- Insuffisance de coordination des interventions communautaires à tous les niveaux ;
- Absence des outils harmonisés de collecte des données communautaires au plan national ;
- Faible rapportage des données communautaires ;
- Absence des indicateurs de la PTME communautaires dans le DHIS2 ;
- Absence des cibles définies de la PTME communautaire ;
- Insuffisance des outils d'ETP dans les OBC ;
- Faible accompagnement de proximité aux bonnes pratiques Communautaires (mentoring et supervision communautaire)

Faiblesses liées aux acteurs communautaires

- Faible disponibilité de matériel de sensibilisation ou d'information en communauté pour la PTME ;
- Faible partage des expériences ;
- Insuffisance des financements pour la mise en œuvre des activités communautaires ;
- Faible collaboration avec les FOSA, les Districts de Santé ; les leaders d'opinion communautaires et les points de ralliement ;
- Faible transmission des données communautaires vers le niveau central ;
- Manque de cohésion entre les associations communautaires ;
- Faible collaboration entre les acteurs communautaires.
- Insuffisance de coordination au sein des instances communautaires (coalition des OSC de santé, réseau des PVVIH, ...) ;
- Non existence d'une cartographie des interventions et des intervenants communautaires de l'aire santé à la région.

- Faible accompagnement des bénéficiaires vers l'autonomisation.

Faiblesses liées aux bénéficiaires

- Refus de certaines FEC à aller dans les FOSA agréées pour la CPN ;
- Réticence de certaines FA à se faire dépister, à faire le dépistage de leurs enfants et ainsi que l'examen de PCR pour leurs bébés ;
- Difficultés financières des bénéficiaires ;
- Faible demande des services de VIH par les FEC/FA VIH+ ainsi que leur partenaire ;
- Préjugés limitant l'accès aux services de dépistage de VIH ;
- Réticence de certains ménages à recevoir les ASCP et autres acteurs communautaires due à l'épidémie de Covid-19.

III.6.3 Propositions de solutions aux faiblesses de la PTME liées en 2020

Suite aux faiblesses sus – citées dans la mise en œuvre des interventions de PTME au cours de l'année 2020, les propositions ci-dessous ont été faites :

Tableau 20 : Propositions de solutions aux Faiblesses de la PTME liées au Système de santé en 2020

Faiblesses liées au Système de santé	Propositions de solutions
et les données y relatives ne sont toujours pas collectées à partir de nos outils de collecte primaire	
Faible coordination et suivi des interventions communautaires à tous les niveaux	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer la coordination et le suivi des activités communautaires de PTME à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ; - Renforcer la collaboration entre les PF PTME et OBC/APS pour le suivi des activités de PTME au niveau opérationnel
Inégale distribution des POC au plan national	<ul style="list-style-type: none"> - Faire un état des lieux de la disponibilité des POC au plan National ; - Rationaliser la répartition des POC au plan national ; - Poursuivre l'extension des POC dans les DS/FOSA non équipés
Rupture persistante des intrants (KIT DBS, Cartouches) de point of care au plan national	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer les capacités des prestataires des FOSA sur la gestion des médicaments, des intrants et consommables de laboratoire à tous les niveaux
Rupture de Cotrimoxazole et de NVP sirop dans certaines FOSA	
Rendu tardif des résultats de charges virales et de PCR	<ul style="list-style-type: none"> - Accélérer la distribution et l'utilisation des SMS Printer au plan national
Faible adhésion des FOSA à l'application des USER FEES	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibiliser les responsables des FOSA pour la mise en œuvre de la circulaire relative sur USER FEES ; - Organiser des supervisions dans les FOSA sensibilisées à la mise en application de la circulaire relative aux UF

Réticence de certaines Fosa à rendre disponible les tests de dépistage du VIH pour les cas index en communauté	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place un cadre de concertation et de collaboration au niveau District pour l'amélioration de la collaboration FOSA-OBC ; - Sensibiliser les responsables des FOSA pour la prise en compte des commandes des OBC rattachées à leur structure.
Faible collaboration entre les FOSA et les OBC	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place un cadre de concertation et de collaboration au niveau du District pour l'amélioration de la collaboration FOSA-OBC.
Absence des outils harmonisés de collecte des données communautaires	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborer les outils harmonisés de collecte des données de suivi communautaire de la PTME au plan national
Faible rapportage des données communautaires	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborer, produire et disséminer les registres de collecte des données de suivi communautaire de la PTME; - Organiser des réunions de coordination des acteurs communautaires à tous les niveaux ; - Organiser des réunions trimestrielles de validation des données de suivi communautaire de la PTME à tous les niveaux.
Absence des indicateurs de la PTME communautaires dans le DHIS2	<ul style="list-style-type: none"> - Valider et Paramétrer les indicateurs de suivi communautaire de la PTME dans le DHIS2
Absence des cibles définies de la PTME communautaires	<ul style="list-style-type: none"> - Définir des cibles annuelles et trimestrielles de la PTME communautaire au niveau du District de santé
Insuffisance des outils d'ETP dans les OBC	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborer, Produire et doter les OBC en outils d'ETP
Absence d'outils de sensibilisation dans les OBC pour l'utilisation des services de SRMNIA	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborer, produire et disséminer les outils de sensibilisation pour l'utilisation des services de SRMNIA auprès des acteurs communautaires de la PTME et des FOSA

Faible accompagnement de proximité aux bonnes pratiques Communautaires (mentoring et supervision communautaire)

- Elaborer des modules de formation et outils de mentoring et de supervision des interventions communautaires ;
- Former les acteurs communautaires sur le mentoring et la supervision communautaire ;
- Organiser des visites de mentoring et de supervision périodiques des activités communautaires de PTME ;
- Documenter les bonnes pratiques

Tableau 21 : Propositions de solutions aux Faiblesses de la PTME liées aux acteurs communautaires en 2020

Faiblesses liées aux acteurs communautaires	Propositions de solutions
Absence d'outils de sensibilisation dans les OBC pour l'utilisation des services de SRMNIA	- Elaborer, produire et disséminer les outils de sensibilisation pour l'utilisation des services de SRMNIA auprès des acteurs communautaires de la PTME et des FOSA
Insuffisance des financements pour la mise en œuvre des activités de PTME communautaire dans plusieurs DS	- Faire le Plaidoyer auprès des PI, CTD/mairies et autres parties prenantes pour la mise en œuvre des activités communautaires PTME
Faible collaboration avec les FOSA, les Districts de Santé ; les leaders d'opinion communautaires et les points de ralliement	- Renforcer, à travers le plaidoyer, la collaboration entre les FOSA, les Districts de Santé ; les leaders d'opinion communautaires et les points de ralliement
Faible partage vers les FOSA des rapports d'activités de PTME mises en œuvre par les acteurs communautaires	- Organiser le circuit de remontée des données communautaires vers le système de santé

Faible collaboration/cohésion entre les associations communautaires de PTME	- Redynamiser et rendre fonctionnel les réseaux, coalitions et plateformes communautaires existants
Insuffisance de coordination au sein des instances communautaires (coalition des OSC de santé, réseau des PVVIH, ...) ;	
Non existence d'une cartographie des interventions et des intervenants communautaires de l'aire de santé à la région.	- Elaborer la cartographie des interventions et intervenants communautaire de la PTME à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

Tableau 22 : Propositions de solutions aux Faiblesses de la PTME liées aux bénéficiaires en 2020

Faiblesses liées aux bénéficiaires	Propositions de solution
Refus de certaines FEC à aller dans les FOSA agréées pour la CPN	- Renforcer la sensibilisation auprès des FEC sur l'importance de la CPN
Réticence de certaines FA à se faire dépister, à faire le dépistage de leurs enfants et ainsi que l'examen de PCR pour leurs bébés	- Former les acteurs communautaires sur le counseling motivationnel ; - Renforcer, à travers le plaidoyer communautaire, l'utilisation des services SRMNIA/PTME par les FEC/FA
Difficultés financières des bénéficiaires	- Accompagner les familles des FEC/FA VIH+ dans le renforcement économique de leurs ménages à travers la mise en œuvre des AGR ; - Faire recours aux approches de service différencié en direction des FEC/FA VIH+ en situation de précarité
Faible demande des services VIH par les FEC/FA VIH+	- Mettre en place des stratégies communautaires pour faciliter l'accès et susciter la demande des services VIH par les FEC/FA VIH+

Préjugés limitant l'accès aux services de dépistage de VIH

- Organiser le plaidoyer en direction des leaders d'opinions traditionnels, religieux pour l'utilisation des services de dépistage du VIH

Réticence de certains ménages à recevoir les ASCP et autres acteurs communautaires dû à l'épidémie de Covid-19

- Organiser le plaidoyer en direction des familles pour qu'elles acceptent de recevoir les ASCP et autres acteurs communautaires

IV Perspectives

Les évidences identifiées dans la PTME au cours de l'année 2020 ont conduit à la formulation des perspectives ci-après :

- Rédiger un document des normes de la PTME communautaire au Cameroun ;
- Procéder au Passage à échelle de l'initiative jeune 3+1 avec actions spécifiques en direction de l'adolescente et de la jeune fille ;
- Développer des stratégies novatrices adressant la participation et l'engagement des hommes et des partenaires des FEC/FA dans les interventions de PTME/SRMNIA (CPN papa, ambassadeur...);
- Harmoniser les pratiques de l'approche pour l'offre des services différenciés afin de faciliter l'appropriation de la prise en charge par les bénéficiaires et leurs familles ;
- Elaborer des outils de collecte des données pour la PTME communautaire (registre de collecte des données, fiche de synthèse mensuelle, fiche de communication, liste de vérification des compétences, fiche d'apprentissage, fiche d'évaluation du mentor, fiche de passage du mentor, registre de travail du mentor, moule de rapport, grille de supervision des activités communautaires ...);
- Elaborer un plan intégré de communication et sensibilisation de la PTME en communauté ;
- Intensifier la sensibilisation pour le respect des mesures barrières et le port des équipements de protection individuels contre la COVID-19 dans les communautés.

V CONCLUSION

Les principaux résultats obtenus en 2020 sont répartis d'une part chez les FEC avec une couverture géographique en sites PTME/Option B+ de 84,3%, un taux de fréquentation des services de CPN de 83,2%, un taux de dépistage en CPN et en SA de 90,3%, une séropositivité globale du VIH chez les FEC de 2,9% et une couverture programmatique en ARV chez les femmes enceintes séropositives de 80,2%.

En 2020, la couverture géographique des sites DBS étaient de 36,3%, la couverture programmatique en ARV prophylactique des enfants exposés au VIH de 85,2%, le taux de positivité à la 1ere PCR de 4,3% et la couverture programmatique en ARV des enfants diagnostiqués VIH+ de 62,3%.

Ces résultats bien que supérieur à ceux enregistrés en 2019, montrent que des efforts restent à faire pour améliorer la fréquentation de la CPN par les femmes enceintes, augmenter la couverture en TARV des FEC VIH+, augmenter la couverture en sites de diagnostic précoce, renforcer la mobilisation et le dépistage des partenaires des femmes enceintes, augmenter le nombre d'accouchement des femmes enceintes dans les FOSA, augmenter le dépistage par PCR chez les enfants exposés, le lien au traitement des enfants dépistés VIH+ et renforcer la qualité du suivi post natal du couple mère/enfant.

L'intensification des interventions mis en place par tous les acteurs impliqués dans la PTME, et surtout les acteurs communautaires indispensable pour combler les gaps recensés tout au long de la cascade permettront d'améliorer significativement la qualité du programme PTME et d'atteindre les objectifs de l'e-TME.

VI ANNEXES

- ANNEXE 1: Principaux indicateurs de la PTME, 2020.

Principaux indicateurs de la PTME	2 016	2 017	2 018	2 019	2020
Nombre de femmes enceintes attendues en CPN	863 831	924968	915604	937055	943 796
Nombre de femmes enceintes reçues en CPN	656 485	680202	761283	737161	785 253
Nombre de femmes enceintes dépistées en CPN et SA	566 932	678646	718264	620171	709 016
Nombre de femmes enceintes ayant retiré les résultats		673228	714210	615721	631 596
Nombre de femmes enceintes ayant effectué leur premier test en CPN	566 932	619529	665334	560731	636 789
Nombre de FEC testées VIH+ en CPN1	14 801	12573	11108	7615	7 358
Nombre de femmes enceintes testées négatives CPN1 qui ont été retestées en CPN3 ou 4	93 340	109379	118369	111544	125 042
Nombre de FEC testées VIH négatives en CPN qui ont été retestées VIH+ en CPN3 ou 4	1 120	757	1017	764	1279
Nombre de femmes enceintes ayant un statut inconnu testées pour la première fois en SA	57 660	59117	52930	49265	61 992
Nombre de FEC de statut inconnu nouvellement testées VIH+ en SA	4 036	3030	1967	1357	1 458
Nombre de femmes enceintes testées négatives en CPN1 qui ont été retestées en SA	-	-	93619	79403	92 309

Nombre de FEC testées VIH négatives en CPN et retestées VIH+ en SA	-	-	571	422	522
Nombre de FEC connaissant leur statut VIH+ avant la grossesse en cours	10 432	10487	10908	10010	10 235
Nombre Total de FEC identifiées VIH+	30 389	26847	25571	20168	20 852
Nombre de FEC VIH positives sous ARV	22 997	23023	21716	17046	16 731
Nombre de FEC VIH+ ayant initié les ARV en CPN	11 855	11406	10056	6883	6 265
Nombre de FEC VIH+ ayant initié les ARV en SA	3 139	2599	1886	1305	1 338
Nombre de FEC VIH+ déjà sous ARV	8 003	9018	9774	8858	10 235
Nombre de FEC VIH positives sous CTX	20 346	21737	18433	11695	-
Nombre de FEC VIH+ chez qui la TB a été recherchée	-	-	24955	18972	15 529
Nombre d'enfants nés de mères VIH+	14 987	15682	14520	15195	14 137
Nombre d'enfants exposés qui ont reçu le Cotrimoxazole	11 926	13022	12035	10521	8 589
Nombre d'enfants exposés qui ont été initié sous Nevirapine dans les 72h	14 734	15573	14378	13250	12 041
Nombre d'enfants exposés ayant fait dépistage par PCR	15 620	13502	16510	14970	13 777
Nombre de partenaires masculins de FEC testés pour le VIH	33 730	34502	34903	28691	30 222
Nombre de partenaires masculins de FEC testés VIH+	2 610	2220	1386	1102	851

Source : Rapports annuels et PTME, données DHIS2.

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

Indicateurs clés pour les intervenants communautaires ISDC (ASCP)

Nombre femmes enceintes perdues de vue à la CPN ou n'ayant pas commencé la CPN, référées et reçues dans la FOSA

- ANNEXE 3 : Principaux indicateurs collectés par les APS Pédiatriques

N° Indicateurs

- 1** Nombre de PvVIH (FEC VIH+) sous ARV
- 2** Nombre d'enfants exposés suivi dans la cohorte
- 3** Nombre d'enfants né de mères séropositives au cours du mois dans la cohorte
- 4** Nombre d'enfants ayant eu une prophylaxie ARV(NVP) au cours du mois dans votre cohorte
- 5** Nombre d'enfants nés de mère VIH+ attendus pour leur PCR au cours du mois
- 6** Nombre d'enfants nés de mère VIH+ ayant manqué leur RDV de PCR et retrouver
- 7** Nombre d'enfants infectés absents au cours du mois
- 8** Nombre de PvVIH (enfants, FEC/allaitantes) sous TARV qui sont venus chercher le traitement au cours du mois dans votre cohorte de patient
- 9** Nombre de PvVIH (enfants, FEC/allaitantes) sous TARV qui ne sont pas venus chercher le traitement au cours du mois (absent) dans votre cohorte de patient
- 10** Nombre de PvVIH (enfants, FEC/allaitantes) absents dans votre cohorte, ramenés en soins et traitement au cours du mois

- 11 Nombre de PvVIH (enfants, FEC/allaitantes) sous TARV qui ne sont pas venus chercher le traitement depuis 3 mois (PDV) dans votre cohorte de patient
- 12 Nombre de PvVIH (enfants, FEC/allaitantes) PDV dans votre cohorte, ramenés en soins et traitement au cours du mois
- 13 Nombre de PvVIH (enfants, FEC/allaitantes) PDV, décédés au cours du mois dans votre cohorte
- 14 Nombre de PDV transférés dans une structure hospitalière de PEC au cours du mois
- 15 Nombre d'enfants attendus pour le diagnostic précoce au cours du mois
- 16 Nombre d'enfants chez qui la PCR1 a été prescrit au cours du mois
- 17 Nombre d'enfants prélevés pour la PCR1 au cours du mois
- 18 Nombre de résultats de PCR disponible au cours du mois
- 19 Nombre de PCR 1 positives au cours du mois
- 20 Nombre d'enfants exposés positifs à la PCR 1 liés au TARV au cours du mois
- 21 Nombre d'enfants exposés chez qui la sérologie VIH a été réalisée au cours du mois
- 22 Nombre d'enfants exposés chez qui la sérologie VIH a été positive au cours du mois
- 23 Nombre d'enfants chez qui la PCR 2 a été prescrit au cours du mois
- 24 Nombre d'enfants prélevés pour la PCR 2 au cours du mois
- 25 Nombre de résultats de PCR2 disponible au cours du mois
- 26 Nombre de PCR 2 positives au cours du mois
- 27 Nombre d'enfants exposés positifs à la PCR 2 liés au TARV au cours du mois

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

I-CONSULTATION PRENATALE (CPN)

1. Nombre de Femmes enceintes (FEC) enregistrées en CPN1 (1er contact) au cours du mois
2. Nombre de FEC ayant effectué leur premier test VIH au cours de cette grossesse au cours du mois.
3. Nombre de FEC ayant retiré le résultat de leur test de dépistage VIH au cours du mois
4. Nombre de FEC ayant effectué leur premier test VIH et dépistées positives au cours du mois
5. Nombre de FEC déjà connues VIH+ au moment de leur premier contact en CPN
6. Nombre de FEC testées négatives au premier contact en CPN qui ont été testées à nouveau pour le VIH à la deuxième, troisième ou quatrième CPN au cours du mois
7. Nombre de FEC testées négatives au premier contact en CPN qui ont été testées à nouveau et dépistées VIH+ à la deuxième, troisième ou quatrième CPN au cours du mois
8. Nombre de partenaires masculins des FEC reçues et testés au cours du mois pour le VIH
9. Nombre de partenaires masculins des FEC qui ont été testés VIH+ au cours du mois
10. Nombre de FEC VIH+ qui ont initié la TARV sur site au cours du mois
11. Nombre de FEC VIH+ déjà sous TARV au moment de leur 1er contact en CPN au cours du mois
12. Nombre de FEC VIH+ chez qui la recherche des signes cliniques de la TB a été faite au cours du mois
13. Nombre de FEC VIH+ diagnostiquées TB+ au cours du mois

14. Nombre de FEC VIH+ diagnostiquées TB+ et mise sous anti TB au cours du mois
15. Nombre de FEC VIH+ nouvellement mises sous TARV qui ont été initiées à l'INH au cours du mois
16. Nombre de FEC VIH+ en CPN ayant bénéficié du test de la syphilis au cours du mois
17. Nombre de FEC VIH+ en CPN testées positif à la syphilis au cours du mois
18. Nombre de FEC VIH+ en CPN ayant bénéficié du test de l'hépatite B au cours du mois
19. Nombre de FEC VIH+ en CPN testé positif l'hépatite B au cours du mois

II-SALLE DE TRAVAIL ET D'ACCOUCHEMENT

20. Nombre de FEC ayant effectué leur premier test VIH au cours de cette grossesse en salle d'accouchement au cours du mois.
21. Nombre de FEC ayant effectué leur premier test VIH en salle d'accouchement et dépistées VIH+ au cours du mois
22. Nombre de FEC testées négatives en CPN qui ont été testées à nouveau pour le VIH en salle d'accouchement au cours du mois
23. Nombre de FEC testées négatives en CPN qui ont été testées à nouveau et dépistées VIH+ en salle d'accouchement au cours du mois
24. Nombre de FEC testées VIH+ en salle d'accouchement et ayant initié le TAR au cours du mois
25. Nombre de femmes VIH+ ayant accouché dans la formation sanitaire au cours du mois
26. Nombre d'enfants nés de mères VIH+ dans la FOSA au cours du mois
27. Nombre d'enfants nés des mères VIH+ qui ont débuté la Névirapine prophylactique en post partum dans les 72 heures au cours du mois

III-SUIVI POSTNATAL MERE ET ENFANT

28. Nombre d'enfants nés de mères VIH+ hors de la FOSA et qui sont venues dans les 72h suivant l'accouchement au cours du mois
29. Nombre de femmes VIH+ qui ont débuté une méthode de planning familial en post partum au cours du mois
30. Nombre d'enfants nés de mères VIH+ reçus en consultation de suivi entre 6 et 8 semaines au cours du mois
31. Nombre d'enfants nés de mères VIH+ qui ont débuté le Cotrimoxazole à partir de 6 semaines en post partum au cours du mois
32. Nombre d'enfants nés de mères VIH+ dépistés par PCR entre 6 et 8 semaines au cours du mois
33. Nombre d'enfants nés de mères VIH+ diagnostiqués VIH+ par PCR entre 6 et 8 semaines au cours du mois
34. Nombre d'enfants nés de mères VIH+ dépistés par première PCR après 8 semaines au cours du mois
35. Nombre d'enfants nés de mères VIH+ diagnostiqués VIH+ par PCR après 8 semaines au cours du mois
36. Nombre d'enfants nés de mères VIH+ dépistés par deuxième PCR a 9 mois au cours du mois
37. Nombre d'enfants nés de mères VIH+ diagnostiqués VIH+ par PCR a 9 mois au cours du mois
38. Nombre d'enfants nés de mères VIH+, qui ont été testés par la sérologie a 18 mois au cours du mois

39. Nombre d'enfants nés de mères VIH+, qui ont été testés positifs par la sérologie a 18 mois au cours du mois.

40. Nombre d'enfants nés de mères VIH+ qui ont été enrôlés au traitement ARV au cours du mois

- ANNEXE 5 : liste des sites implémentant le POC-EID au Cameroun

Régions	District	Health Facility (where the device is located)	POC/Conventional
Adamaoua	<i>Ngaoundere Urban</i>	<i>Hopital Regional Ngaoundere</i>	<i>POC</i>
Adamaoua	Ngaoundere Urban	Hopital Regional de Ngaoundere	POC
Adamaoua	Meiganga	Hopital District de Meiganga	POC
Extrême-Nord	Kousséri	Hopital Regional Annexe de Kousséri	POC
Extrême-Nord	Maroua Urbain	Hopital Regional de Maroua	POC
Extrême-Nord	Yagoua	Hopital Regional Annexe de Yagoua	POC
Est	Bertoua Urbain	Hopital Regional de Bertoua	POC
Sud		Hopital District d'Ambam	POC
Sud	Ebolowa	Hopital Regional d'Ebolowa	POC
Ouest	Mifi	Hopital Regional de Bafoussam	POC
Ouest	Dschang	Hopital Saint Vincent de Paul, Dschang	POC
Ouest	Foumban	Hopital District de Foumban	POC

Center	Biyem- ASSI	CIRCB	Conventional
Center	Djoungolo	CRESAR	Conventional
Center	Cite Verte	CME	POC
Center	Djoungolo	CHE	POC
Center	Djoungolo	HGOPY	POC
Center	Mbalmayo	HD Mbalmayo	POC
Center	Cite Verte	CPC Yaounde	POC
Center	Efoulan	HMY	POC
Center	Cite Verte	HD Cite Verte	POC
Center	Nkoldongo	CASS Nkolndongo	POC
Center	Biyem- ASSI	HD Biyemsi	POC
Center	Cite Verte	Hop Bethesda	POC
Center	Obala	HD Obala	POC
Center	Mbalmayo	HD Mbalmayo	POC
Nord-Ouest	Bamenda	Nkwen Baptist Hospital	POC
Nord-Ouest	Bamenda	CMA Nkwen	POC
Nord-Ouest	Bamenda	Azire IHC	POC
Nord-Ouest	Kumbo West	Banso Baptist Hospital	POC
Nord-Ouest	Kumbo East	Shisong Catholic Hospital	POC
Nord-Ouest	Foudong	Mbingo Baptist	POC
Nord-Ouest	Wum	Wum Distict Hospital	POC

Nord-Ouest	Nkambe	District Hospital	POC
Nord-Ouest	Ndop	District Hospital Ndop	POC
Nord-Ouest	Foudong	Njinikom	POC
Nord-Ouest	Bamenda	Regional Hospital TB Ref	POC
Sud-Ouest	Buea	Mutenegene	Conventional
Sud-Ouest	Kumba	District Hospital Kumba	POC
Sud-Ouest	Kumba	Presby Gen Hospital	POC
Sud-Ouest	Limbe	Regional Hospital Limbe	POC
Sud-Ouest	Buea	Buea Regional Hospital	POC
Littoral	New Bell	New Bell District Hospital	POC
Littoral	Cite des Palmiers	Cite des Palmiers District Hospital	POC
Littoral	Deido	Deido District Hospital	POC
Littoral	Bonassama	Bonassama District Hospital	POC
Littoral	Nkongsamba	Nkongsamba Regional Hospital	POC
Littoral	Njombe-Penja	St Jean de Malte Njombe-Penja	POC
Littoral	Edea	Edea Regional Hospital	POC
Littoral	Deido	Laquintinie Hospital	POC
Littoral	Nylon	Nylon District Hospital	POC
Littoral	New Bell	Mboppi Baptist Hospital	POC
Nord-Ouest	Bamenda	Regional Hospital TB Ref	Conventional

EQUIPE DE RÉDACTION

- Dr LIFANDA EBIAMA, CSASS/CNLS
- Dr DJOMO Audrey, CUPTME/CNLS
- M ATANGANA MBIDA Bertrand, SASS/CNLS
- Dr BABODO Miss Carmen, SASS/CNLS
- Mme MAYAP Eugénie, DSF
- Mme ANDOUGOU epe EVA Chantal, DSF
- Mme AMUNTUNG Corazon, DSF

EQUIPE DE RELECTURE ET VALIDATION

- Dr BONONO Léonard, SP/CNLS
- Dr BILLONG Serge, SPA/CNLS
- Mme BOUBA Pamen, SDLVIH/SIDA-IST/DLMPEP
- Dr TJEK Paul, SDSR/DSF
- Dr TEMGOUA Edith, SASS/CNLS
- Mme MESSE Arlette, SPSE/CNLS
- M. ONANA Roger, CSPSE/CNLS
- Mme BISSAI Laëtitia, SPSE/CNLS
- Mme MANGA Ether, SASS/CNLS
- Mme TSIMENE Florine SPSE/CNLS
- Mme MVOGO Anastasie, CSRLSP/CNLS
- Mme KETCHAJI Alice ; CSPEEC/DLMPEP
- Mme NDJATTE Yvette, DLMPEP
- Dr ESSAMBA Suzanne, RPECP/CNLS
- Dr MBENGONO Barbara, SASS/CNLS
- Dr MVOGO Leonel, SASS/CNLS
- Mme ESSONO ANNICK, SRLSP/CNLS
- Mme KOMMEU Nelie, SRLSP/CNLS
- M ESSOUMBA Simon Pierre, CSCOM/CNLS
- Mme ETAME Odette, NOLFOWOP