
RAPPORT DU PROGRÈS PTME N° 13

ANNÉE 2019



TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABREVIATIONS, ACRONYMES ET SIGLES.....	ii
LISTE DES TABLEAUX	v
LISTE DES GRAPHIQUES	vi
RÉSUMÉ DES PROGRÈS 2019.....	vii
INTRODUCTION.....	1
I. Cascade PTME.....	3
II. Qualité des données PTME	4
1. Complétude des données.....	4
2. Promptitude des données.....	4
III. Prévention primaire de l'infection à VIH.....	5
IV. Offre de services PTME.....	5
1. Couverture géographique en sites PTME	5
2. Couverture géographique en sites de prélèvement DBS	7
3. Contribution des Accompagnateurs Psychosociaux (APS) dans la file active PTME	8
V. Demande des services PTME	9
1. Activités communautaires de la PTME	9
2. Fréquentation de la consultation prénatale (CPN)	17
3. Conseil et dépistage du VIH	20
4. Couverture en ARV chez les femmes enceintes VIH+	31
5. Prophylaxie en cotrimoxazole (CTX) chez la femme enceinte VIH+.....	42
6. Accouchement des femmes enceintes VIH+	42
VI. Cascade de prise en charge des enfants exposés	47
1. Couverture en ARV prophylactique chez l'enfant exposé au VIH.....	45
2. Couverture en cotrimoxazole chez les enfants exposés	47
3. Couverture en offre de service du diagnostic précoce du VIH chez l'enfant exposé	48
VII. PRINCIPAUX GOULOTS D'ETRANGLEMENT DE LA PTME ET SOLUTIONS PROPOSEES	51
VIII. POINTS SUR LE FORUM PTME	55
IX. PERSPECTIVES	55
X. CONCLUSION.....	56
ANNEXES	57

LISTES 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	Consultations Périnatales
CPN1	Première Consultation Périnatale
CPN3/4	Troisième et quatrième Consultation Périnatale
CPON	Consultation Post Natal
CRESAR	Centre de Recherche pour la Santé des Armées
CRS	Catholic Relief Services
CSI	Centres de Santé Intégré
CTX	Cotrimoxazole
CV	Charge Virale
C4D	Cellules différenciée de types 4
DBS	Dry Blood Spots
DHIS	District Health Information System
DLMEP	Direction de la Lutte Contre la Maladie, les Épidémies et les Pandémies
DOSTS	Direction de l'Organisation des Soins et de la Technologie Sanitaire
DROS	Division de la Recherche Opérationnelle en Santé
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	Elimination de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
ETP	Education Thérapeutique
FA	Femme Allaitante
FAP	Femme en Age de Procréer
FEC	Femme enceinte
FM	Fonds Mondial de lutte contre la Tuberculose, le VIH/Sida et le Paludisme
FOSA	Formation Sanitaire
FRPS	Fonds Régional de Promotion de la Santé
GTC	Groupe Technique Central du Comité National de Lutte contre le Sida
GTR	Groupe Technique régional de lutte contre le Sida
GTSE	Groupe Technique de travail Suivi Evaluation
HR	Hôpital Régional
HRA	Hôpital Régional Annexe
IRESKO	Institut Pour La Recherche, Le Développement Socio-Economique et la Communication
ISDC	Interventions et Sous Directives Communautaire
M2M	Mère Mentors
MC-CCAM	The Malaria consortium-Cameroon Coalition Against Malaria
MINSANTE	Ministère de la Santé Publique
NEID-Mutengene	National Early Infant Diagnostic Mutengene
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	Organisations de la Société Civile
PCR	Polymerase 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 2018-2022	Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH, le SIDA et les IST 2018-2022
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
SRMNIA	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

<u>Tableau 1</u> : Complétude et promptitude des données PTME par région	5
<u>Tableau 2</u> : Répartition des FOSA option B+/PTME par région (DS, FOSA et OBC).....	6
<u>Tableau 3</u> : Répartition des sites DBS et EID/POC par région en 2019.....	7
<u>Tableau 4</u> : Présentation de la répartition du nombre de FEC VIH+ suivies par APS par région, 2019.	8
<u>Tableau 5</u> : Matrice des intervenants et interventions communautaires de la PTME....	10
<u>Tableau 6</u> : récapitulatif des interventions et activités menées dans la PTME communautaire.....	11
<u>Tableau 7</u> : Dépistage du VIH chez la femme enceinte, 2019.....	21
<u>Tableau 8</u> : Taux de séropositivité des femmes enceintes par région en 2019.....	25
<u>Tableau 9</u> : Dépistage du VIH chez les partenaires des femmes enceintes en 2019.....	27
<u>Tableau 10</u> : Couverture en Cotrimoxazole des FEC VIH+ par région en 2019.....	42
<u>Tableau 11</u> : Répartition du nombre d'accouchement des FEC VIH+ dans la FOSA et hors de la FOSA par région en 2019	43
<u>Tableau 12</u> : Couverture en ARV du couple mère-enfant, 2019.....	46
<u>Tableau 13</u> : Couverture en Cotrimoxazole chez l'enfant exposé, 2019.....	47
<u>Tableau 14</u> : Couverture en offre de PCR chez l'enfant exposé, 2019.....	48

LISTE DES GRAPHIQUES

<u>Graphique 1</u> : Cascade PTME, 2019.	4
<u>Graphique 2</u> : Performance de femmes enceintes n'ayant pas commencé la CPN, référées et reçues à la FOSA	14
<u>Graphique 3</u> : Pourcentage d'enfants nés en communauté, référés et reçus à la FOSA	15
<u>Graphique 4</u> : Evolution du taux de fréquentation de la CPN de 2010 à 2019,.....	17
<u>Graphique 5</u> : Taux de fréquentation de la CPN par région 2018 et 2019,.....	18
<u>Graphique 6</u> : Répartition du taux de fréquentation de la CPN par district.....	19
<u>Graphique 7</u> : Evolution de l'offre du dépistage en CPN ces dix dernières années....	20
<u>Graphique 8</u> : Evolution du nombre de femmes enceintes déjà connues VIH+ entre 2014 et 2019.	18
<u>Graphique 9</u> : Nombre de femmes enceintes identifiées VIH+ en fonction de la porte d'entrée, 2018 et 2019.....	24
<u>Graphique 10</u> : Evolution du taux de séropositivité des femmes enceintes entre 2010 et 2019.	25
<u>Graphique 11</u> : Evolution du dépistage des partenaires des femmes enceintes entre 2016 et 2019.	26
<u>Graphique 12</u> : Evolution du taux de couverture en ARV chez les FEC VIH+ de 2016 à 2019.....	32
<u>Graphique 13</u> : Taux de couverture en ARV chez les FEC VIH+ par région en 2018 et 2019.	33
<u>Graphique 14</u> : Couverture en CPN et couverture en TARV. Source : Base de données de DHIS2, 2019.....	34
<u>Graphique 15</u> : Evolution du nombre de femmes enceintes VIH+ déjà sous TARV de 2014 à 2019.	37
<u>Graphique 16</u> : Evolution du pourcentage de femmes enceintes VIH+ déjà sous TARV entre 2017 et 2019.	39
<u>Graphique 17</u> : couverture programmatique en ARV 100%. 26,8% (51/190) DS avaient une couverture en ARV de 100% voire plus..	40
<u>Graphique 18</u> : Gap programmatique en ARV par année.	41
<u>Graphique 19</u> : Cascade de prise en charge des enfants exposés.....	50

RÉSUMÉ DES PROGRÈS 2019

Les services PTME/Option B+ dans les formations sanitaires ont été étendus dans 5143 formations sanitaires sur les 6228 soit une couverture géographique de 82,6%. La dispensation des ARV chez les femmes enceintes VIH+ au sein des grands hôpitaux a été réorganisée en un model « One stop shop » facilitant aux mères l'obtention de tout le package de services y compris la PTME à toutes les portes d'entrées à l'hôpital. Tout ceci a permis d'améliorer la couverture en PTME qui est passée de 32,7% en 2013 à 82,6% en 2019. Au total, 20168 (86,7%) femmes enceintes ont été identifiées VIH+ en CPN et en salle d'accouchement. Parmi ces femmes enceintes VIH+ identifiées, 17046 (84,5%) ont été initiées au TARV. Au 31 décembre 2019, 15195 EE ont été identifiés. Les données collectées auprès des laboratoires accrédités et des Points Of Care (POC) ont permis de révéler que 14970 EE ont été dépistés au cours de l'année 2019. Parmi les EE dépistés, 724 ont été diagnostiqués positifs au VIH soit une séropositivité pour la PCR de 5,5%, 334 (46,1%) ont été initiés au TARV. La prophylaxie par la névirapine a ainsi été administrée à 13251 enfants exposés soit 87, 2% d'entre eux.

INTRODUCTION

Au Cameroun, le programme de Prévention de la Transmission Mère Enfant (PTME) du VIH est intégré 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) / allaitantes, les enfants et leurs partenaires), la mise sous traitement antirétroviral pour les femmes enceintes/allaitantes, des enfants et leurs partenaires dépistés séropositifs au VIH, la prophylaxie au Cotrimoxazole, les conseils pour l'accouchement à moindre risque et la prise en charge des enfants exposés en per et en post partum (ARV prophylactique, diagnostic précoce).

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

- Prendre en charge 23249 femmes enceintes VIH+ (Spectrum) ;
- Mettre sous ARV 29777 FEC VIH+ (cadre de performance) ;
- Offrir la prophylaxie à la NVP à 100% d'Enfants Exposés (EE) ;
- Assurer l'accès au diagnostic précoce à 24708 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 : 731161 FEC ont été reçues en CPN ; 610161 FEC ont été testées ; 20168 FEC ont été dépistées positives au VIH ; 17046 FEC ont été mises sous ARV ; 13250 EE ont été mis sous NVP ; 14970 EE ont bénéficié d'une PCR.

L'amélioration de ces tendances passe par la prévention primaire de l'infection à VIH en PTME qui se décline ainsi qu'il suit :

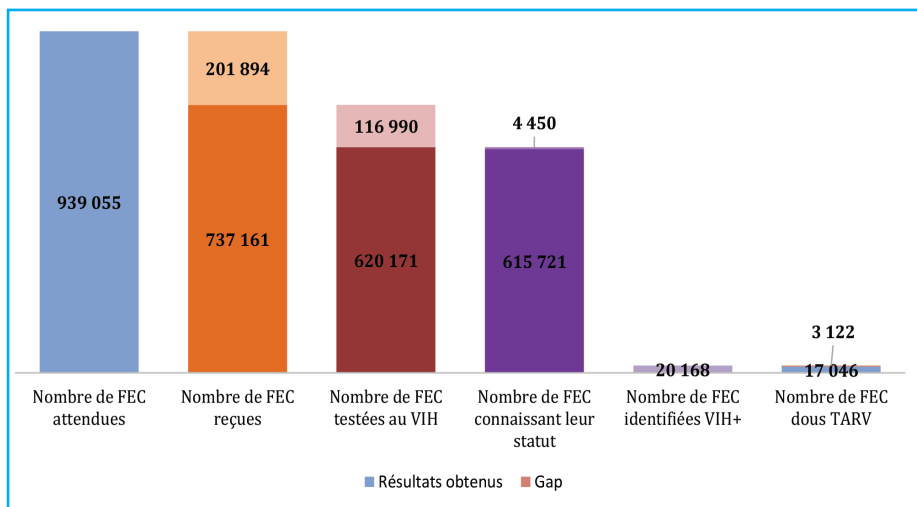
- **Prévention de la transmission du VIH des femmes vivant avec le VIH à leurs enfants**
 - Offrir le dépistage du VIH à toutes les femmes enceintes/allaitantes, à leurs partenaires masculins et à leurs familles ;
 - Offrir aux nouveaux nés des mères VIH+ la prophylaxie ARV selon le protocole national 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 nécessaires selon le protocole national.

I. Cascade PTME

Le graphique 1 ci-dessous illustre la cascade de PTME de la mère, y compris le gap à combler pour atteindre les 939 055 femmes enceintes attendues dans le pays (CIS, 2019). Depuis la mise en œuvre de l'option B+ en 2014, ainsi que la dispensation des ARV chez les femmes enceintes VIH+ sous forme « One stop shop » au sein des grands hôpitaux facilitant aux mères l'obtention de tout le package de services y compris la PTME à toutes les portes d'entrée à l'hôpital, on a assisté à une extension des services de PTME/Option B+ avec une couverture géographique nationale de 82,6% (5 143/6 228) au niveau des formations sanitaires, alors qu'elle atteint 100% au niveau des districts de santé. Cependant, au niveau national, d'un point de vue programmatique, 78,5% des femmes enceintes attendues ont été reçues en Consultation Périnatale (CPN) et en Salle d'Accouchement (SA) et 83,5% connaissaient leur statut. Plusieurs stratégies mises en œuvre y compris la mobilisation communautaire ont permis d'identifier 20 168 femmes enceintes VIH+ parmi les 23 249 femmes enceintes VIH+ attendues selon les projections d'EPP SPECTRUM correspondant à une couverture de 86,7%. Toutefois, 49,6% (10 010/20 168) de ces femmes enceintes VIH+ étaient déjà connues VIH+ avant la CPN.

84,5% (17 046) des femmes enceintes identifiées ont été mises sous TARV, légèrement en deçà des objectifs mondiaux d'élimination, qui visait 90% des femmes enceintes vivant avec le VIH sous TARV à vie, l'écart étant de 3 122. Il est à noter que certaines femmes enceintes VIH+ auraient été initiées pendant la période post natale (allaitement) et les données y afférentes n'ont pas été collectées. De même, certaines formations sanitaires privées surtout dans la région du Littoral où le gap est le plus important n'ont pas renseigné les données de PTME.



Graphique 1: Cascade PTME, 2019.

Source : Base des données de la CIS et du DHIS2/MINSANTE, 2019.

II. Qualité des données PTME

II.1. Complétude des données

Le tableau ci-dessous nous montre que la complétude moyenne nationale est de 97,1%. Les régions du Sud (94,1%), du Nord-Ouest (87,7%) et du Sud-Ouest (84,5%) n'ont pas pu atteindre la moyenne nationale.

II.2. Promptitude des données

De nombreux efforts restent à faire en ce qui concerne le délai de rendu des rapports pour la quasi-totalité des régions qui enregistrent une promptitude moyenne de 49,4%. Les raisons pouvant l'expliquer sont entre autres le faible suivi du rapportage et la charge élevée de travail des Points Focaux (assignés à différentes tâches : PTME, SR, PF, PEC Pédiatrique et Adolescents...), qui induit une faible implication dans les activités spécifiques. A cet effet, rendre effectif un système rappelant de façon régulière les délais de rendu des rapports et aussi répartir les tâches à différents points focaux (multiplier la ressource humaine : PF-SR différent de PF-PTME...) pourrait améliorer ces résultats.

Tableau 1: Complétude et promptitude des données PTME par région

Régions	Nombre de rapports reçus	Nombre de rapports attendus	Pourcentage des rapports reçus (%)	Nombre de rapports reçus à temps	Pourcentage des rapports reçus à temps (%)
Adamaoua	2 038	2 064	98,7%	873	42,3%
Centre	17 757	17 856	99,4%	8 745	49,0%
Est	2 951	2 964	99,6%	1 579	53,3%
Extrême Nord	4 967	5 100	97,4%	2 068	40,5%
Littoral	9 554	9 576	99,8%	6 502	67,9%
Nord	3 377	3 444	98,1%	1 094	31,8%
Nord-Ouest	4 136	4 716	87,7%	1 123	23,8%
Ouest	9 159	9 276	98,7%	6 001	64,7%
Sud	3 050	3 240	94,1%	1 509	46,6%
Sud-Ouest	2 932	3 468	84,5%	1 011	29,2%
National	59 921	61 704	97,1%	30 505	49,4%

Source : Base des données de la CIS et du DHIS2/MINSANTE 2019

III. Prévention primaire de l'infection à VIH

En matière de prévention primaire, seules des activités de conseil dépistage du VIH et de communication ont été mises en œuvre. Par conséquent, le conseil dépistage était offert aux femmes en âge de procréer (15-49 ans), aux femmes enceintes et leurs partenaires sexuels.

Les Femmes en Age de Procréer (FAP) : Cette offre a permis de conseiller 23,9% (1 512 955/6 336 833) et de dépister 22,8% (1 444 707/6 336 833) dont 737 161 femmes enceintes (51,0%).

Les partenaires des femmes enceintes : Le taux de séropositivité des partenaires des FEC était de 3,8% (1 102/28 691). En effet, 28 691 partenaires de ces FEC ont réalisé leur test de dépistage du VIH représentant une proportion de 4,7% des femmes enceintes dépistées et 3,1% des femmes enceintes attendues.

IV. Offre de services PTME

IV.1. Couverture géographique en sites PTME

L'intégration des services santé de reproduction au Cameroun a permis au programme PTME d'intégrer à la santé maternelle néonatale et infantile (SMNI), la santé de l'adolescent (SRMNIA). Ce programme offre à cet effet un paquet de ser-

vices intégrés lors des activités de consultation prénatale, d'accouchement et de suivi post-natal du couple mère et enfant. Ce paquet de services inclut : le counseling/dépistage du VIH (pour les femmes enceintes (FEC)/allaitantes, leurs partenaires et leurs familles), la mise sous traitement antirétroviral pour les femmes enceintes/allaitantes dépistées séropositives au VIH, la prophylaxie au Cotrimoxazole, les conseils pour l'accouchement à moindre risque et la prise en charge des enfants exposés (ARV prophylactique, Cotrimoxazole et diagnostic précoce).

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 5143 en 2019, soit une couverture globale de 82,6% restée stable par rapport à celle de 2017 (82%) (rapport progrès, 2017) et légèrement en baisse par rapport à 2018 (83,3%) (rapport annuel CNLS, 2019). Concernant la couverture en formations sanitaires offrant les services PTME, on note que les régions du Littoral et de l'Extrême-Nord sont les moins nanties avec respectivement des taux de 60,6% et 73,2%. La baisse enregistrée dans les régions du Littoral et de l'Extrême-Nord pourrait être due à la situation sécuritaire notamment en cours dans l'Extrême-Nord, et aussi par l'identification de certaines FOSA privées dans le littoral qui ne renseignent pas les données PTME au niveau de la région. La région du Nord est celle ayant le plus grand taux de formation sanitaire offrant les services de PTME soit 95,9%, suivie des régions de l'Adamaoua (93,5%), de l'Est (92,9%) et du Centre (89,2%), (CIS-DHIS2, 2019).

Tableau 2: Répartition des FOSA option B+/PTME par région (DS, FOSA et OBC)

Régions	DS	FOSA	OBC	FOSA Option B+/ PTME	Couverture
Adamaoua	9	184	3	172	93,5%
Centre	30	1668	32	1488	89,2%
Est	14	266	4	247	92,9%
Extrême-Nord	31	598	5	438	73,2%
Littoral	24	1317	19	798	60,6%
Nord	15	302	3	287	95,9%
Nord-Ouest	20	415	12	393	94,7%
Ouest	29	829	7	766	92,4%
Sud	10	314	1	270	86,0%
Sud-Ouest	18	335	9	284	84,8%
National	190	6228	95	5143	82,6%

Source : Base des données de la CIS et du DHIS2/MINSANTE 2019

IV.2. Couverture géographique en sites de prélèvement DBS

Depuis 2017, le diagnostic précoce du VIH chez les enfants exposés (EE) se fait soit au niveau des laboratoires de référence ou dans les FOSA disposant des « Points of Care » (POC). En effet, en plus des 03 laboratoires de référence (CIRCB, NEID-Mutengene, TBL-Bamenda) que compte le pays, 48 POC sont disponibles mais inégalement répartis comme le montre le tableau ci-dessous, la région du Nord ne disposant d'aucun POC.

Le nombre de sites de prélèvement des échantillons DBS pour le diagnostic précoce du VIH est passé de 2060 en 2017 à 2 124 en 2019 soit une augmentation de 3,4%. Ceci correspond alors à une couverture en sites DBS de 41,3%, encore très insuffisante par rapport à l'objectif fixé qui est de rendre disponible la collecte des échantillons de DBS dans toutes les formations sanitaires offrant les services PTME. Les raisons pouvant expliquer cette faible couverture peuvent être l'existence de sites « dormants » c'est-à-dire ceux dont le personnel a été formé au prélèvement mais qui jusque-là ne mènent pas cette activité. A cela, on peut ajouter la mauvaise quantification des besoins en intrants et en outils de collecte de diagnostic précoce dans les sites ; l'existence d'un nombre insuffisant de laboratoires de références offrant le diagnostic précoce du VIH, l'insuffisance des appareils point of care, l'insuffisance quantitative et qualitative en personnels formés au prélèvement DBS et au transport des échantillons dont le circuit n'est pas encore bien défini.

Tableau 3: Répartition des sites DBS et EID/POC par région en 2019.

Régions	Sites PTME	Laboratoire	POC/EID	Sites DBS fonctionnels	Couverture
Adamaoua	172	0	2	71	41,3%
Centre	1 488	1	12	209	14,0%
Est	247	0	1	110	93,1%
Extrême-Nord	438	0	3	58	13,2%
Littoral	798	0	10	140	17,5%
Nord	287	1	0	200	69,7%
Nord-Ouest	393	1	11	82	20,9%
Ouest	766	0	3	150	18,3%
Sud	270	0	2	81	30,0%
Sud-Ouest	284	1	4	176	62,0%
National	5 143	4	48	2 124	41,3%

Source : Rapports annuels des GTR et la base des données de la CIS et du DHIS2/MIN-SANTE, 2019.

La mise en place des POC/EID jusque-là a été faite dans les sites réalisant déjà le diagnostic précoce par le prélèvement sur DBS. Bien que cela ait contribué à améliorer le temps de rendu des résultats, la couverture géographique en diagnostic précoce du VIH n'a pas été améliorée.

IV.3. Contribution des Accompagnateurs Psychosociaux (APS) dans la file active PTME

Le gouvernement avec l'appui du Fonds Mondial et les autres Partenaires Techniques et Financiers (PTF), a mis en place depuis 2016, des accompagnateurs psychosociaux pédiatriques. Ces accompagnateurs ont pour principaux rôles : i) la promotion du dépistage du VIH dans les FOSA, 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 2019, le nombre d'APS pédiatriques a augmenté passant de 537 (2017) à 544. Grâce à leurs interventions, le Programme a pu accentuer les activités de dépistage des FEC, du suivi de cohorte maternelle et la mise sous TARV des FEC VIH+. Ils ont par ailleurs contribué au suivi des enfants exposés ainsi qu'à la recherche des perdus de vue de la PTME.

Le tableau ci-dessous donne un aperçu de la répartition de ces APS par région ainsi que le nombre moyen de leur cohorte :

Tableau 4: Présentation de la répartition du nombre de FEC VIH+ suivies par APS par région, 2019.

Régions	Nombre d'APS Pédiatriques	Nombre de FEC VIH+	Nombre d'EE ayant eu une PCR+ ?	Nb moyen de FEC VIH+ et d'EE par une APS pédiatrique
Adamaoua	22	1 225	805	92
Centre	117	5 104	4 558	83
Est	73	2 091	636	37
Extrême-Nord	73	1 124	394	21
Littoral	49	4 221	3 443	156
Nord	28	1 002	795	64
Nord-Ouest	50	1 522	1 629	63
Ouest	59	1 571	1 213	47
Sud	31	886	609	48
Sud-Ouest	42	1 422	888	55
National	544	20 168	14 970	65

Source: Rapports annuels des GTR et base de données DHIS2, 2019.

Nous pouvons constater que la région du Littoral, 2^e file active PTME la plus importante du pays, ne possède que 49 APS pédiatriques, lui conférant la moyenne nationale des patients suivis la plus élevée soit 156 patients par APS, deux fois plus que la moyenne nationale qui est de 65 environ. L'un des problèmes majeurs identifiés est le nombre insuffisant d'APS pédiatrique dans les FOSA offrant les services PTME. Un effort reste encore à faire dans l'amélioration de la couverture en APS et l'implication des acteurs communautaires dans les FOSA offrant la PTME.

V. Demande des services PTME

V.1. Activités communautaires de la PTME

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 de la communauté a été effective en 2019 pour les femmes enceintes, les mères VIH+ leurs enfants exposés et les partenaires. A cet effet, plusieurs acteurs communautaires ont été impliqués à savoir des Organisations de la Société Civile (OSC), les Accompagnateurs Psycho Sociaux (APS), les Agents de Santé Communautaires Polyvalents (ASCP), les Mother Mentors (M2M), les leaders communautaires, etc... Le tableau ci-dessous résume le paquet d'activités relatif aux interventions communautaires en faveur de la PTME dans les 10 régions du pays. Ces interventions ont été réalisées grâce à l'appui de plusieurs partenaires techniques et financiers à savoir le Fonds Mondial (FM) de lutte contre la Tuberculose, le Sida et le Paludisme, les Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), le Président de Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR), etc.

Tableau 5 : Matrice des intervenants et interventions communautaires de la PTME

Interventions	Intervenants				Leader d'opinion, Hommes de média, Radios communautaires
	OBC	APS	ASC	M2M	
Création de la demande	x	x	x	x	X
CCC /C4D	x	x	x	x	X
Campagne de sensibilisation et offre de services	x				x
Dépistage	x	x			
Lien au TARV	x	x		x	
ETP	x	x		x	
Observance et rétention	x	x		x	
Accompagnement psychosocial	x	x		x	
Référence et contre référence des FEC	x	x	x		
Gestion des cas de VBG	x		x		
Accompagnement des AGR pour les FEC/allaitantes et leur famille	x				
Mentoring communautaire	x				
Supervision communautaire	x				

V.1.1. Résultats des activités communautaires de la PTME en 2019

Les données issues des activités communautaires de la PTME ont été collectées auprès des intervenants qui ont rendu disponibles leurs rapports d'activités au courant de l'année 2019. Il s'agit d'une part des sous-récepteurs du Fonds Mondial, mettant en œuvre la stratégie intégrée des Interventions Sous Directives Communautaires (ISDC) à travers 4 321 Agents de Santé Communautaire Polyvalents (ASCP) dans 69 districts de santé du consortium Plan International, IRESCO et MC-CCAM. D'autres intervenants communautaires d'autre part, à l'instar de NOLFOWOP, CRS, Horizons Femmes, ASAD, CASDEV et Le Bon Guide, ont également mené des activités communautaires de la PTME dans 25 Districts de Santé des régions du Centre, Est, Littoral, Nord, Ouest et Sud. Le tableau ci-dessous présente le récapitulatif de toutes les interventions et activités menées dans la PTME communautaire par les acteurs sus-évoqués.

Tableau 6 : récapitulatif des interventions et activités menées dans la PTME communautaire

Stratégies	Interventions	Activités	Résultats	Partenaires de mise en œuvre	Zones d'intervention
M2M	Accompagnement psycho social des FECVIH+/allaitantes	Suivi des FEC/allaitantes VIH+	<p>32 mères mentors formées dans 08 Régions (AD, CE, SU, ES ; EN ; OU ; LT et NO)</p> <p>20 mères mentors sur 32 formées (46,8%) ont effectivement commencé leur activité</p> <p>82 nouvelles FEC/allaitantes VIH+ à problèmes identifiées ont été retrouvées (novembre-décembre 2019)</p> <p>Suivi et l'accompagnement de 116 FEC/allaitantes</p> <p>52nouvelles FEC/allaitantes VIH+ à problèmes identifiées ont été retrouvées et mises/remises sous TARV parmi les 82 soit 63,4% (novembre-décembre 2019)</p> <p>Suivie pour la réalisation 48 PCR chez les enfants exposés avec 08 positives et 01 mises sous TARV</p> <p>176 participants ont pris part aux séances collectives (Causeries éducatives, Groupes de soutien) réalisées (novembre-décembre 2019)</p>	CNLS	LT, EN, SUD, AD, CE (OU a débuté ses activités en 2020 l'ES et le NO n'ont pas réalisé d'activités)
	Dépistage	Dépistage du VIH chez les FEC/allaitantes partenaires, cas index et dépistage familial	<p>72 campagnes ont permis de référer 73,9% (1601/2166) de FEC, 92,5% (309/334) de Femmes allaitantes, 9,8 % (64/650) de partenaires des femmes enceintes 207 dépistages familiaux/250 Index testing soit 82,8%</p>	NOLFOWOP	10DS (Ebolowa Sangmélina, Ambam, Deido, NewBell, Bangue Bonassama, Abong Mbang, Guider, Biyem Assi)

		Campagnes de dépistage volontaire du VIH couplées aux CPN	1201/3061 FEC soit 39,2% ont été dépistées parmi lesquelles, 43 FEC identifiées VIH+	ASAD	DS Bertoua
		Dépistage du VIH chez les FEC	189 FEC sur 1008 attendues ont été dépistées soit 18,7% et 02 FEC identifiées VIH+	CASDEV	DS Edéa
			205/1568 FEC soit 13% ont été dépistées parmi lesquelles, 58 FEC VIH+	Le Bon Guide	DS Ebolowa
		Dépistage du VIH chez les FEC	5022 FEC sur 4399 attendus ont été accompagnés à la FOSA pour la CPN, parmi lesquelles 84 Femmes enceintes ont été identifiées VIH+ (1,7%) dont 83 ont été mises sous TARV (99%) 97 EE dépistés à la PCR 6FEC/allaitantes perdues de vue ont été retrouvées et remises sous TARV	Horizons Femmes	Department de la MIFI
		Recherche active des FEC	1601 FEC sensibilisées et accompagnées physiquement ou référées dans la FOSA pour la CPN	NOLFOWOP	10 districts du Nord, Littoral, Sud, l'Est
			163 FEC référées dans la FOSA pour la CPN et 11 Enfants Exposés nés de mères VIH+ ont été identifiés en communauté et référées dans la FOSA	ASAD	DS Bertoua
		Lien au TARV	Sur 1601 FEC testées au VIH 28 FEC ont été testées VIH+ mises sous TARV (100% mises sous TARV), Sur 309 Femmes Allaitantes testées au VIH, 04 FA ont été testées VIH+ mises sous ARV (100% mises sous TARV) Sur 207 cas index testés au VIH 18 ont été identifiés VIH+ et mise sous TAVR (100% mis sous TARV)	NOLFOWOP	10 DS (Nord, Littoral, Sud et Est)
			Sur 1201 FEC testées au VIH, 43 FEC été identifiés VIH+ et mises sous TARV	ASAD	DS Bertoua

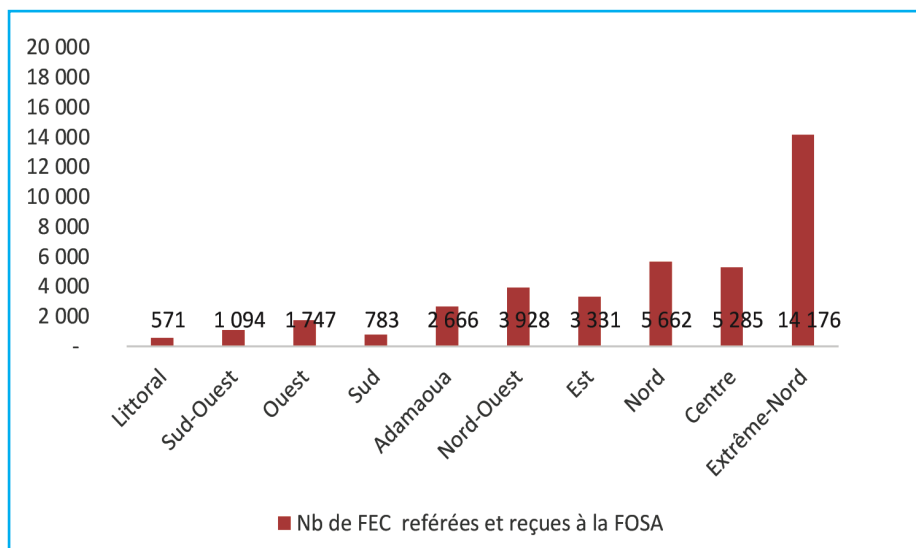
			Sur 189 FEC testées au VIH, 02 FEC ont été identifiés VIH+ et mise sous TARV soit 100% sont mises sous TARV	CASDEV	DS Edéa
			Sur 205 FEC testées au VIH, 58 ont été identifiées VIH+ et mise sous TARV	Le Bon Guide	DS Ebolowa
	Suivi communautaire du couple mère-enfant	Offre d'un paquet intégré de services au couple mère-enfant	Conseils en alimentation à 16 femmes allaitantes suivies en communauté	NOLFOWOP	02 districts de santé de la région du Centre (Cité Verte et Djoungolo)
	Accompagnement psychosocial	Identification, évaluation des besoins et fourniture des services de santé, sécurité, stabilité et scolarité.	20 371 enfants et adolescents infectés ou affectés par le VIH ont reçu des services basés sur l'approche de gestion des cas	AFASO, AFSU, AWA, NOLFOWOP, SDS, CODASC, Horizons Femmes, SWAA-LT, MERENSO, RENATA, CCO, CMWA, IDF	09 régions exception faite de la région du Sud
	Accompagnement des Activités	Renforcement économique	Création de 02 groupes Caisse d'Épargne et Crédit Interne (CECI)	NOLFOWOP	Djoungolo
	Génératrice de revenus (AGR) pour les FEC et allaitantes et leur famille	Formation sur la gestion des activités génératrices des revenus	03 groupes des femmes VIH+ ont bénéficié d'un appui financier pour la mise sur pied des AGR (Restaurant, ferme, vivre frais et salon de coiffure)	Horizons Femmes	Douala, Yaoundé
	Mentoring communautaire en PTME	Coaching de proximité	120 visites de mentoring ont été réalisés aux agents de santé communautaires	NOLFOWOP	10 DS (Nord, Est, Centre, Littoral et Sud)

Source : CNLS

Il ressort de ce tableau que quatre principales stratégies ont été utilisées pour offrir les interventions communautaires dans le cadre de la PTME : (i) la stratégie Mother Mentor (M2M), (ii) la stratégie intégrée des ISDC, (iii) la stratégie avancée en communauté et (iv) la mobilisation communautaire et offre des services intégrés de VIH/SRMNIA (porte à porte) et « one by two » utile pour la recherche active des cas index dans la communauté. La combinaison de ces différentes stratégies a contribué à l'atteinte des cibles.

En effet, la mise en œuvre de la stratégie Mother Mentor (M2M) a permis les deux premiers mois : (i) d'assurer le suivi et l'accompagnement de 116 FEC/allaitantes, (ii) de retrouver 52 FEC VIH+ perdues de vue et mises/remises sous TARV, (iii) de réaliser 48 PCR avec 08 positives et 01 mises sous TARV dans les cinq régions ayant débuté l'activité entre novembre et décembre 2019 (Littoral, Centre, Sud, Extrême-nord et Adamaoua). La particularité de cette stratégie est le suivi par les pairs. Cependant on note la faible couverture géographique, d'où la nécessité d'un passage à échelle afin d'augmenter le nombre de mères-mentors et la couverture géographique des interventions.

La stratégie ISDC a permis de ramener dans les FOSA 39246 FEC sur 21620 attendues en CPN et de référer 18612 sur 37144 enfants nés en communauté. Ces résultats sont en augmentation par rapport aux résultats obtenus en 2017 soit 40% des FEC attendues en CPN ramenées et 30,22% des enfants nés en communauté référés dans les FOSA

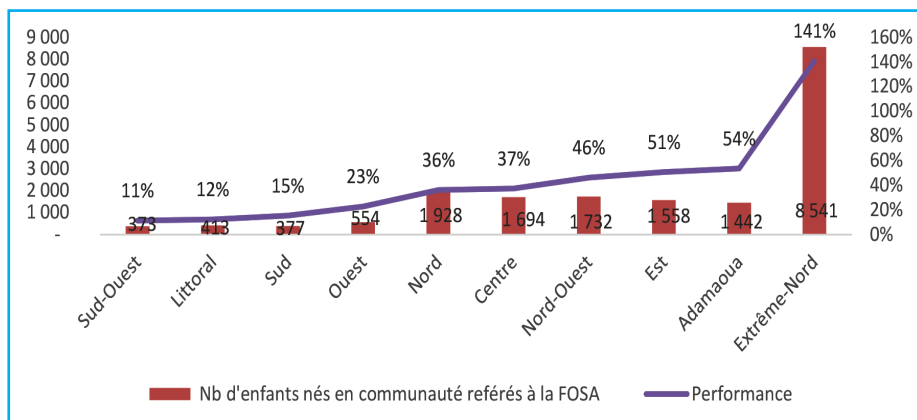


Graphique 2 : Performance de femmes enceintes n'ayant pas commencé la CPN, référées et reçues à la FOSA

Source : Rapport PLAN-CAMEROUN, 2019.

Dans le graphique 2 les performances enregistrées pourraient s'expliquer d'une part par une sous-estimation de la cible de base et d'autre part par un meilleur suivi des FEC par les ASC qui les réfèrent systématiquement vers les FOSA pour les CPN et l'accouchement, d'où la baisse des naissances en communauté.

Par ailleurs, dans le littoral on observe le plus faible nombre de FEC référées, qui pourrait s'expliquer par la proximité des populations des formations sanitaires privées en zone urbaine et péri urbaine.



Graphique 3 : Pourcentage d'enfants nés en communauté, référés et reçus à la FOSA

Source : Rapport PLAN-CAMEROUN, 2019.

Le graphique 3 ci-dessus présente le pourcentage d'enfants nés en communauté qui ont été retrouvés et référés par les ASCP à la FOSA. Cependant, il convient de noter que la région de l'Extrême Nord a la performance la plus élevée 8 541 (141%), cette observation peut être attribuée à une sous-estimation de la cible de base. Cependant les régions du Sud-ouest, Littoral, Sud, Ouest, Nord, Centre et Nord-Ouest enregistrent une faible performance respectivement de 11%, 12%, 15%, 23%, 36%, 37% et 46%. La non-atteinte de la cible dans certaines régions pourrait être due à la faible transmission des fiches de contre-référence ; et le refus de certains personnels de santé de signer les fiches de contre-référence ; les perturbations dues à la crise socio-politique qui entravent la référence des femmes vers les FOSA.

En 2019, on note une forte implication des OBC en matière de création de la demande des services de PTME, d'offre des services intégrés et de mentoring au niveau communautaire.

V.1.2 Faiblesses dans la mise en œuvre des interventions communautaires de PTME

Malgré d'importants progrès réalisés grâce à l'apport des interventions communautaires en faveur de la PTME, à savoir l'accroissement de la demande

des services de CPN et l'augmentation des accouchements dans les FOSA, certaines insuffisances demeurent :

- Situation sociopolitique de certaines régions du Nord-Ouest/Sud-Ouest (NOSO) ;
- Persistance de la verticalité des agents de santé communautaire polyvalents, ainsi que la faible couverture géographique par ces agents (69 DS couverts) ;
- Faible implication des chefs de l'aire de santé/chef de districts de santé ;
- Insuffisance de coordination des interventions communautaires à tous les niveaux ;
- Rupture de stock des tests de dépistage du VIH ;
- Absence des outils harmonisés de collecte des données communautaires ;
- Faible rapportage des données communautaires ;
- Absence des indicateurs de la PTME communautaires dans le DHIS2 ;
- Absence des cibles définies de la PTME communautaires ;
- Insuffisance des outils d'ETP dans les OBC ;

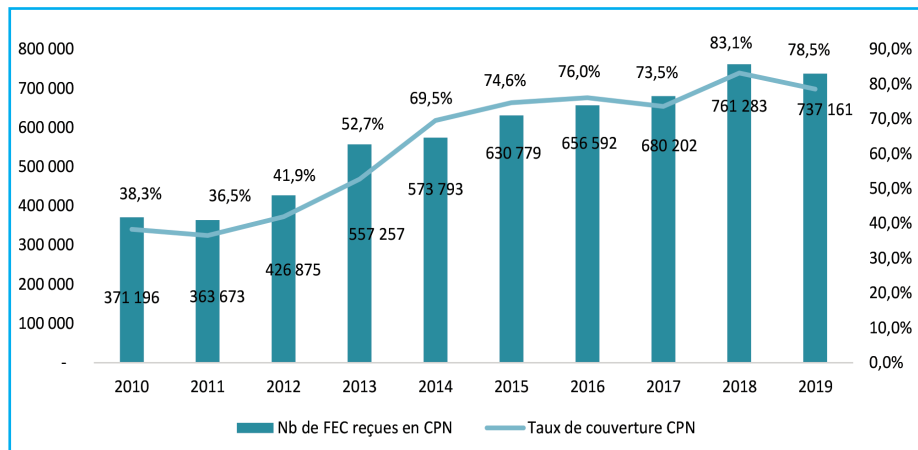
Eu égard des faiblesses sus - citées, les propositions suivantes ont été citées :

- Offrir un paquet de services intégrés VIH/SRMNIA à travers les ASCP/OBC ;
- Rationaliser la couverture géographique des intervenants communautaires (ASCP/OBC) dans les 189 districts de santé ;
- Améliorer la coordination des activités communautaires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Redéfinir la stratégie de mères-mentors pour une meilleure planification de leur cahier de charge de ces derniers
- Identifier et intégrer les indicateurs communautaires dans le DHIS2 ;
- Prendre en compte les cibles nationales définies dans les Aires d'intervention au niveau communautaire ;
- Mettre en place un mécanisme de remontée des données communautaires de l'OBC en respectant le système national de remontée des données ;
- Harmoniser les outils de collecte et de rapportage des données communautaires ;

- Faire la cartographie des intervenants communautaires PTME dans les 10 régions.

V.2 Fréquentation de la consultation prénatale (CPN)

La consultation prénatale, est la principale porte d'entrée de la PTME. Le taux de fréquentation correspond à la proportion de femmes enceintes ayant reçu au moins une CPN et permet d'avoir une mesure de la couverture des services par rapport à la population cible. A cet effet, le taux de fréquentation de la CPN était de 78,5% (737 161/939 055), en baisse d'environ 5 points par rapport à 2018 où ce taux était de 83,1%. Comme le montre le graphique ci-dessous, et malgré la baisse de 2019 en partie due aux régions du NOSO, on a observé une tendance générale à l'augmentation de la fréquentation de la CPN ces 10 dernières années.



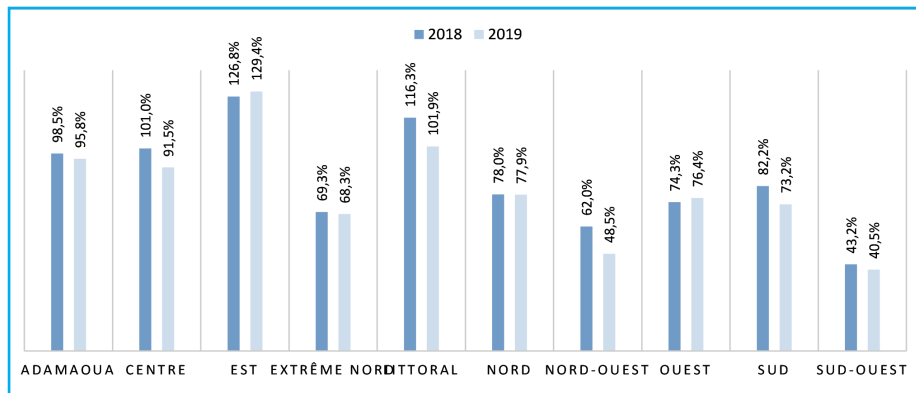
Graphique4 : Evolution du taux de fréquentation de la CPN de 2010 à 2019,

Source : DHIS 2, 2019.

Des disparités ont été observées dans deux régions ayant présentées un taux de fréquentation supérieur au niveau national parmi lesquelles les régions de l'Est (129,4%) et du Littoral (101,9%). Celles-ci pourraient s'expliquer par l'afflux des réfugiés (Est) ou les phénomènes migratoires internes et/ou externes (Littoral). Les proportions les plus faibles ont été observées dans les régions du NOSO (voir encadré 1).

La figure ci-dessous montre les performances régionales entre 2018 et 2019. Alors que les régions de l'Est et de l'Ouest ont connu une légère augmentation de leur taux de couverture en CPN, les baisses les plus importantes ont été

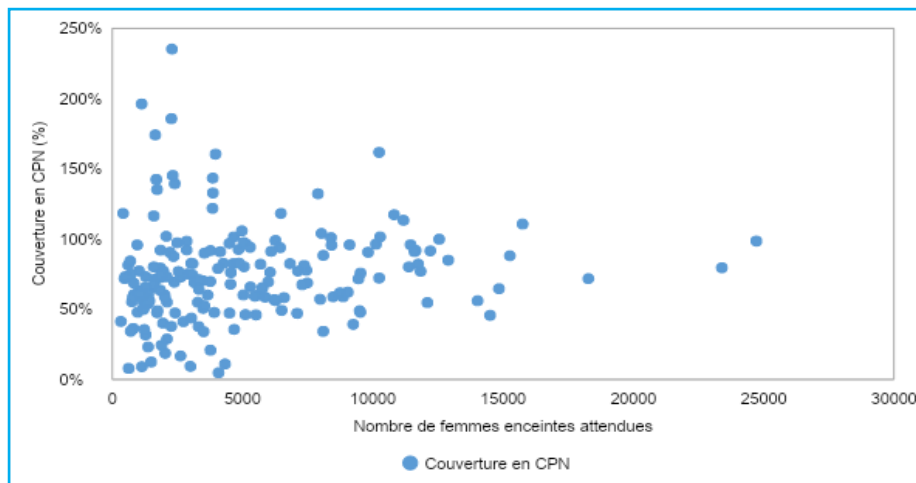
observées dans les régions du Centre (-10), du Littoral (-15) et du Nord-Ouest (-14). Dans les régions du Centre et du Littoral la baisse pourrait s'expliquer par la faiblesse du renseignement des activités de CPN par les prestataires des formations sanitaires privées



Graphique 5 : Taux de fréquentation de la CPN par région 2018 et 2019,

Source : Rapport annuel CNLS, 2018 et base de données DHIS2, 201

Fréquentation CPN au niveau district :



Graphique 6 : Répartition du taux de fréquentation de la CPN par district.

Source : DHIS2, 2019.

Le graphique ci-dessus montre une concentration des districts de santé dans la zone comprise entre 50 et 100% de couverture CPN. Ce taux varie de 4,8% pour le DS Fontem (Sud-Ouest) à 235,3% à Garoua Boulai (Est) qui peut s'expliquer par des phénomènes migratoires interne et/ou externe.

- **< 50%** : 41 DS dont le taux était de 7,7% des FEC reçues en CPN. Les régions du NOSO représentent à elles seules 24 DS (13 pour le Nord-Ouest et 11 pour le Sud-Ouest). Aucun DS des régions de l'Adamaoua ni de l'Est ne sont représentés dans ce groupe.
- **Entre 50% et 69%** : 49 DS représentant 18,5% des femmes enceintes reçues en CPN, dont 12 DS faisant partie du NOSO (six chacune). Aucun DS de la région de l'Adamaoua n'est représenté dans ce groupe et un seul à l'Est, Nguemendouka (54,1%).
- **De 70% à 90%** : 46 DS participant pour 26,7% des FEC reçues en CPN.
- **> 90%** : 53 DS dont le taux était de 47,1%. Ce groupe étant constitué de DS provenant de plusieurs régions : Littoral (14), Centre (11), Est (9), Adamaoua (7), Extrême Nord, Nord et Ouest (4).

Quelques particularités régionales de la fréquentation CPN des femmes enceintes

- **Région du Centre:**
 - Fréquentation en CPN > 100% rencontrée dans les districts de Biyem-Asi (147,0%), Mfou (112,6%), Soa (106,2%) et Yoko (140,3%) pouvant s'expliquer par (i) une sous-estimation de la population de certains districts, comme le DS de Soa où la population estudiantine n'a pas été prise en compte dans l'estimation de la population du district et (ii) la convergence vers les FOSA des districts urbains de nombreuses FEC pour le suivi de leurs grossesses.
 - Faible fréquentation observée dans les DS ruraux d'Ebebda (34,4%), d'Esse (40,4%) et d'Eseka (40,4%) pouvant s'expliquer par la présence des accoucheuses traditionnelles d'une part et la préférence pour les FOSA situées en zone urbaine d'autre part, entraînant le dépassement de la cible dans certains districts.
- **Région de l'Extrême Nord** : Fréquentation < 50% a été observée dans les districts de Hina (49,1%), Koza (48,0%), Moulvoudaye (47,0%), Roua (46,9%),) et Méri (34,2%). Le poids socioculturel pourrait en partie expliquer ces insuffisances.
- **Région du Nord** : Faible fréquentation enregistrée dans certains DS urbains, notamment Garoua II (45%), Garoua I (58%) et Gaschiga (68%), où certaines CPN étaient faites en clientèle privée non comptabilisées dans la fréquentation des FOSA. De même, l'existence de FOSA clandestines qui ne remonte pas les données des CPN vers le district.

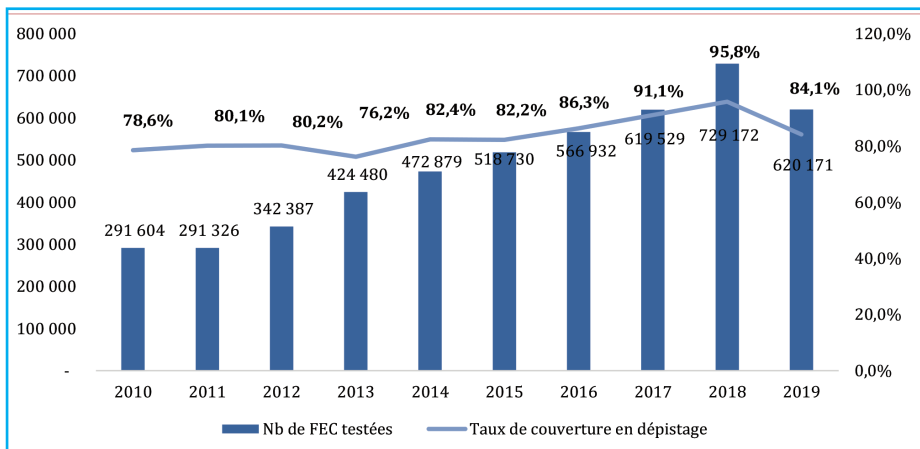
- **Région du Sud:** Le faible taux de fréquentation en CPN variant entre 35,6% (DS Mvangan) et 82,8% (DS Kribi). Ceci s'expliquerait par l'existence dans la région des accoucheuses traditionnelles.

V.3. Conseil et dépistage du VIH

V.3.1. Dépistage du VIH chez la femme enceinte

Le conseil et dépistage de l'infection à VIH dans le cadre de la PTME doit se faire à chaque contact de la femme avec le système de soins et devrait être proposé en CPN, en salle de travail ou d'accouchement (SA), et pendant l'allaitement pour celles dont le statut sérologique n'est pas connu ou celle ayant un statut négatif datant d'au moins trois mois. Parmi les 737 161 femmes enceintes reçues en CPN, 84,1% (620 171/737 161) ont accepté le test VIH ou sont déjà connues positives et 83,5% (615 721/737 161) connaissaient leur statut sérologique à l'égard du VIH à l'échelle nationale, en baisse par rapport à 2018 où 95,8% des FEC connaissaient leur statut.

La figure ci-dessous résume l'évolution du dépistage de la femme enceinte en CPN et SA. En 2019, on a observé une baisse de l'offre du dépistage du VIH pour atteindre des taux obtenus au début de la mise en œuvre de l'option B+, c'est-à-dire en 2014/2015. Cette situation est due en partie à la rupture de tests de dépistage et la réticence de certaines femmes à se faire dépister, ainsi qu'à la faiblesse du système de suivi postnatal du couple mère-enfant avec absence de données sur le dépistage du VIH chez les mères allaitantes.



Graphique 7 : Evolution de l'offre du dépistage en CPN ces dix dernières années.

Source : Rapports annuels CNLS et base de données DHIS2, 2019.

Il existe des disparités régionales avec des taux faibles dans les régions de l'Extrême-Nord (62,0%) et du Nord (67,6%) et paradoxalement des taux de réalisation du test VIH élevé dans les régions du NOSO respectivement 96,5% et 97,3% (données programmatiques). Malgré la baisse de la fréquentation des FOSA dans le NOSO du fait de l'instabilité sociopolitique, la majorité des FEC reçues en CPN ont été dépistées.

Quelques particularités régionales

- **Nord** : Faible taux de dépistage 67,6% signifiant qu'une femme sur trois reçue en CPN a bénéficié d'un test de dépistage VIH. Cette couverture était plus faible dans les districts de Bibemi, Lagdo et Touboro avec respectivement 49%,54% et 48% due à la rupture en tests. Cependant, les districts urbains de Garoua I (80%), Garoua II (72%) et Figuil (78%) présentaient une meilleure couverture, car les FOSA avaient pu se fournir en tests dans les officines de la ville de Garoua ou être approvisionner par les partenaires techniques et financiers.
- **Extrême Nord**: Seulement quatre (04) DS sur 30 avaient un taux de dépistage du VIH d'au moins 90%. Le problème se pose avec acuité dans la plupart des DS du fait de la rupture en test observée dans les FOSA.

Tableau 7: Dépistage du VIH chez la femme enceinte, 2019.

Régions	FEC attendues	FEC reçues (CPN+SA)	Couverture en CPN	FEC testées (CPN+SA)	FEC déjà connues VHI+	Réalisation du test VIH	Taux de retrait
Adamaoua	54 267	51 987	95,8%	44 371	433	85,4%	86,2%
Centre	143 348	131 222	91,5%	122 549	2 571	93,4%	95,3%
Est	40 196	51 998	129,4%	45 074	779	86,7%	88,2%
Extrême Nord	218 892	149 500	68,3%	92 750	359	62,3%	60,7%
Littoral	102 697	104 662	101,9%	95 605	2 434	93,7%	90,9%
Nord	129 817	101 150	77,9%	68 421	373	68,0%	67,0%
Nord-Ouest	77 623	37 619	48,5%	36 285	1 069	99,3%	96,0%
Ouest	85 983	65 649	76,4%	63 084	915	97,5%	95,8%
Sud	25 793	18 875	73,2%	18 191	344	98,2%	96,3%
Sud-Ouest	60 439	24 499	40,5%	23 831	733	100,3%	96,3%
National	939 055	737 161	78,5%	610 161	10 010	82,8%	82,2%

Source: données DHIS2, Mars 2020

D'un point de vue populationnel, 939 055 FEC étaient attendues en CPN1. L'objectif était de dépister 90% des FEC attendues, soit 845 150 femmes enceintes (premier 90) ; parmi celles-ci seules 620 171 (72,8%) connaissaient leur statut soit un écart de 224 979.

Encadré 1 : Taux de dépistage dans les régions du NOSO

Malgré les faibles taux de fréquentation en CPN et la rupture en test observés au niveau national, dans les régions du NOSO, le test de dépistage du VIH a été offert à respectivement 99,3% et 100,3% des femmes enceintes reçues. Cela a été réalisé grâce à :

- Priorisation au niveau régional de l'offre des kits de dépistage du VIH aux sites de PTME à forte fréquentation et femmes allaitantes élevée,
- Respect des directives par le personnel de santé,
- Gratuité du test de dépistage du VIH pour les femmes enceintes et allaitantes.

V.3.2. Nombre de tests VIH réalisés

Les femmes enceintes dans la majorité des cas ont été testées lors de leur premier contact avec la FOSA en CPN ou en SA. Cependant, un nouveau test VIH est offert à celles qui avaient un précédent test négatif de plus de 3 mois en CPN3/4 et en SA (re-testing). Par conséquent, le nombre total de tests réalisés était de 801 108. Le re-testing représentait 23,8% (190 947) des tests réalisés, avec des disparités régionales de 10,7% à l'Extrême-Nord à 29,2% à l'Est. Le re-testing permet d'identifier les cas de séroconversion et de prendre en charge le couple mère enfant afin de réduire le risque de transmission du VIH. En effet, 58,4% (111 544) des re-testing ont été réalisées en CPN 3/4, en augmentation par rapport à 2018 où il était de 55,8%. Ce sont 1 186/111 544 femmes enceintes testées négatives lors de leur premier contact en CPN qui ont été retestées VIH+ en CPN3/4 ou en SA soit un taux de séropositivité de 1,06%. Il serait souhaitable que ce re-testing soit étendu aux femmes en post partum pour permettre l'identification des femmes VIH+ et prévenir la TME du VIH pendant l'allaitement.

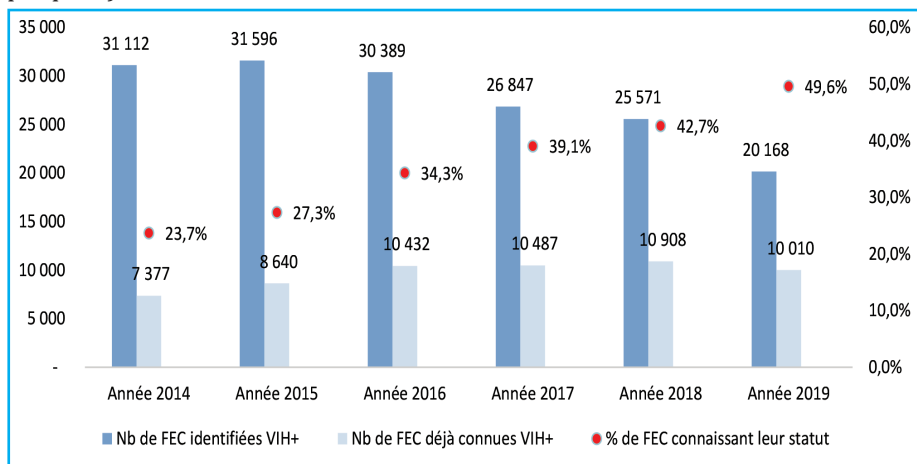
V.3.3. Femmes enceintes identifiées VIH+

Les données collectées sont issues des registres de CPN et SA. Nous avons deux catégories des femmes enceintes VIH+ qui ont été suivies dans les services

PTME ; 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.

V.3.3.1. Femmes enceintes déjà connues VIH+

Le nombre de femmes enceintes déjà connues VIH+ avant la grossesse connaît une augmentation depuis 2014 passant de 23,7% à 49,6% en 2019 (graphique 9).



Graphique 8: Evolution du nombre de femmes enceintes déjà connues VIH+ entre 2014 et 2019.

Source : Rapports annuels CNLS et base de données DHIS2, 2019.

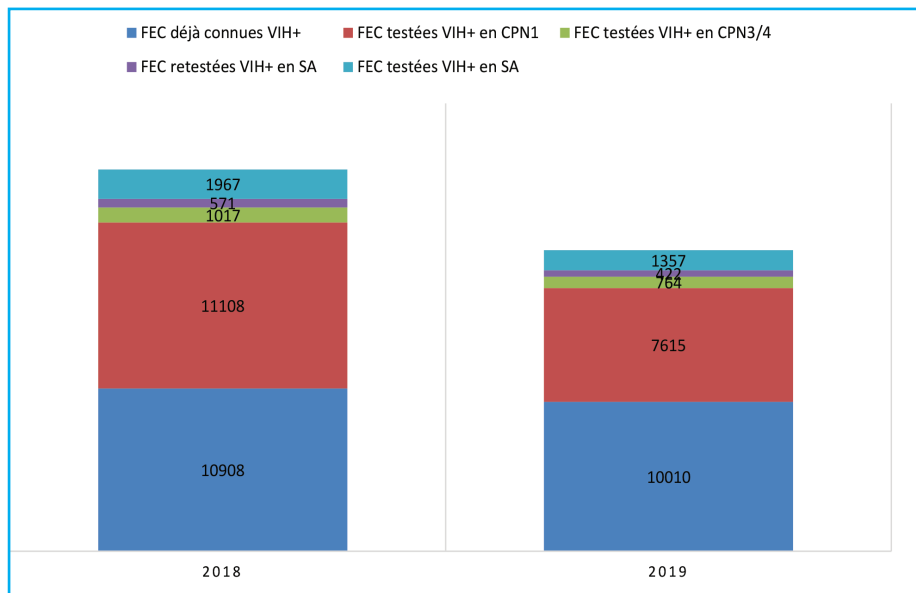
En 2019, ce taux varie au niveau régional de 31,9% (358/1 122) dans la région de l'Extrême-Nord à 70,2% (1 069/1 522) dans la région du Nord-Ouest. Cette augmentation entre dans la dynamique de l'atteinte d'un des objectifs de la PTME qui est de garder les mères VIH vivantes en plus de réduire la TME à moins de 5%.

V.3.3.2. Femmes enceintes identifiées VIH+

Selon SPECTRUM, 23 249 femmes enceintes VIH+ étaient attendues en 2019, 20 168 (86,7%) ont été identifiées soit un gap de 3 096 femmes enceintes. Dans 03 DS (Fotokol, Manoka et Wabane) aucune FEC VIH+ n'a été identifiée. Concernant le DS de Manoka (Littoral) c'est la 3^e année consécutive, qu'aucune femme enceinte n'est identifiée VIH+ et qu'aucun test VIH n'est offert en SA. Les régions du Centre et du Littoral représentent 46,2% (9 314/20 153) des femmes

enceintes identifiées VIH+. Ces régions avaient respectivement 25,3% (5 093) et 20,9% (4 221) des FEC identifiées VIH+.

La figure ci-dessous représente toutes les femmes enceintes VIH+ en fonction du lieu de dépistage (CPN ou SA). Les données relatives aux femmes allaitantes ne sont pas captées par les outils de collecte actuellement utilisés. Il serait judicieux de les prendre en compte dans le système de collecte de données pour mesurer la contribution de l'allaitement dans la TME.



Graphique 9 : Nombre de femmes enceintes identifiées VIH+ en fonction de la porte d'entrée, 2018 et 2019.

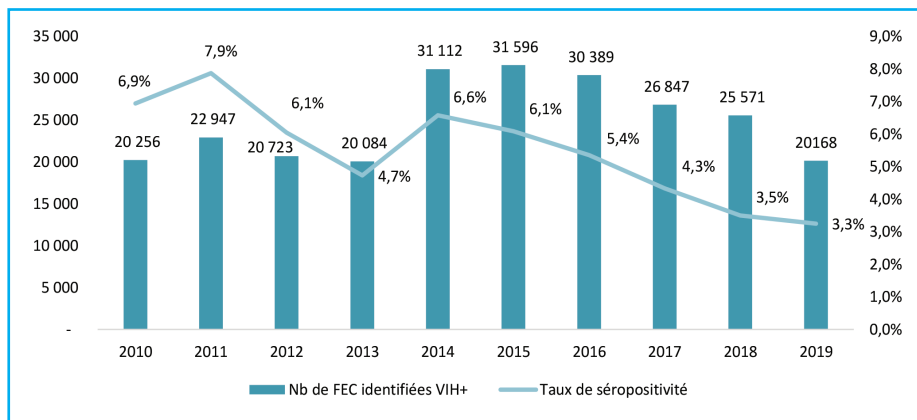
Source : Rapport annuel 2018 et base de données DHIS2, 2019.

Il existe des disparités régionales avec des taux faibles dans les régions de l'Extrême-Nord (60,6%) et du Nord (67,0%) et paradoxalement des taux de réalisation du test VIH élevé dans les régions du NOSO respectivement 96,0% et 96,3%. D'un point de vue populationnel, parmi les 845 150 femmes enceintes seules 71,6% connaissaient leur statut soit un écart de 239 607.

V.3.4. Taux de séropositivité du VIH chez la femme enceinte

Le dépistage du VIH est offert en CPN et SA. En 2019, 610 171 femmes enceintes ont été testées parmi lesquels 10 158 nouvellement testées et 10 010 qui connaissaient déjà leur statut soit un total de 20 168 FEC identifiées VIH+ pour

un taux de séropositivité de 3,3%. L'Extrême-Nord présentait le taux de séropositivité le plus bas soit 1,2% contrairement au Sud-Ouest qui avait le taux le plus élevé soit 6,0%.



Graphique 10: Evolution du taux de séropositivité des femmes enceintes entre 2010 et 2019.
Source : rapports annuels CNLS et base de données DHIS2, 2019.

Le graphique ci-dessus nous montre une évolution du taux de séropositivité en dent de scie entre 2010 et 2014 et une baisse de ce taux de 2014 (6,6) à 2019 (3,3). Cette évolution pourrait s'expliquer par la mise en œuvre de l'option B+ depuis 2014.

Tableau 8 : Taux de séropositivité des femmes enceintes par région en 2019.

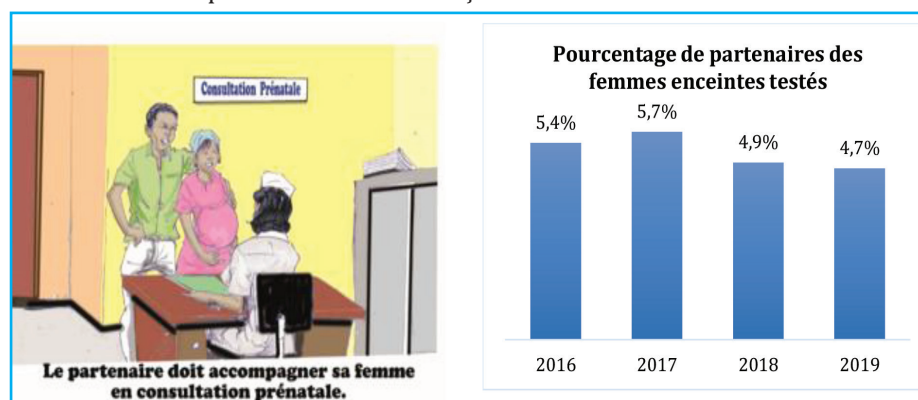
Régions	Taux de séropositivité de toutes les FEC identifiées VIH+	Taux de séropositivité des FEC nouvellement testées VIH+	% des FEC déjà connues VIH+
Adamaoua	2,7%	1,8%	35,3%
Centre	4,1%	2,1%	50,4%
Est	4,6%	2,9%	37,3%
Extrême Nord	1,2%	0,8%	31,9%
Littoral	4,3%	1,9%	57,7%
Nord	1,5%	0,9%	37,2%
Nord-Ouest	4,1%	1,2%	70,2%
Ouest	2,5%	1,0%	58,2%
Sud	4,8%	3,0%	38,8%
Sud-Ouest	6,0%	2,9%	51,5%
Total	3,3%	1,7%	49,6%

Source: Base de données du DHIS2, 2019.

Le tableau ci-dessus nous montre que le taux de séropositivité chez les FEC identifiés VIH+ en 2019 est de 3,3% légèrement en baisse par rapport à celui de 2018 (3,5%) (Rapport annuel CNLS, 2018). Cette baisse pourrait s'expliquer du fait que, de nombreuses FEC ayant échappé au dépistage en CPN, sont rattrapées en salle d'accouchement et en post partum. La région du Sud-Ouest est la région ayant le taux de séropositivité le plus élevé (6,0%), suivi des régions du Sud (4,8), de l'Est (4,6), du Littoral (4,3) et du Centre (4,1). Ces régions ont enregistré des taux de séropositivité au-dessus de la moyenne nationale. Ceci pourrait s'expliquer par les migrations des populations d'une région à l'autre, par la situation géographique (zone frontalière) et par l'instabilité socio-politique.

V.3.5. Dépistage du VIH chez les partenaires des femmes enceintes

En 2019, 28 691 partenaires des femmes enceintes ont été testés représentant un taux de 4,7% (28 691/610 161). Ce taux est inférieur à ceux de 2017 (5,7%) et 2016 (5,4%) et ne satisfait pas à l'un des objectifs du programme qui est de tester tous les partenaires des FEC reçues en CPN.



Graphique 11 : Evolution du dépistage des partenaires des femmes enceintes entre 2016 et 2019.

Source : rapports annuels et données DHIS2, 2019.

La couverture en test VIH chez les partenaires varie de 1,0% (EN) à 11,2% (SO). La faible participation des hommes à la PTME est la résultante d'un certain nombre de facteurs parmi lesquels : (i) la féminisation des services de santé (les prestataires de soins ont tendance à plus se focaliser sur la santé de la mère et de l'enfant), (ii) l'absence de volonté de certains hommes à accompagner leurs femmes à la PTME, (iii) le poids de la culture, (iv) l'insuffisance d'infrastructure et service disponible pour atteindre les hommes et (v) la perception des autorités et

du public selon laquelle la santé de reproduction est une question qui concerne les femmes.

Tableau 9: Dépistage du VIH chez les partenaires des femmes enceintes en 2019.

Régions	Nbrs de FEC reçues (CPN&SA)	Nbrs de FEC testés au VIH (CPN&SA)	Nbrs de Partenaires des FEC testés au VIH	% partenaires testés sur FEC testées	Nbrs de Partenaires des FEC testés VIH+	Taux de séropositivité des partenaires au VIH (%)
Adamaoua	51 987	44 371	2 058	4,6%	76	3,7%
Centre	131 222	122 549	5 845	4,8%	266	4,6%
Est	51 998	45 074	3 202	7,1%	165	5,2%
Extrême - Nord	149 500	92 750	961	1,0%	63	6,6%
Littoral	104 662	95 605	4 430	4,6%	178	4,0%
Nord	101 150	68 421	2 283	3,3%	88	3,9%
Nord-Ouest	37 619	36 285	2 333	6,4%	82	3,5%
Ouest	65 649	63 084	3 667	5,8%	66	1,8%
Sud	18 875	18 191	1 235	6,8%	49	4,0%
Sud-Ouest	24 499	23 831	2 677	11,2%	69	2,6%
National	737 161	610 161	28 691	4,7%	1 102	3,8%

Source : Données DHIS2, Mars 2020.

Le tableau ci-dessus montre que parmi les 28 691 partenaires testés, 1 102 ont été identifiés VIH positifs, soit un taux de séropositivité de 3,8%. Ce taux quoiqu'en baisse par rapport aux années 2017 (6,4%), 2016 (7,7%), 2015 (10,6%) et 2014 (9,1%) reste néanmoins élevé. Les régions présentant les taux les plus élevés sont l'Extrême-Nord (6,6%) et l'Est (5,2%), contrairement aux régions de l'Ouest (1,8%) et du Sud-Ouest (2,6%) qui ont les taux les plus bas.

Par ailleurs, on a noté que le taux de séropositivité des partenaires (3,8%) était plus élevé que celui des femmes enceintes (3,3%) laissant entrevoir la possibilité de couples sérodiscordants et par conséquent un risque de séroconversion des femmes enceintes au cours de la grossesse ou de l'allaitement. A cet effet, Il serait important d'intensifier des stratégies de prévention (traitement du partenaire VIH+) auprès de ces couples sérodiscordants et les stratégies pour augmenter le dépistage du VIH chez les partenaires des femmes enceintes/allaitantes, afin de prévenir la TME du VIH due à la séroconversion pendant la grossesse ou l'allaitement. De même, des activités de plaidoyer auprès des leaders d'opinion

pourraient également être menées pour augmenter l'utilisation des services de santé par les hommes ; des campagnes de sensibilisation dans les associations masculines, l'auto dépistage comme stratégie novatrice; 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, la promotion de l'approche « Man-start » et des champions, l'initiation d'une approche d'engagement des ambassadeurs à la cause des hommes pour une prise de leur responsabilité; la promotion des services amis des hommes, services conviviaux du VIH adaptés aux hommes pourraient également y contribuer. (Livre des abstract2019/rapport ICASA 2019 : partie communautaire).

Encadré 2 : Dépistage du VIH chez les partenaires des femmes enceintes dans les régions du NOSO

- **Nord-Ouest** : Le taux de séropositivité du VIH chez les partenaires des FEC était de 3,5%. Le dépistage du VIH chez les partenaires dans l'ensemble de la région était faible soit 6,2 % des femmes enceintes testées. 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.
- **Sud-Ouest** : 2 744 partenaires des femmes enceintes ont été testés (1 partenaire pour 11 femmes) pour un taux de séropositivité de 2,6%, malgré l'utilisation des fiches d'invitation et de sensibilisation. Le coût du test de dépistage reste un frein. La mise en œuvre de la stratégie de dépistage du cas index et de la gratuité du test VIH pourraient encourager plusieurs partenaires des FEC à effectuer le test de dépistage. La séropositivité des partenaires (2,8%) est inférieure à celle des FEC (6%). Elle est en baisse par rapport à 2018 (3,6%).

Afin d'améliorer la participation des hommes, les districts sont convenus de continuer à encourager le conseil dépistage orienté vers le couple (COC) à sensibiliser leurs collectivités à l'importance de l'implication des partenaires dans la PTME.

V.3.6. Dépistage précoce du VIH chez les enfants exposés

L'offre de service de dépistage précoce des enfants nés de mères VIH+ était disponible à travers les plateformes conventionnelles (CIRCB, NEIDRL-Mutengene, TBRL-Bamenda) et les Points of Care/Early Infant Diagnostic (POC/EID). Environ 14 970 EE avaient été testés et 724 identifiés VIH+.

Il existe deux types de dépistage offerts aux enfants exposés au VIH : le test conventionnel par le laboratoire de référence et le Point of Care/Early Infant Diagnostic (POC/EID) disponibles 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. En effet, les registres de laboratoire ou ceux du suivi postnatal mère-enfant dans certaines FOSA n'étant pas correctement remplis, avec éventuellement la collecte des données POC-EID. En outre les longs délais de rendu de certains résultats par les laboratoires de référence pourraient entraîner une sous-estimation des résultats ou encore le double comptage des échantillons POC/EID pourraient entraîner une surestimation.

Pour améliorer la qualité des données, le logiciel DHIS a été aménagé afin 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 ; mais ces données sont parfois incomplètes.

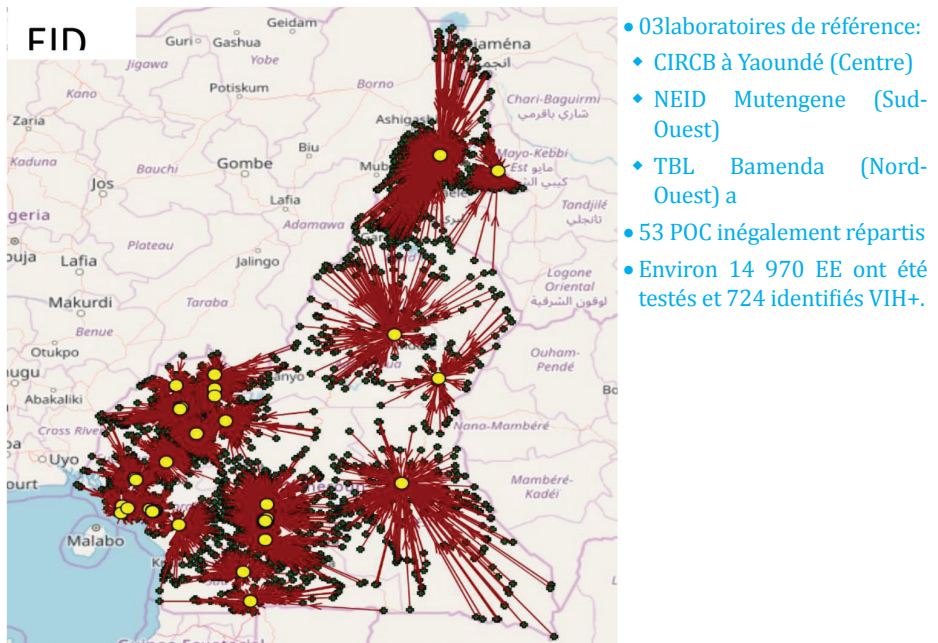


Figure 1 : répartition géographique de POC/EID

Quelques particularités régionales

- **Adamaoua** : Le taux de séropositivité était de 2,7%. Deux (2) POC/EID sont disponibles, l'un dans DS de Ngaoundéré Urbain et l'autre à Meiganga.
- **Centre** : Le taux de séropositivité était de 5,2%. Malgré la présence de 14 machines (2 conventionnelles et 12 POC/EID, on assiste à de longs délais dans le rendu des résultats dans les FOSA. Par ailleurs, le DS de Yoko ne possède aucun personnel formé dans le prélèvement des échantillons DBS.
- **Est** : Le taux de séropositivité était de 6,0%. Les données de PCR étaient issues du CIRCB et des POC/EID de Bertoua et Meiganga, 48,4% des enfants exposés ont bénéficié du diagnostic précoce. Les DS de Moloundou (50%), Ketté (28,6%), Bétaré-Oya (33,3%) et Ndélélé (21,7%) présentaient les taux les plus élevés. Dans le DS de Lomié, aucun enfant n'a été testé sur les 77 nés de mères séropositives.
- **Extrême Nord** : Nous relevons la disponibilité 03 appareils POC-EID (HRA Kousseri, HR Maroua et HRA Yagoua). La difficulté rencontrée pour le fonctionnement de ces appareils reste la disponibilité de façon pérenne des intrants pour le dépistage et un circuit optimal pour le transport des échantillons des FOSA aux sites où ces prélèvements sont techniques.
- **Littoral** : Le taux de séropositivité était de 6,2% avec des pics enregistrés dans les DS de Pouma (28,6%) et Melong (21,9%). Aucun prélèvement de DBS n'avait été effectué dans les DS de Ndom, Ngambé et Nkondjock malgré qu'on ait enregistré les enfants exposés dans ces DS.
- **Nord** : Le taux de séropositivité était de 5,3% variable d'un district à l'autre, DS de Poli et Touboro avec le taux le plus élevé soit 11,1% comme Garoua1, Garoua 2, Touboro et Tcholliré. Le dépistage des enfants exposés est effectué par le CIRCB. Dans la région, 200 FOSA avaient au moins un prestataire formé au prélèvement DBS et étaient fonctionnels. Néanmoins il y'avait un gap en formation dans 80 sites de prélèvement. Plusieurs stratégies de sensibilisations avaient été menées en l'endroit des DS et des FOSA pour accroître l'offre du diagnostic précoce aux enfants exposés. De même, des cibles avaient été assignées aux APS pédiatriques et sont suivis par le point focal APS.
- **Ouest** : Le taux de séropositivité était de 2,8%. Le pourcentage d'EE ayant bénéficié d'une PCR est de 63% en hausse par rapport à 2018 (58,5%). Les examens de PCR de la région de l'Ouest sont réalisés soit au TBL de Bamenda, soit en utilisant les 03 POC/EID disponibles dans la région (HD de Fouban,

l'HR de Bafoussam et Saint Vincent de Paul de Dschang qui est privé). La performance atteinte est liée à l'engouement des APS Pédiatriques qui, en plus de leurs activités de suivi des femmes enceintes et des enfants exposés, assurent parfois le transport des échantillons et des résultats de la région vers les formations sanitaires et vis-versa; Et aussi, aux réunions de sensibilisation des prestataires et des communautaires à l'utilisation des POC dans les Districts de santé de Mifi et Fouban.

Encadré 3 : Dépistage précoce du VIH dans les régions du NOSO

Nord-Ouest : le taux de séropositivité était de 2,9%. Proportion la plus élevée dans les DS de Nwa et Kumbo West 20 % et 9 % respectivement mais un faible nombre d'échantillons, de Nkambé (4%) suivi des DS de Bamenda, Ndu, Ndup et Wum (3%). 08 DS (Ako, Bali, Bafut, Batibo, Kumbo East, Njikwa, Oku et Santa) avaient un taux de séropositivité de 0%. Cette région dispose de **11 POC/EID (Nkwen Baptist hospital, CMA de nkwen, azire IHC, Banso baptist Hospital, Shisong catholic Hospital, Mbingo Baptist, Wum District hospital, District Hospital Njinikom, Regional Hospital TB Reference)**

Sud-Ouest : Le taux de positivité de la PCR chez les enfants de 6 à 8 semaines était de 6,6%. Il a augmenté par rapport à 2017 (3,1%) à 4,2% en 2018. Cette augmentation s'explique par l'instabilité du climat socio politique que traverse la région et par la discordance de la qualité des données déclarées par les **04 POC/EID (Kumba, HR Limbé, HR Buéa, Presbyterian hospital)** et les laboratoires de référence. En effet, il existe une différence significative entre les données de laboratoire (4%) et les données des FOSA (6%). En outre, le nombre d'échantillons collectés est en baisse passant de 1283 en 2018 à 888 en 2019. Les DS de Buéa, Mamfe et Bangem présentent les taux de séropositivité des EE les plus élevés.

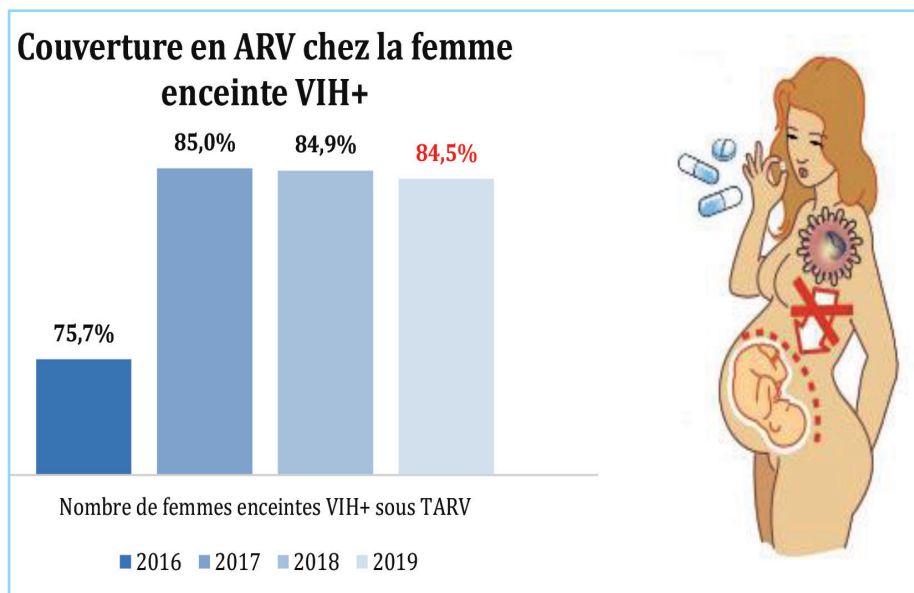
Les difficultés rencontrées dans ces régions pourraient s'expliquer par la tension voire la rupture des réactifs de PCR au niveau du laboratoire de référence et par l'absence de données de collecte des échantillons par les FOSA durant le mois de novembre.

V.4. Couverture en ARV chez les femmes enceintes VIH+

Le PSN 2018 – 2022 prévoit une réduction du taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant à moins de 2% d'ici 2022. Pour atteindre ce niveau, il est impératif que les FEC VIH+ soient toutes sous traitement antirétroviral.

Au cours de l'année 2019, 20 168 FEC ont été identifiées VIH+ (en CPN et en SA) sur les 23 249 FEC VIH+ attendues selon les projections SPECTRUM. Parmi les 20 168 femmes enceintes VIH+ identifiées, 17 046 ont reçu un protocole antirétroviral pour réduire la TME, soit une couverture programmatique de 84,5% correspondant à un gap de 3 122 femmes enceintes qui n'ont pas reçues de TARV. Ceci pourrait s'expliquer par les multiples tensions de stocks et par la crise sécuritaire dans le NOSO et l'Extrême-Nord. La couverture populationnelle en ARV des femmes enceintes quant à elle était de 73,3% (17 046/23 249).

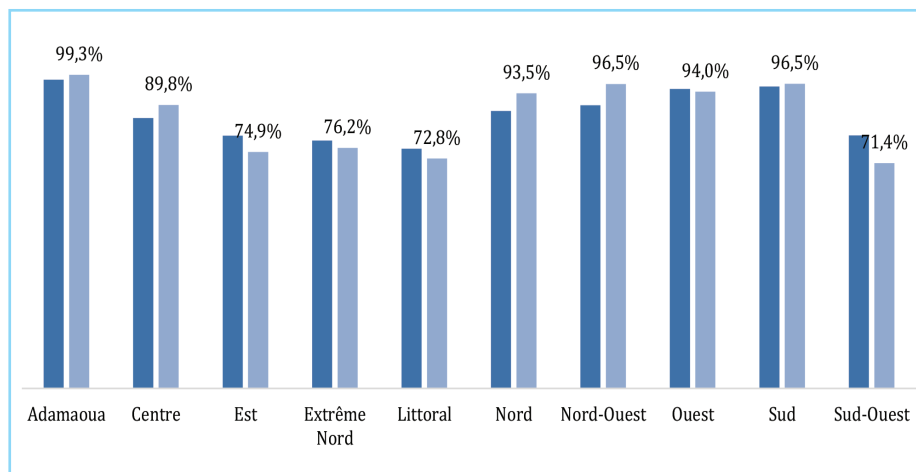
Bien qu'inférieure à 90%, la couverture en ARV des femmes enceintes VIH+ est restée stable sur les trois (03) dernières années comme le montre le graphique ci-dessous. La poursuite de l'extension des services PTME/Option B+ dans les FOSA, la délégation des tâches, la décentralisation intra hospitalière de la dispensation des ARV chez les femmes enceintes VIH+ suivant le « One stop shop model » et la dispensation communautaire pourraient améliorer ce résultat.



Graphique 12: Evolution du taux de couverture en ARV chez les FEC VIH+ de 2016 à 2019.
Source : Données DHIS2, 2019.

Sur le plan régional, la couverture programmatique en ARV pour les femmes enceintes VIH+ varie de 71,4% au Sud-Ouest (1 015/1 422) à 99,3% (1 217/1 225) dans la région de l'Adamaoua (graphique ci-dessous). Les régions qui ont présenté une couverture en ARV inférieure au niveau national sont le Sud-Ouest,

le Littoral (72,8%), l'Est (74,9%) et l'Extrême-Nord (75,7%). Le renforcement des capacités des prestataires pour le « Test and Treat » et une meilleure mise à disposition du TARV pourrait davantage améliorer ces résultats. De même, dans ces régions, la formation des acteurs à la gestion des approvisionnements devrait être envisager pour tenir compte de la mobilité de la population et réduire les ruptures de stock en ARV. Toutefois, il faudrait améliorer la demande des services de PTME par une meilleure mobilisation communautaire et surtout identifier des stratégies adaptées pour réduire la stigmatisation liée au VIH.



Graphique 13: Taux de couverture en ARV chez les FEC VIH+ par région en 2018 et 2019.

Source : Rapport annuel CNLS 2018 et Base de données DHIS2, 2019.

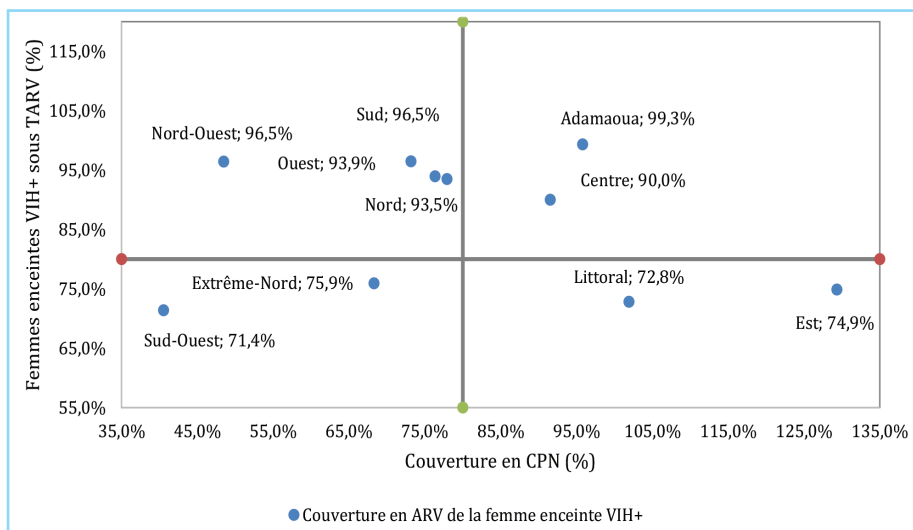
50% des régions à savoir l'Adamaoua, le Centre, le Nord, le Nord-Ouest et le Sud ont présenté une augmentation de la couverture en ARV entre 2018 et 2019 contrairement aux autres. En effet, les cinq autres régions ont connu une baisse de la couverture en ARV, la plus forte baisse ayant été enregistrée dans la région du Sud-Ouest (-8,8%). Paradoxalement, la plus forte hausse a été observée dans la région du Nord-Ouest (+6,7%).

Quelques particularités régionales

- **Est :** La couverture programmatique en ARV était de 75% (inférieur à celle de 2018 qui était de 80,1%). Les districts relativement enclavés comme Mouloundou (27%), Lomié (30%), Messamena (45%) et Yokadouma (48%) ont présenté une faible couverture en ARV.
- **Extrême Nord :** 7 DS sur 30 ont eu une couverture en ARV d'au moins 90%.

Les DS qui ont enregistré des taux de couverture en ARV les plus faibles sont Mogode (36,4%), Kolofata (48,4%), Koza (48,3%), Kaélé (57,9%) et Maroua 3 (55,6%). Les raisons évoquées ont été la rupture artificielle en ARV au niveau des sites ainsi que des cas de refus du TARV de certaines FEC (Bogo par exemple). Une sensibilisation des FEC sur l'importance de la PTME d'une part et celle du personnel de santé d'autre part, sur la mise sous traitement des femmes enceintes VIH+ est nécessaire.

- **Littoral** : Au niveau régional, la couverture était 72,8% due probablement aux faibles performances des DS suivants : Manjo (39%), Pouma (44%), Mbangha (42%), Dibombari (55%), Nkongsamba (50%) et Melong (56%).
- **Nord** : 93,5% des femmes testées séropositives ont été initiées au TARV. Les meilleures couvertures ont été observées à Figuil, Pitoa, Guider, Tcholliré et Touboro avec 100% de couverture. Les districts de Golombé, Lagdo, Mayo Oulo, Poli et Ngong ont présenté une faible couverture ARV chez les FEC ; alors que dans le DS de Golombé, on a noté une faiblesse du suivi de la PTME, à Poli c'était une insuffisance de délégation de tâches qui a été observée dans certaines FOSA où les chefs de centre ont réservé pour eux la dispensation des ARV. Dans le DS de Bibémi, la majorité de femmes enceintes connaissaient leur statut mais n'étaient pas sous TARV.



Graphique 14: Couverture en CPN et couverture en TARV.

Source : Base de données de DHIS2, 2019.

On a distingué quatre zones :

- **Zone 1** : Couverture CPN et couverture ARV > 90 : Adamaoua et Centre
- **Zone 2** : Couverture CPN > 90% et couverture ARV < 90% : Est et Littoral
- **Zone 3** : Couverture CPN < 90% et couverture ARV > 90% : Nord, Nord-Ouest, Ouest et Sud
- **Zone 4** : Couverture CPN et couverture ARV < 90% : Extrême-Nord et Sud-Ouest

Comme pour le test VIH, nous avons deux catégories de femmes enceintes sous ARV, celles qui étaient nouvellement mises sous ARV (48,0%) et celles qui étaient déjà sous ARV (52,0%).

Quelques particularités régionales :

- **Centre** : la présence des accoucheuses traditionnelles dans certaines FOSA expliquerait les difficultés identifiées.
- **Est**: Difficultés d'approvisionnement des formations sanitaires auprès du FRPS, malgré la mise en place du système des commandes groupées. En effet il existait encore des entraves dans la chaîne d'approvisionnement (i) retard dans l'acheminement des commandes au GTR par les DS et (ii) retard dans la livraison des commandes par le FRPS.
- **Extrême-Nord** : Difficultés logistiques pour l'acheminement des ARV, car les livraisons trimestrielles du FRPS-EN sur sites ne couvraient pas les zones d'insécurité.
- **Littoral** : Difficultés pouvant être attribuées à la non mise systématique des FEC VIH+ sous TARV malgré la disponibilité des ARV au niveau régional et à la récurrence des perdus de vues chez les FEC testées VIH+.

Encadré 4 : Couverture en ARV dans les régions du NOSO

- **Nord-Ouest** : 96,5% des femmes enceintes VIH+ ont été mises sous TARV. Cette bonne performance par rapport à 2018 s'expliquerait par plusieurs raisons (i) Disponibilité des ARV et (ii) Respect des directives de PTME par le personnel de santé. Le DS de Tubah a présenté une faible couverture en ARV, malgré une bonne complétude de 98%, en raison de l'escalade de la crise socio-politique dans ce district.
- **Sud-ouest** : La couverture en ARV chez les FEC VIH+ était de 71,4% en baisse depuis 2017 où elle était de 82%. Les DS d'Akwaya et Eyumojock tirent la région vers le bas avec moins de 3% de mise sous traitement ARV. Certaines raisons ont été **évoquées par les responsables**:
 - Le climat socio politique qui y règne, les FEC préférant se faire suivre au Nigéria ;
 - La difficulté d'acheminement des intrants ;
 - Le fonctionnement partiel des formations sanitaires ;
 - L'instabilité des personnels de santé.

Dans le DS de Fontem la population réside majoritairement en dehors du district ; seules deux FOSA (sur 18) sont encore fonctionnelles ; une situation similaire à Muyuka et dans d'autres districts durement touchés par la crise.

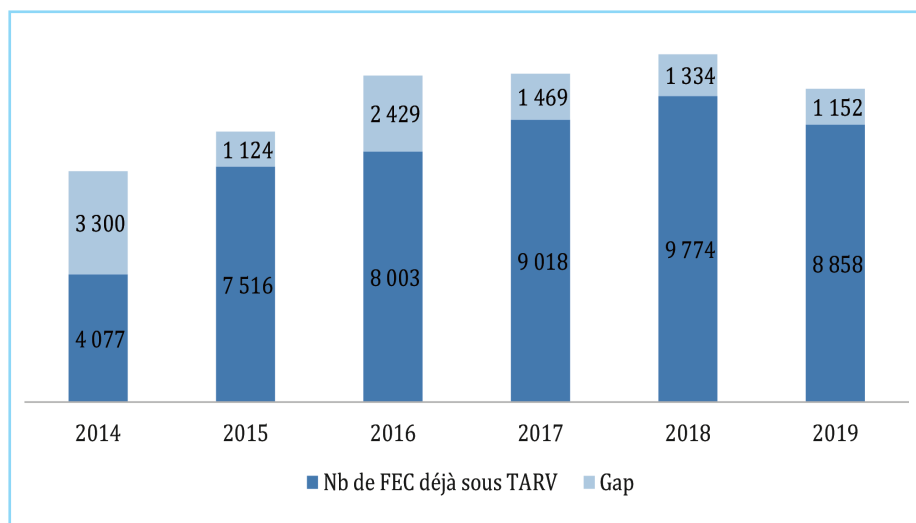
V.4.1. Femmes enceintes nouvellement mises sous ARV

L'initiation du TARV se fait en CPN ou en SA. En effet, 48% (8 188/17 046) des femmes enceintes nouvellement dépistées VIH+ ont été mises sous ARV dont 82,1% (6 883/8 379) au cours de la CPN et 73,4% (1 305/1 779) en SA. Ce qui nous pose le problème de la mise en œuvre de la stratégie « Test and Treat » surtout en salle d'accouchement.

Par ailleurs, le suivi du couple mère-enfant en post partum pour la PTME doit être renforcé ainsi que l'implication des partenaires, des différents segments de la communauté, le passage à l'échelle de l'approche mère mentor, la création et l'implication des groupes de soutien fonctionnel de mères vivant avec le VIH pour augmenter l'utilisation des services de SRMNIA par les bénéficiaires ; améliorer la rétention, réduire la stigmatisation et la discrimination.

V.4.2. Femmes enceintes déjà sous ARV

Parmi les 17 046 femmes enceintes VIH+ mises sous traitement, 8 858 (52%) étaient déjà sous ARV avant la grossesse. Le taux de femmes enceintes déjà sous ARV varie de 34,6% dans la région de l'Extrême Nord à 68,9% pour la région du Nord-Ouest. Cinq régions ont présenté des taux supérieurs au niveau national à savoir le Centre (54,9%), le Littoral (60,8%), le Nord-Ouest (68,9%), l'Ouest (60,5%) et le Sud-Ouest (57,6%) montrant probablement la baisse des nouvelles initiations d'ARV et par conséquent des nouvelles infections VIH+ chez les femmes enceintes. 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, 45,0% en 2018 et 52,0% en 2019. Ce constat se fait aussi dans les districts de santé où ce taux varie de 0% de femmes enceintes déjà connue VIH+ sous ARV (08 DS) à 100% pour les DS d'Akwaya (SO) et Ako (NO). Environ 1/3 des DS ont présenté un pourcentage de femmes enceintes déjà sous ARV supérieurs au taux national (52,0%). En somme, toutes les femmes enceintes déjà connues VIH+ n'étaient pas sous ARV, on a noté un gap de 1 152. Cependant, ce gap est en baisse depuis 2016, pouvant traduire une meilleure rétention chez les femmes.



Graphique 15: Evolution du nombre de femmes enceintes VIH+ déjà sous TARV de 2014 à 2019.

Source : Rapports annuels CNLS de 2014 à 2018 et Base de données de DHIS2, 2019.

Parmi les 1 152 femmes enceintes qui n'étaient pas sous TARV, 49,0% (564/1 152) étaient dans la région du Littoral, suivi de l'Est avec 19,2% (221/1 152) et du Sud-Ouest, 12,8% (148/1 152). Dans la région du Littoral, 564 femmes enceintes déjà connues VIH+ n'étaient pas sous TARV, 60,3% étaient dans les DS de Bonassama (227) et de la Cité de Palmiers (89).

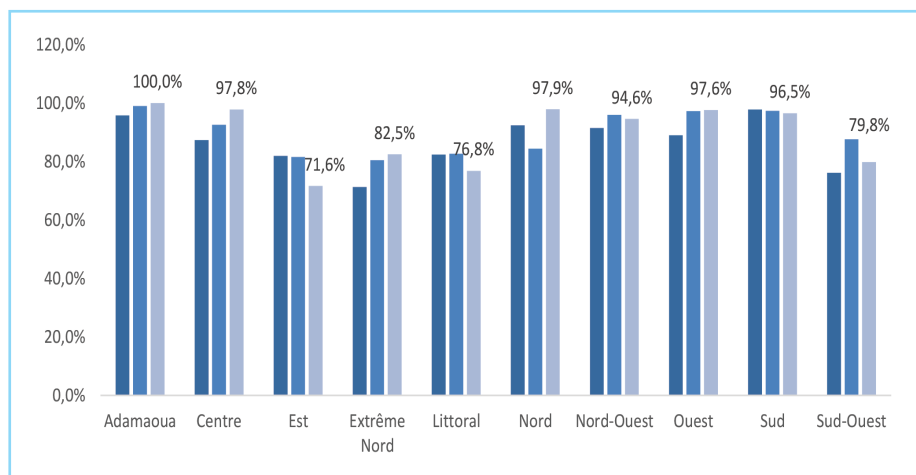
Encadré 5: Pourcentage de femmes enceintes déjà sous TARV au moment de la grossesse en cours dans les régions du Centre, Littoral, Ouest et NOSO

- **36,7%** (11/30) des DS de la **région du Centre** avaient un pourcentage de plus de 50% dont 05 dans la ville de Yaoundé : Efulan (54,0%), Nkoldongo (56,8%), Djoungolo (60,3%), Cité Verte (68,5%) et Biyem Assi (69,4%).
- **54,2%** (13/24) des DS de la **région du Littoral** avaient un taux supérieur à 50% parmi lesquels 8 étaient basés à Douala : Japoma (52,2%), Logbaba (58,6%), Nylon (62,1%), Bonassama (62,4%), Cité des Palmiers (64,1%), Bangue (65,2%), New Bell (66,4%) et Deido (66,8%)
- 89,5% (17/19) des DS de la région du Nord-Ouest avaient 50% des FEC VIH+ déjà sous ARV au moment de la grossesse notamment Bamenda (75,0%). Seuls les DS de Nwa et Benakuma avaient initié plus de nouvelles femmes enceintes VIH+ respectivement 48,1% et 10,5%.
- Dans la **région de l'Ouest**, 11 DS parmi les 20 existants (**55%**) présentaient au moins 50% des FEC VIH+ connues sous TARV : Mbouda (54,8%), Fouban (68,3%), Mifi (72,0%), Dschang (75,5%) et Kékem (80,0%).
- La **région du Sud-Ouest** à la différence de celle du Nord-Ouest ne présentait que 5 DS (**27,8%**) qui avaient plus de 50% des FEC déjà sous ARV : Kumba (53,5%), Buéa (55,0%), Limbé (60,8%) et Tiko (78,8%).

On s'attendrait à ce que toutes les femmes enceintes déjà connues VIH+ au moment de la grossesse soient sous TARV. 88,5% des femmes déjà connues VIH+ sont déjà sous TARV avant la CPN en légère baisse par rapport à 2018 où il était de 89,6% mais en hausse par rapport à 2016 où on a observé un taux de 86,0%. Ce taux varie de 71,6% dans la région de l'Est à 100% dans la région de l'Adamaoua. Ceci nous montre que :

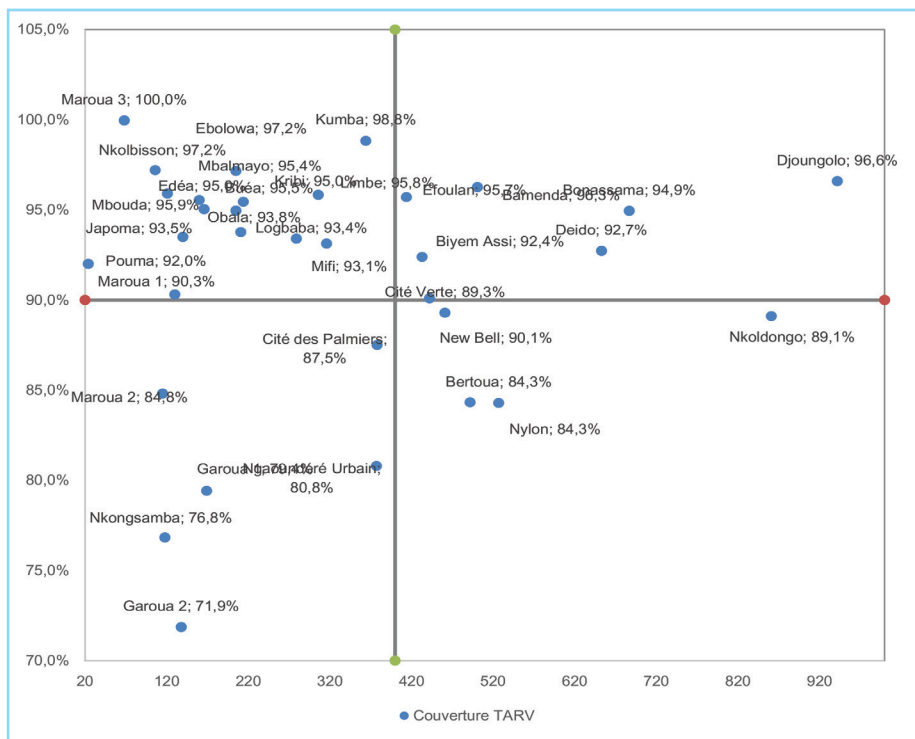
- Le nombre de femmes enceintes déjà sous ARV avant une nouvelle grossesse est élevé
- L'observance du TARV et par conséquent la rétention des femmes enceintes sous TARV s'améliore. En effet, seules 11,5% des femmes enceintes ne sont pas sous ARV lors de la CPN soit parce qu'elles ont arrêté leur TARV soit parce qu'elles n'ont pas encore été initiées.

Le graphique ci-dessous montre l'évolution du taux de couverture en ARV chez les femmes déjà connues VIH+ entre 2017 et 2019. Seules 03 régions ont connu une augmentation progressive de ce taux à savoir Adamaoua, le Centre et l'Extrême Nord. Par contre, pour les régions de l'Est et du Littoral c'est l'effet inverse qui se produit avec une baisse plus importante en 2019. De même, ces régions présentent les taux les plus faibles et les gaps les plus élevés de femmes enceintes déjà connues VIH+ qui ne sont pas sous ARV.



Graphique 16: Evolution du pourcentage de femmes enceintes VIH+ déjà sous TARV entre 2017 et 2019.

Source : Rapports annuels CNLS, 2017 et 2018; Base de données de DHIS2, 2019.



Graphique 17 : couverture programmatique en ARV 100%. 26,8% (51/190) DS avaient une couverture en ARV de 100% voire plus.

Source : Base de données de DHIS2, 2019.

Couverture en ARV entre 80 et 99%. 40,5% (77/190) DS tandis que 22,6% (43/190) avaient un taux allant de 50 à 79%.

- DS Nkongsamba 50,8%, Bonassama 57,6%, Cité des Palmiers 62,2%, Deido 73,4%, New Bell 76,9%
- DS Limbé 56,8%, Tiko 78,5%, Kumba 78,6%
- DS Maroua 3 55,6%, Kousseri 61,4%, Pette 63,6%, Tokombéré 71,4%, Maroua 2 72,6%
- DS Nkoldongo 78,6%

Couverture en ARV < 50%. 10% (19/190) DS

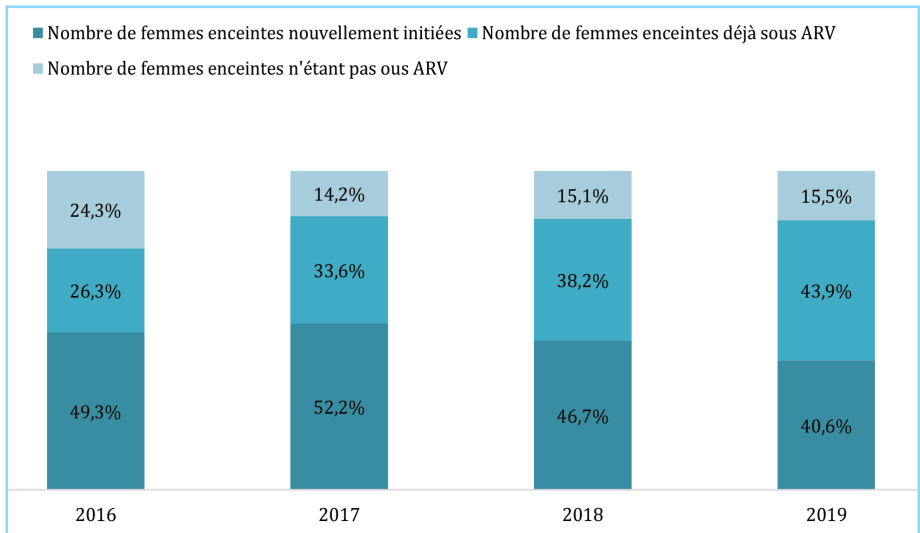
- Région de l'Est : Mouloundou 26,7%, Lomié 29,9%, Messamena 45,5% et Yokadouma 48,2%
- Région du Littoral : Manjo 39,1%, Mbanga 42,4% et Pouma 44,0%

V.4.3. Résumé du Gap

Il existe un gap programmatique aussi bien chez celles nouvellement initiées (1 970) que chez celles déjà sous ARV (1 152). En effet, parmi les 20 168 femmes enceintes identifiées VIH+ seules 17 046 étaient sous ARV soit un gap de 3 112 (15,5%).

11,5% (1 152/10 010) des femmes enceintes déjà connues VIH+ n'étaient pas sous ARV au moment de leur première CPN contre 23,9% (1 958/10 168) des femmes enceintes nouvellement dépistées VIH+ :

- **26,6%** des femmes enceintes qui ont été dépistées en SA n'ont pas été mise sous ARV ce qui correspond à une opportunité manquée pour réduire le risque de transmission lors de l'allaitement.
- **21,6%** des femmes enceintes qui connaissaient leur statut VIH+ durant la CPN n'ont pas été mises sous ARV.



Graphique 18 : Gap programmatique en ARV par année.

Source : Base de données DHIS, 2019 et rapports annuels CNLS.

Le suivi en post-partum ou lors de la vaccination aurait été une occasion de récupérer ces femmes allaitantes; cependant on note l'absence de données de dépistage ou de mise sous TARV des femmes allaitantes.

Le renforcement de la sensibilisation des prestataires sur la mise en œuvre effective du « Test and Treat » et une meilleure mise à disposition des ARV pourrait davantage améliorer ces résultats.

V.5. Prophylaxie en cotrimoxazole (CTX) chez la femme enceinte VIH+

La prophylaxie au CTX doit être administrée à toute femme enceinte séropositive au VIH afin de prévenir la survenue des infections opportunistes et du paludisme. Au total, 11 695 femmes enceintes séropositives sur 20 168 ont bénéficié d'une prophylaxie au Cotrimoxazole, soit une couverture programmatique de 58,0% contre 85,3% en 2017. La couverture populationnelle quant à elle est de 50,3%.

Tableau 10 : Couverture en Cotrimoxazole des FEC VIH+ par région en 2019.

Régions	Nombre FEC VIH+ identifiées	Nombre de FEC VIH+ nouvellement initiée sous ARV	Nombre de FEC déjà sous TARV	Nombre FEC VIH+ qui reçoivent la prophylaxie au CTX	Couverture programmatique CTX des FEC VIH+
Adamaoua	1 225	784	433	740	60,4%
Centre	5 104	2 066	2 515	2 846	55,8%
Est	2 091	1 008	558	787	37,6%
Extrême Nord	1 124	560	296	396	35,2%
Littoral	4 221	1 204	1 870	2 467	58,4%
Nord	1 002	572	365	1 257	125,4%
Nord-Ouest	1 522	457	1 011	1 323	86,9%
Ouest	1 571	584	893	662	42,1%
Sud	886	523	332	418	47,2%
Sud-Ouest	1 422	430	585	799	56,2%
National	20 168	8 188	8 858	11 695	58,0%

Source : Base de données DHIS2, 2019.

L'analyse régionale du tableau ci-dessus indique que les régions les mieux couvertes sont celles du Nord (125,4%) et du Nord-Ouest (86,9%). Les moins couvertes sont celles de l'Extrême-Nord (35,2%) et de l'Est (37,6%). Cette faible couverture en cotrimoxazole pourrait s'expliquer entre autres par une faiblesse dans la documentation de cette activité ainsi que la rupture en cotrimoxazole.

V.6. Accouchement des femmes enceintes VIH+

En 2019, 427 794 accouchements ont été réalisés dans le milieu hospitalier parmi les 939 055 femmes enceintes attendues soit 45,6%. Cependant, on a observé un taux d'accouchement de 64,8% (13,077/20,168) chez les femmes enceintes VIH+. Cette faible performance pourrait s'expliquer par une forte fré-

quentation des FOSA privées et/ou informelles en milieu urbain et la sollicitation des accoucheuses traditionnelles dans les zones rurales. Cela peut également s'expliquer par la présence de barrières financières liées au coût de l'accouchement dans les FOSA, à l'accès géographique difficile de formations sanitaires dans certaines localités, à la qualité de services peu attractifs et à l'auto-stigmatisation ou la discrimination par des tiers ou par le personnel soignant pour ce qui est des femmes enceintes vivant avec le VIH.

Tableau 11 : Répartition du nombre d'accouchement des FEC VIH+ dans la FOSA et hors de la FOSA par région en 2019

Régions	Nombre total de FEC VIH+	Femmes VIH+ ayant accouché dans la FOSA	Femmes VIH+ ayant accouché hors de la FOSA et 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
Adamaoua	1 225	860	81	70,2%	6,6%
Centre	5 104	3304	464	64,7%	9,1%
Est	2 091	904	410	43,2%	19,6%
Extrême Nord	1 124	553	167	49,2%	14,9%
Littoral	4 221	2608	348	61,8%	8,2%
Nord	1 002	646	179	64,5%	17,9%
Nord-Ouest	1 522	1458	103	95,8%	6,8%
Ouest	1 571	1279	94	81,4%	6,0%
Sud	886	600	76	67,7%	8,6%
Sud-Ouest	1 422	865	84	60,8%	5,9%
National	20 168	13077	2006	64,8%	9,9%

Source : Base de données DHIS2, 2019.

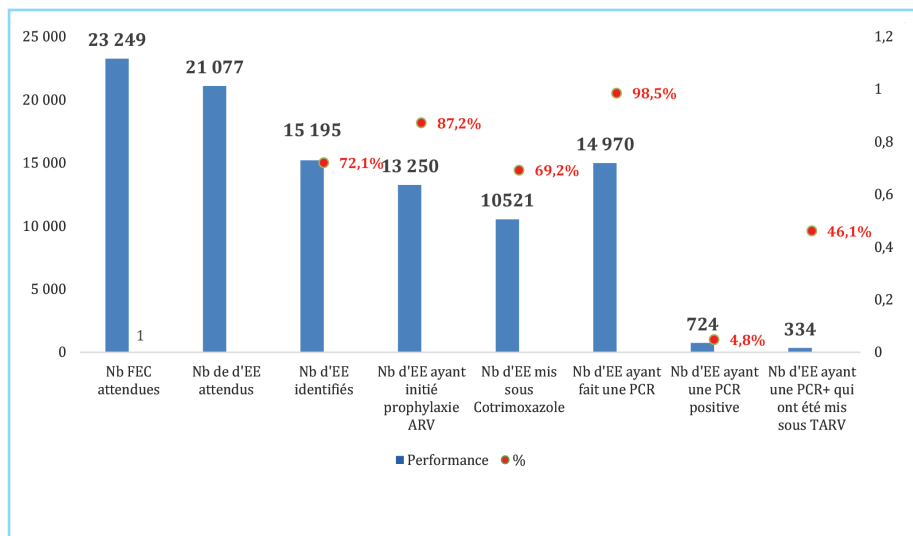
Il ressort de ce tableau que la région du Nord-Ouest (95,8%) est celle qui a le meilleur taux d'accouchement des femmes enceintes VIH+ en milieu hospitalier avec 95,8%, suivie de la région de l'Ouest (81,4%). Les régions qui ont présenté un taux d'accouchement dans une FOSA inférieur au niveau national sont l'Est (43,2%) et l'Extrême-Nord (49,2%).

En revanche, la région de l'Est est celle qui a enregistré le taux le plus élevé d'accouchement des FEC VIH+ hors de la FOSA avec 19,6%, suivie des régions du Nord (17,9%) et de l'Extrême-Nord (14,9%). La région qui enregistre le taux le plus bas d'accouchement des FEC VIH+ hors de la FOSA est le Sud-Ouest (5,9%).

Ces résultats s'expliqueraient entre autres par (i) les barrières financières liées au coût de l'accouchement dans les FOSA, (ii) l'enclavement des FOSA et (iii) l'irrégularité des moyens de communication et de télécommunication. En attendant des solutions durables à ces problèmes structurels, il convient d'accroître la sensibilisation à travers les acteurs communautaires, les radios communautaires, plaider auprès des leaders politiques traditionnels, religieux sur la nécessité de l'accouchement des FEC VIH+ dans les FOSA.

VI. Cascade de prise en charge des enfants exposés

Au Cameroun, la prise en charge de l'EE reste l'enjeu majeur de la PTME. En effet, le nombre d'enfants exposés au VIH qui sont dépistés reste toujours très bas 15 195. Les efforts sont toutefois maintenus par les équipes régionales et les formations sanitaires afin d'améliorer la prise en charge des enfants exposés. Le statut VIH de l'enfant déterminé par le diagnostic précoce est la finalité de la PTME. En effet, il permet d'évaluer son efficacité. En 2019, parmi les 23 049 femmes enceintes VIH+ attendues, 20 168 avaient été identifiées ; Cependant, seuls 15195 enfants exposés avaient été identifiés.



Graphique 19 : Cascade de prise en charge des enfants exposés.

Source : Base de données DHIS2, 2019.

La cascade de prise en charge des EE pour l'année 2019 a permis d'enregistrer les performances ci-dessous :

- 72,1% des enfants exposés ont été identifiés
- 13 250 EE ont été mis sous NVP soit 87,2%
- 10 521 EE ont reçu le Cotrimoxazole soit une couverture programmatique de 69,2%
- 98,8% des EE ont été dépistés par PCR avec un taux de séropositivité de 4,8% (724/14 970)

VI.1. Couverture en ARV prophylactique chez l'enfant expose 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 en fonction de la durée du TARV de la mère ou du taux de la Charge Virale (CV) faite 1 mois avant l'accouchement.

En 2019, 15 195 enfants exposés nés dans les FOSA et en dehors ont été identifiés. 2006 EE né hors de la FOSA ont été ramenés dans un délai de 72h, 13 250 EE ont été mis sous NVP pour une couverture programmatique de 87,2% et populationnelle de 62,9% (13 250/21 077). Comparé aux précédentes années, après une baisse de ce taux entre 2017 (99%) et 2018 (83,5%), on assiste à une remontée à 87,2% en 2019. Ceci pourrait s'expliquer par des efforts redoublés dans la sensibilisation de la population cible et un soutien des communautaires. Cependant, les ruptures en ARV pédiatriques enregistrées au cours de l'année n'ont pas permis d'atteindre une meilleure couverture.

Une désagrégation régionale montre que les régions de l'Adamaoua **935 (99,5%)**, du Sud-ouest **903 (95,9%)**, et du nord-ouest **1 412 (93,7%)**, ont enregistré de bonnes performances sur cet indicateur, tandis que celles de l'Est **871 (64,4%)** et de l'Extrême-nord **538 (74,2%)** sont restées avec de très faibles performances.

Tableau 12 : Couverture en ARV du couple mère-enfant, 2019.

Région	Nb de FEC VIH+	Nb de FEC VIH+ sous TARV	Couverture en ARV de la FEC VIH+	Nb d'EE identifiés	Nb d'EE sous NVP	Couverture en ARV chez EE
Adamaoua	1225	1217	99,3%	940	935	99,5%
Centre	5104	4581	89,8%	3826	3475	90,8%
Est	2091	1566	74,9%	1331	871	65,4%
Extrême Nord	1124	856	76,2%	724	538	74,2%
Littoral	4221	3074	72,8%	3044	2538	83,4%
Nord	1002	937	93,5%	800	646	80,8%
Nord-Ouest	1522	1468	96,5%	1507	1412	93,7%
Ouest	1571	1477	94,0%	1390	1295	93,2%
Sud	886	855	96,5%	691	637	92,2%
Sud-Ouest	1422	1015	71,4%	942	903	95,9%
National	20168	17046	84,5%	15195	13250	87,2%

Source : Base de données DHIS2, 2019.

La couverture en ARV de la femme enceinte VIH+ au niveau national était de 84,5%, pas très différent de celle de l'enfant exposé qui était de 87,2%.

Quelques particularités régionales :

- **Extrême Nord :** Référence des cas EE positifs dans les UPEC pour le suivi, de ce fait il devient difficile d'apprécier la véritable couverture en TARV des cas identifiés.
- **Nord:** La région a fait face à un problème de qualité des données, certains EE identifiés ont été prélevés en 2018. 80,8% des EE ont reçu la NVP à la naissance. Ce taux était faible dans les DS de Gaschiga (46,2%), Mayo Oulo (50%) et Touboro (41%). Il convient de relever qu'il a été observé une rupture de stock de NVP dans la région, cependant, des redéploiements ont été faits pour y faire face. Néanmoins, les districts éloignés comme Touboro et certains districts à grande fréquentation n'ont pas pu combler le gap. Par ailleurs, les DS Gaschiga et Ngong ont fait face à une mauvaise gestion de stock ayant entraîné des ruptures. Le délai de livraison des intrants du niveau central vers le Nord est assez long, ce qui n'a pas facilité la mise en œuvre des activités.
- **Sud:** 92,2% des EE ont été mis sous NVP, avec un gap de 54 EE qui n'ont pas reçu de prophylaxie à cause de la rupture en NVP à laquelle la région a été confrontée.

- **Sud-Ouest:** 95,9% des enfants nés des mères VIH+ ont été mis sous NVP. Ce taux était en hausse par rapport à 2018 (83%). En effet, cet indicateur s'était nettement amélioré par l'utilisation de la NVP en comprimé pendant la période de rupture de la forme sirop qu'a connue la région.

VI.2. Couverture en cotrimoxazole chez les enfants exposés

Tout enfant exposé au VIH devrait débiter la prophylaxie au Cotrimoxazole dès la 6ème semaine de vie et la poursuivre jusqu'à la confirmation du statut sérologique VIH négatif.

Sur un total de 15 195 enfants exposés enregistrés, 10 521 avaient bénéficié de la prophylaxie au Cotrimoxazole dès l'âge de 6 semaines, soit une couverture programmatique de 69,5% en baisse par rapport à 2017 et une couverture populationnelle de 49,9% (10 521/21 077) en légère augmentation par rapport à celles 2017 avec respectivement 83% et 42%.

Tableau 13 : Couverture en Cotrimoxazole chez l'enfant exposé, 2019.

Région	Nb de FEC identifiées VIH+	Nb de FEC VIH+ sous CTX	Couverture en CTX de la FEC VIH+	Nb d'EE identifiés	Nb d'EE sous NVP	Nb d'EE sous CTX	Couverture en CTX chez EE
Adamaoua	1225	740	60,4%	940	935	534	56,8%
Centre	5104	2846	55,8%	3826	3475	2906	76,0%
Est	2091	787	37,6%	1331	871	431	32,4%
Extrême Nord	1124	396	35,2%	724	538	230	31,8%
Littoral	4221	2467	58,4%	3044	2538	2329	76,5%
Nord	1002	1257	125,4%	800	646	477	59,6%
Nord-Ouest	1522	1323	86,9%	1507	1412	1195	79,3%
Ouest	1571	662	42,1%	1390	1295	1190	85,6%
Sud	886	418	47,2%	691	637	429	62,1%
Sud-Ouest	1422	799	56,2%	942	903	800	84,9%
National	20168	11695	58,0%	15195	13250	10521	69,5%

Source : Base de données DHIS2, 2019.

La couverture en CTX chez la femme enceinte VIH+ et l'enfant exposé au niveau national était respectivement de 58,0% et 69,5%. Ces taux varient de 35,2% chez la femme enceinte VIH+ et de 31,8% chez l'enfant exposé dans la région de l'Extrême Nord ; 42,1% chez la femme enceinte VIH+ et de 85,6% chez l'enfant exposé pour la région de l'Ouest.

VI.3. Couverture en offre de service du diagnostic précoce du VIH chez l'enfant exposé

Tout enfant né de mère VIH positive 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 14 970 enfants exposés ont bénéficié d'un dépistage précoce du VIH soit un taux de 98,5% (14 970/15 195). Cette performance est inférieure à la cible nationale qui était de 21 077. On note une baisse par rapport à 2018 où 16 638 EE avaient été dépistés. Ceci peut s'expliquer par (i) une qualité altérée de certains prélèvements, (ii) la faible disponibilité des intrants, (iii) l'absence des EE aux rendez-vous de suivi planifiés, (iv) la faible collecte et complétude du rapportage (v) la faible implication des OBC, des radios communautaires, des leaders traditionnels et religieux pour la sensibilisation de la communauté.

Tableau 14: Couverture en offre de PCR chez l'enfant exposé, 2019.

Région	Nb d'EE identifiés	Nb d'EE ayant fait une PCR	Nb d'EE ayant une PCR+	Nb d'EE ayant une PCR+ ayant initié TARV
Adamaoua	940	805	22	19
Centre	3 826	4558	239	103
Est	1 331	636	38	16
Extrême Nord	724	394	36	14
Littoral	3 044	3443	214	67
Nord	800	795	36	14
Nord-Ouest	1507	1629	48	46
Ouest	1390	1213	31	16
Sud	691	609	24	11
Sud-Ouest	942	888	36	28
National	15 195	14970	724	334

Source : Rapport des Régions de 2019

Les données de diagnostic précoce ont été collectées à partir de la base de données des laboratoires de référence (CIRCB, NEID-Mutengene et TBRL Bamen-da) et des appareils POC pour le diagnostic précoce disponibles seulement dans quelques sites de prise en charge du VIH du pays (53). Le nombre total d'enfants diagnostiqués positifs au VIH était de 724, soit un taux de positivité de 4,8%. Ce taux est légèrement en baisse par rapport à celui de 2017 qui était de 5%.

Il existe des difficultés dans la collecte des données désagrégées par tranche d'âge et par sexe. Ainsi, la mise en place d'un registre de diagnostic précoce du VIH dans chaque laboratoire des sites de prise en charge en plus des registres de Cohorte Monitoring de la PTME et les données renseignées du DHIS2 permettront de corriger ces difficultés.

Quelques particularités régionales

- **Adamaoua** : 85,5% (805/940) des enfants exposés au VIH ont bénéficié d'un dépistage du VIH par PCR, avec 22 dépistés positifs, soit un taux de séropositivité de 2,7%. 19 enfants testés VIH+ mis sous TARV et 03 décès.
- **Centre** : taux de séropositivité de 5,2% soit 239 EE dépistés VIH+ avec 1203 mises sous TARV pour un taux de 40,09%.
- **Est** : L'installation d'un POC (Point of care) à l'HR de Bertoua a permis d'accroître le nombre d'EE qui ont été diagnostiqués par PCR dans les DS de Bertoua. En effet, les échantillons des FOSA de la ville de Bertoua ou celles des FOSA avoisinantes ne sont plus acheminés au CIRCB, mais analysés sur place et les résultats rendus le même jour.
- **Extrême Nord** : Le long délai de rendu des résultats du laboratoire de référence vers les FOSA (moyenne deux mois) a eu un effet sur la qualité des données (certains résultats positifs correspondant à des prélèvements effectués l'année précédente) avec un impact sur la prise en charge pédiatrique (retard d'initiation du TARV). De plus, la référence des cas positifs dans les UPEC pour la mise sous traitement et le suivi. De ce fait, il devient difficile d'apprécier la véritable couverture en ARV des cas identifiés.
- **Littoral** : Le taux de séropositivité chez les enfants exposés est de 5,3% (214 EE positifs) avec une couverture en ARV chez les enfants VIH+ de 35,1% (67/241).
- **Nord** : Le taux de séropositivité à la PCR est de 6,1%, plus élevé dans les DS de Garoua I, Garoua II Tcholliré et Touboro. Parmi les 36 enfants VIH positifs, 22 sont sous TARV (61%), 06 décès notifiés et 08 enfants encore recherchés avec l'appui des Chef Bureau Santé (CBS) dans les districts de santé où ils ont été prélevés.
- **Nord-Ouest** : Certains résultats enregistrés concernaient les enfants nés en 2018, ceci expliquant le nombre d'examens de PCR réalisés supérieur au nombre d'EE. Certains facteurs pourraient expliquer ce nombre élevé d'examens de PCR :

- ◆ **L'accouchement de certaines mères VIH+ en 2019 dont la séropositivité au VIH a été identifiée en 2018 ;**
- ◆ **Les accouchements gémellaires ;**
- ◆ **La mauvaise qualité des données au niveau des sites.**

48 enfants exposés ont eu un résultat positif, soit un taux de positivité de 2,9% et 46 (95,8%) ont été mis sous TARV avec 01 décès avant initiation (HD Wum) et 01 transfert à l'Ouest pour le suivi.

- **Ouest :** 32 EE ont été identifiés VIH+, parmi lesquels 16 ont été mis sous TARV, 02 cas de refus d'initiation et 14 sont encore recherchés.
- **Sud :** La rupture des réactifs pour le EID au CIRCB, à l'HR d'Ebolowa (POC/EID) et la panne du POC/EID de l'HD d'Ambam (GeneXpert) ont été autant de facteurs ayant découragé les mamans pour la réalisation de cet examen. Il est aussi important de signaler que certains enfants (nés en fin d'année 2019) n'ont pas encore été testés car pas dans la tranche d'âge de 6-8 semaines pour faire cet examen.
- **Sud-Ouest :** 36 enfants ont eu une PCR positive, entraînant ainsi un taux de séropositivité de 4,1% légèrement supérieure à celui de 2018 qui était de 3,9%. Le taux de mise sous TARV est de 78% d'après les données issues des POC/EID dans la région.

De manière générale, nous observons un faible taux de dépistage précoce du VIH chez les EE, ainsi que la mise tardive sous TARV. Ceci est lié entre autres au (i) nombre réduit des laboratoires pour le EID et (ii) délai de rendu des résultats très long dans la majorité des régions du pays. D'où la nécessité de doter tous les DS du pays d'un POC-EID et de renforcer la sensibilisation de la communauté pour l'optimisation de l'utilisation des POC-EID pour le dépistage précoce du VIH chez l'EE.

VII. PRINCIPAUX GOULOTS D'ETRENGLEMENT DE LA PTME ET SOLUTIONS PROPOSEES

Domaine	Faiblesses	Determinants	Solutions proposées
Offre de services PTME			
Couverture géographique en sites de prélèvement DBS	Faible Couverture géographique en sites de prélèvement DBS	Mauvaise quantification des besoins en intrants et en outils de collecte de diagnostic précoce dans les sites Existence d'un nombre insuffisant de laboratoires de références offrant le diagnostic précoce du VIH Insuffisance des appareils point of care Insuffisance quantitative et qualitative en personnels formés au prélèvement DBS et au transport des échantillons	Meilleure répartition des POC/EID dans l'ensemble du pays Mise en place d'un système d'assurance qualité en collaboration avec les laboratoires de référence Renforcement des capacités du personnel des sites PTME Optimisation de l'utilisation des plateformes conventionnelles
Demande des services PTME			
Activité communautaire de la PTME	Faible mise en œuvre des interventions communautaires de PTME	Situation sociopolitique de certaines régions (Nord-Ouest/ Sud-Ouest) Persistence de la verticalité des agents de santé communautaire polyvalents Faible couverture géographique des ASCP par ces agents (69 DS couverts) Faible implication des chefs de l'aire de santé/chef de districts de santé	Offrir un paquet de services intégrés VIH/SRMNIA à travers les ASCP/OBC Rationaliser la couverture géographique des intervenants communautaires (ASCP/OBC) dans les 189 districts de santé Améliorer la coordination des activités communautaires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire Redéfinir la stratégie et le cahier de charge des mères mentors Identifier et intégrer les indicateurs communautaires dans le DHIS2

		<p>Insuffisance de coordination des interventions communautaires à tous les niveaux</p> <p>Absence des outils harmonisés de collecte des données communautaires</p> <p>Faible rapportage des données communautaires</p> <p>Absence des indicateurs de la PTME communautaire dans le DHIS2</p> <p>Absence des cibles définies de la PTME communautaires</p> <p>Insuffisance des outils d'ETP dans les OBC</p>	<p>Prendre en compte les cibles nationales définies dans les Aires d'intervention au niveau communautaire</p> <p>Mettre en place un mécanisme de remontée des données Communautaires de l'OBC en respectant le système national de remontée des données</p>
			<p>Harmoniser les outils de collecte et de rapportage des données communautaires</p> <p>Faire la cartographie des intervenants communautaires PTME dans les 10 régions.</p>
Fréquentation des services de CPN	<p>Faible fréquentation des services de CPN</p>	<p>Faiblesse de renseignement des activités de CPN par les prestataires des FOSA privées</p> <p>Phénomènes migratoires internes/externes</p>	<p>Mettre à disposition des FOSA privées des outils de rapportage</p> <p>Sensibiliser les FOSA clandestines sur la transmission des données des activités menées</p> <p>Impliquer les ASCP aux visites à domicile pour la sensibilisation des FEC</p>
Conseil et dépistage du VIH	<p>Baisse de l'offre de dépistage chez les FEC</p>	<p>Rupture des tests de dépistage</p> <p>Réticence de certaines femmes à se faire dépister</p> <p>Faiblesse du système de suivi postnatal du couple mère-enfant</p> <p>Absence des données sur le dépistage du VIH chez les mères allaitantes</p>	<p>Étendre le re-testing aux femmes en suivie post partum et à la vaccination afin d'identifier des femmes VIH+ et prévenir la TME du VIH pendant l'allaitement.</p>

	Faible participation des hommes à la PTME	Absence de volonté de certains hommes à accompagner leurs femmes en CPN Insuffisances d'infrastructures et de services disponibles pour atteindre les hommes	Intensifier la mise en œuvre des stratégies de prévention du VIH (traitement du partenaire VIH+) auprès de ces couples sérodiscordants en général et des partenaires des femmes enceintes/ allaitantes afin de prévenir la TME du VIH due à la séroconversion pendant la grossesse ou l'allaitement Mener des activités de plaidoyer auprès des leaders d'opinion pour augmenter l'utilisation des services de santé par les hommes Organiser des campagnes de sensibilisation dans les associations masculines Faire recours à l'auto dépistage comme stratégie novatrice Promouvoir l'approche Man-start et champion
Couverture en ARV	Couverture grammaticque non optimale	Multiples tensions de stocks d'ARV Crise sécuritaire dans les régions du Nord-Ouest, Sud-Ouest et l'Extrême-Nord	Pour suivre extension des services PTME/Option B+ dans les FOSA Délégation des tâches Décentralisation intra hospitalière de la dispensation des ARV chez les femmes enceintes VIH+ suivant le « One stop shop model » et la dispensation communautaire
	Faible initiation du TARV chez les FEC nouvellement dépistées VIH+	Difficulté dans la mise en Œuvre de la stratégie Test ans treat	Renforcer la sensibilisation des prestataires sur la mise en œuvre effective du « Test and Treat » Mettre à disposition des ARV Renforcer le suivi du couple mère-enfant en post partum Impliquer les partenaires Passage à l'échelle de l'approche mère mentor Création et implication des groupes de soutien fonctionnel de mères vivant avec le VIH pour augmenter l'utilisation des services de SRMNIA par les bénéficiaires Améliorer la rétention, réduire la stigmatisation et la discrimination

<p>Accouchement des femmes enceintes VIH+</p>	<p>Faible taux d'accouchement en milieu hospitalier chez les FEC VIH+</p>	<p>Forte fréquentation des FOSA privées et/ou informelles en milieu urbain Solicitation des accoucheuses traditionnelles dans les zones rurales Barrières financières liées au coût de l'accouchement dans les FOSA Accès géographique difficile aux formations sanitaires dans certaines localités Qualité de services peu attractive Auto-stigmatisation et/ou discrimination par des tiers ou par le personnel soignant</p>	<p>Accroître la sensibilisation à travers les acteurs communautaires, les radios communautaires, plaider auprès des leaders politiques traditionnels, religieux sur la nécessité de l'accouchement des FEC VIH+ dans les FOSA Motiver les accoucheuses traditionnelles pour le transfert des FEC vers les FOSA</p>
<p>Couverture en offre de service du diagnostic précoce du VIH chez l'enfant exposé</p>	<p>Faible performance dans la couverture en offre de service du diagnostic précoce chez les EE</p>	<p>Qualité altérée de certains prélèvements Faible disponibilité des intrants Absence des EE aux rendez-vous de suivi planifiés Faible collecte et complétude du rapportage Faible implication des OBC, des radios communautaires; des leaders traditionnels et religieux dans la sensibilisation de la communauté.</p>	<p>Capaciter les personnels des FOSA sur le prélèvement des DBS Sensibiliser sur l'importance de la PCR et sur la gratuité de cet examen Assurer la disponibilité permanente des kits DBS, des intrants pour les POC ;</p>

VIII. POINTS SUR LE FORUM PTME

Le 2^{ème} Forum sur l'Élimination de la Transmission Mère-Enfant et la Prise en Charge du VIH chez l'enfant et l'adolescent au Cameroun tenu le 10 septembre 2019 au Palais des Congrès à Yaoundé avait pour thème

« **Optimiser la collaboration entre les formations sanitaires et la communauté pour l'atteintes des objectifs 90 – 90 – 90** ». L'objet de ce thème visait la nécessité **d'intégrer définitivement l'acteur communautaire dans le processus d'accélération de la lutte et d'aboutir à une « Génération Sans SIDA » au Cameroun**. Le but de ce forum était de faire le point sur le niveau de mise en œuvre des recommandations de « *l'Appel de Yaoundé* » et définir des actions prioritaires en vue d'accélérer l'atteinte des objectifs de l'e-TME en particulier et l'atteinte des objectifs 90-90-90 chez les enfants et les adolescents d'ici 2020 en général.

Les travaux se sont déroulés en 09 sessions plénières, 14 sessions parallèles de communication orale et 05 sessions satellites toutes articulées autour de cinq sous-thèmes à savoir :

- Le dépistage du VIH chez les femmes enceintes, les enfants et les adolescents ;
- Le traitement antirétroviral chez les femmes enceintes ou allaitantes, les enfants et les adolescents ;
- La prise en charge communautaire du VIH/Sida chez les femmes enceintes ou allaitantes, les enfants et les adolescents ;
- La prévention du VIH chez l'adolescent ;
- La décentralisation de la prise en charge du VIH.

IX. PERSPECTIVES

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

- renforcer l'observance, l'adhérence et la rétention au traitement des femmes enceintes et des enfants VIH+ ;
- Assurer dans tous les sites le suivi de cohorte des femmes VIH+ et des enfants exposés ;
- renforcer le dépistage des partenaires des femmes enceintes à travers la systématisation du dépistage familial à partir des cas index ;

- Passer à échelle la mise en place des points of care EID et CV ;
- Rendre gratuit l'examen de la charge virale chez les enfants, les adolescents, les jeunes filles ;
- Renforcer le système de qualité des services et du recueil des données au niveau de la FOSA communautaire ;
- Mettre en place le système de mentorat fonctionnel en PTME/PECP à tous les niveaux.

X. CONCLUSION

En 2019, la tenue du deuxième forum national de la PTME a permis d'identifier les interventions et recherches menées en vue d'atteindre l'élimination de la Transmission du VIH de la Mère à Enfant (e-TME), et d'aboutir ainsi à une « Génération Sans SIDA » au Cameroun. Ce forum a également permis l'intégration définitive des acteurs communautaire dans le processus d'accélération de l'e-TME.

Les principaux résultats obtenus en 2019 sont repartis d'une part chez les FEC avec une couverture géographique en sites PTME/Option B+ de 82,6%, un taux de fréquentation des services de CPN de 78,5%, un taux de dépistage en CPN et en SA de 84,1%, une séropositivité globale du VIH chez les FEC de 3,3% et une couverture programmatique en ARV chez les femmes enceintes séropositives de 84,5%. Et d'autre part, chez les enfants exposés au VIH, avec une couverture géographique des sites DBS de 41,3%, la couverture programmatique en ARV prophylactique de 87,2%, le taux de positivité à la 1ere PCR de 4,8% et la couverture programmatique en ARV des enfants diagnostiqués VIH+ de 46,1%.

Ces résultats en baisse par rapport à 2017, montrent que des efforts restent à faire pour améliorer la fréquentation de la CPN par les femmes enceintes, augmenter la couverture en sites de diagnostic précoce, renforcer la mobilisation et le dépistage des partenaires des femmes enceintes, augmenter le nombre d'accouchement des femmes enceintes dans les FOSA, 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 dans tous les secteurs impliqués dans la PTME et une meilleure distribution géographique des PTF permettront d'améliorer significativement la performance, la qualité du programme PTME et de tendre vers les objectifs de l'e-TME.

ANNEXES

ANNEXE 1: Principaux indicateurs de la PTME, 2019.

Principaux indicateurs de la PTME	2 014	2 015	2 016	2 017	2 018	2 019
Nombre de femmes enceintes attendues en CPN	825 150	845 048	863 831	924 968	915 604	937 055
Nombre de femmes enceintes reçues en CPN	573 793	625 564	656 485	680 202	761 283	737 161
Nombre de femmes enceintes dépistées en CPN et SA	472 879	518 730	566 932	678 646	718 264	620 171
Nombre de femmes enceintes ayant retiré les résultats				673 228	714 210	615 721
Nombre de femmes enceintes ayant effectué leur premier test en CPN	472 879	518 730	566 932	619 529	665 334	560 731
Nombre de FEC testées VIH+ en CPN1	19 647	15 511	14 801	12 573	11 108	7 615
Nombre de femmes enceintes testées négatives CPN1 qui ont été retestées en CPN3 ou 4	23 415	75 431	93 340	109 379	118 369	111 544
Nombre de FEC testées VIH négatives en CPN qui ont été retestées VIH+ en CPN3 ou 4	1 953	3 701	1 120	757	1 017	764
Nombre de femmes enceintes ayant un statut inconnu testées pour la première fois en SA	20 631	43 743	57 660	59 117	52 930	49 265
Nombre de FEC de statut inconnu nouvellement testées VIH+ en SA	2 135	3 744	4 036	3 030	1 967	1 357
Nombre de femmes enceintes testées négatives en CPN1 qui ont été retestées en SA	-	-	-	-	93 619	79 403
Nombre de FEC testées VIH négatives en CPN et retestées VIH+ en SA	-	-	-	-	571	422
Nombre de FEC connaissant leur statut VIH+ avant la grossesse en cours	7 377	8 640	10 432	10 487	10 908	10 010
Nombre Total de FEC identifiées VIH+	31 112	31 596	30 389	26 847	25 571	20 168
Nombre de FEC VIH positives sous ARV	22 297	26 678	22 997	23 023	21 716	17 046
Nombre de FEC VIH+ ayant initié les ARV en CPN		15 475	11 855	11 406	10 056	6 883
Nombre de FEC VIH+ ayant initié les ARV en SA		3 665	3 139	2 599	1 886	1 305
Nombre de FEC VIH+ déjà sous ARV	4 077	7 516	8 003	9 018	9 774	8 858
Nombre de FEC VIH positives sous CTX	11 194	15 234	20 346	21 737	18 433	11 695
Nombre de FEC VIH+ chez qui la TB a été recherchée	-	-	-	-	24 955	18 972
Nombre d'enfants nés de mères VIH+		14 444	14 987	15 682	14 520	15 195
Nombre d'enfants exposés qui ont reçu le Cotrimoxazole	7 318	9 514	11 926	13 022	12 035	10 521
Nombre d'enfants exposés qui ont été initié sous Nevirapine dans les 72h	10 718	13 268	14 734	15 573	14 378	13 250
Nombre d'enfants exposés ayant fait dépistage par PCR	10 994	11 256	15 620	13 502	16 510	14 970
Nombre de partenaires masculins de FEC testés pour le VIH	19 527	26 720	33 730	34 502	34 903	28 691
Nombre de partenaires masculins de FEC testés VIH+	1 781	2 829	2 610	2 220	1 386	1 102

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
Nombres de nouveau nés en communauté n'ayant pas respecté les CPON à 8 semaines référés et reçus dans la FOSA

ANNEXE 3 : Principaux indicateurs collectés par les APS Pédiatriques

N°	Indicateurs
1	Nombre 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

N°	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
7	Nombre de FEC testées négatives au premier contact en CPN qui ont été testées à nouveau pour le VIH à la deuxième, troisième ou quatrième CPN au cours du mois
8	Nombre de FEC testées négatives au premier contact en CPN qui ont été testées à nouveau et dépistées VIH+ à la deuxième, troisième ou quatrième CPN au cours du mois
9	Nombre de partenaires masculins des FEC reçues et testés au cours du mois pour le VIH
10	Nombre de partenaires masculins des FEC qui ont été testés VIH+ au cours du mois
12	Nombre de FEC VIH+ qui ont initié la TARV sur site au cours du mois
13	Nombre de FEC VIH+ déjà sous TARV au moment de leur 1er contact en CPN au cours du mois
14	Nombre de FEC VIH+ chez qui la recherche des signes cliniques de la TB a été faite au cours du mois
15	Nombre de FEC VIH+ diagnostiquées TB+ au cours du mois
16	Nombre de FEC VIH+ diagnostiquées TB+ et mise sous anti TB au cours du mois
17	Nombre de FEC VIH+ nouvellement mises sous TARV qui ont été initiées à l'INH au cours du mois
18	Nombre de FEC VIH+ en CPN ayant bénéficié du test de la syphilis au cours du mois
19	Nombre de FEC VIH+ en CPN testées positif à la syphilis au cours du mois
II-SALLE DE TRAVAIL ET D'ACCOUCHEMENT	
20	Nombre de FEC VIH+ en CPN ayant bénéficié du test de l'hépatite B au cours du mois
21	Nombre de FEC VIH+ en CPN testé positif l'hépatite B au cours du mois
22	Nombre de FEC ayant effectué leur premier test VIH au cours de cette grossesse en salle d'accouchement au cours du mois.
23	Nombre de FEC ayant effectué leur premier test VIH en salle d'accouchement et dépistées VIH+ au cours du mois
24	Nombre de FEC testées négatives en CPN qui ont été testées à nouveau pour le VIH en salle d'accouchement au cours du mois
25	Nombre de FEC testées négatives en CPN qui ont été testées à nouveau et dépistées VIH+ en salle d'accouchement au cours du mois
26	Nombre de FEC testées VIH+ en salle d'accouchement et ayant initié le TAR au cours du mois
27	Nombre de femmes VIH+ ayant accouché dans la formation sanitaire au cours du mois
III-SUIVI POSTNATAL MERE ET ENFANT	
29	Nombre d'enfants nés de mères VIH+ dans la FOSA au cours du mois
30	Nombre d'enfants nés des mères VIH+ qui ont débuté la Névirapine prophylactique en post partum dans les 72 heures au cours du mois
31	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
32	Nombre de femmes VIH+ qui ont débuté une méthode de planning familial en post partum au cours du mois
33	Nombre d'enfants nés de mères VIH+ reçus en consultation de suivi entre 6 et 8 semaines au cours du mois

34	Nombre d'enfants nés de mères VIH+ qui ont débuté le Cotrimoxazole à partir de 6 semaines en post partum au cours du mois
35	Nombre d'enfants nés de mères VIH+ dépistés par PCR entre 6 et 8 semaines au cours du mois
36	Nombre d'enfants nés de mères VIH+ diagnostiqués VIH+ par PCR entre 6 et 8 semaines au cours du mois
37	Nombre d'enfants nés de mères VIH+ dépistés par première PCR après 8 semaines au cours du mois
38	Nombre d'enfants nés de mères VIH+ diagnostiqués VIH+ par PCR après 8 semaines au cours du mois
39	Nombre d'enfants nés de mères VIH+ dépistés par deuxième PCR à 9 mois au cours du mois
40	Nombre d'enfants nés de mères VIH+ diagnostiqués VIH+ par PCR à 9 mois au cours du mois
41	Nombre d'enfants nés de mères VIH+, qui ont été testés par la sérologie à 18 mois au cours du mois
42	Nombre d'enfants nés de mères VIH+, qui ont été testés positifs par la sérologie à 18 mois au cours du mois.
42	Nombre d'enfants nés de mères VIH+ qui ont été enrôlés au traitement ARV au cours du mois

ANNEXE 5 : LISTE DES SITES IMPLEMENTANT LE POC-EID AU CAMEROUN

Régions	District	Health Facility (where the device is located)	POC/ Conventional
Adamaoua	Ngaoundere Urban	Hopital Regional Ngaoundere	POC
Adamaoua	Ngaoundere Urban	Hopital Regional de Ngaoundere	POC
Adamaoua	Meiganga	Hopital District de Meiganga	POC
Extrême-Nord	Kousseri	Hopital Regional Annexe de Kousseri	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 BENG AMOUGOU Arsène, CSASS/CNLS
- Dr TEMGOUA Edith, ET-PEPFAR/CNLS
- Dr DJOMO Audrey, CUPTME/CNLS
- M. ATANGANA MBIDA Bertrand, A.PTME.C/CNLS
- Mme OWONA Natacha, SPRSE/CNLS
- M ANOUBISSI Jean de Dieu, SPRSE/CNLS
- Dr TJEK BIYAGA Paul ; DSF
- Mme WEGANG Georgette, CBPECM-VIH/DLMEP

Equipe de relecture et validation

- Dr BONONO Léonard, SP/CNLS
- Dr BILLONG Serge, SPA/CNLS
- Mme BOUBA Pamen, SDLVIH/SIDA-IST/DLMEP
- Dr KEUGOUNG Basile ; UNICEF
- M. ONANA Roger, C SPRSE/CNLS
- Mme MVOGO Anastasie, CSRLSP/CNLS
- M ONANA Roger, SPRSE/CNLS
- Dr ESSAMBA Suzanne, RPECP/CNLS
- Dr MBENGONO Barbara RPECA/CNLS
- Mme KETCHAJI Alice ; CSPEEC/DLMEP
- Mme ANDOUGOU epse EVA Chantal, DSF
- Mme ETAME Odette, NOLFOWOP
- Mme KOMMEU Nelie, SRLSP/CNLS
- M KEDE Pascal ; CUCI/CNLS
- Mme TSIMENE Florine SPRSE/CNLS
- Dr KEMBOU Etienne, OMS
- Dr MAYER Magdelene, PEPFAR