

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix – Travail – Patrie



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace – Work – Fatherland

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

PLAN D'ACCELERATION DE LA THERAPIE ARV AU CAMEROUN

2016-2018

Vers une génération
sans **SIDA** au Cameroun



MAI 2015

PREFACE

DRAFT

Table des matières

I.	Introduction.....	5
II.	Contexte national en matière de santé et VIH.....	7
II.1	Système de Santé.....	7
II.2	Système de santé communautaire.....	8
II.3	Epidémiologie du VIH.....	8
III.	Principaux résultats de la thérapie antirétrovirale.....	10
IV.	Domaines d'interventions.....	11
IV.1	Dépistage et conseil du VIH.....	11
IV.2	Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH (Volet 3).....	16
IV.3	Lien entre le CD et la prise en charge.....	22
IV.4	PRISE EN CHARGE GLOBALE.....	27
	Rétention des PVVIH dans le dispositif de PEC.....	54
	PEC psychologique et sociale.....	55
	Obstacles/ insuffisances de la rétention des PVVIH dans le dispositif de PEC.....	56
	Cibles et défis en matière de rétention des PVVIH dans le dispositif de PEC.....	56
	Stratégies pour la rétention des PVVIH dans le dispositif de PEC.....	57
V.	Interventions transversales pour accompagner l'extension du TAR.....	59
V.1	Ressources humaines.....	59
V.2	Gestion des approvisionnements et stocks des intrants.....	63
V.3	Suivi évaluation des interventions VIH et TB.....	68
VI.	ANNEXES.....	73

LISTE DES ACRONYMES

TAR	
PSN 2014-2017	
e-TME	
CNLS	
DLMEP	
MINSANTE	
PTME	
DSF	
UPEC	
CTA	
CMA	
HD	
CENAME	
CAPR	

DRAFT

LISTE DE TABLEAUX

Tableau 1: Cibles des principaux résultats de dépistage et conseil dans les groupes de population.....	12
Tableau 2 : Cibles des principaux résultats de dépistage Femmes enceintes et enfants exposés.....	18
Tableau 3 : Cibles de PVVIH dépistés positives, référées et pris en charge dans une structure de soins.....	23
Tableau 4: Répartition des CTA / UPEC, CDT, Sites PTME Option B+ par région et gap de couverture des DS.....	28
Tableau 5: Cibles de nouvelles inclusions à mettre sous TAR par année.....	30
Tableau 6: Evolution du nombre de district de sante ayant une unité de prise en charge	32
Tableau 7: Répartition des DS prioritaires par type et par région	32
Tableau 8 : Cibles de la coinfection TB/VIH	37
Tableau 9 : Plateformes de réalisation de la CV au Cameroun et nombre d'examens réalisés en 2014.....	43
Tableau 10 : Projections du nombre d'examens CD4 par population	47
Tableau 11 : Besoins de Couverture CV de patients sous TARV par année	47
Tableau 12 : Répartition des cibles de la CV par laboratoire	48
Tableau 13 : Cibles et progression du bilan biologique de suivi des PVVIH.....	48
Tableau 14: Matériel à acquérir pour le renforcement capacités des laboratoires.	52
Tableau 15: Personnel supplémentaire pour le renforcement capacités des laboratoires.....	52
Tableau 16: Normes de personnel dans la prestation de services Catégories de personnel.....	73

I. Introduction

Dans la région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre, le Cameroun est le 2^{ème} pays, après le Nigéria, où le poids de l'épidémie à VIH est considérable. En dépit de l'importance de l'épidémie, le pays adhère à la vision stratégique de l'ONUSIDA qui entend atteindre l'objectif des 90/90/90 concernant le traitement du VIH à l'horizon 2020, ce qui illustre l'importance des enjeux de santé publique auxquelles devra faire face dans les prochaines années le Cameroun.

Les efforts déployés ces dernières années ont permis de mettre sous traitement antirétroviral plus de 145 000 PVVIH à la fin de Décembre 2014. Cependant, rapportée au nombre total estimé de personnes vivant avec le VIH, cela donne une couverture, estimée à environ 27%, qui reste faible, loin de l'objectif de 60% à atteindre en 2017, tel qu'affiché dans le *Plan Stratégique National 2014-2017*.

L'accélération du programme (fast-tracking) vise à accroître l'offre et la demande du conseil dépistage pour tester le plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH (90%), à augmenter la couverture en TARV à 90% des PVVIH et permettre à 90% d'entre elles d'atteindre une suppression virale. En effet, la couverture en TARV de 62% prévue en 2018, aura un impact autant sur la réduction des nouvelles infections que sur la réduction du taux de morbidité et de mortalité des PVVIH. C'est à ce prix que la dynamique de l'épidémie s'inversera.

Le présent plan vise l'accélération de la mise en œuvre des interventions de prévention, de dépistage, de PTME, de prise en charge et d'appui psycho-social à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Cette accélération s'effectue à travers :

- La mise en œuvre des directives 2013 de l'OMS, adaptés et adoptés dans le cadre des recommandations nationales ;
- l'application de l'Initiative «Tester et traiter» en faveur des populations-clés, femmes enceintes séropositives et enfants infectés, ainsi que des patients co-infectés VIH-TB;
- le passage à l'échelle du dépistage, le renforcement du dépistage initié par les prestataires de soins et la promotion du dépistage en stratégie avancée qui s'adresse directement aux populations les plus exposées ;
- La création d'un environnement favorable pour lever les obstacles à l'accès aux soins des populations clés ;
- La promotion de la délégation des tâches, la décentralisation et l'intégration des services pour combler les gaps de la cascade TARV (perdus de vue, non observance) ;
- L'implication des organisations communautaires partenaires du plan d'accélération ;
- L'augmentation des financements domestiques innovants à l'horizon 2020.

Le document est structuré de manière à présenter les résultats atteints, leur contexte structurel, les insuffisances, les cibles et les défis pour atteindre les résultats nationaux. Il présente une analyse situationnelle des interventions spécifiques et propose des stratégies ciblées, assorties de volets transversaux relevant du système de santé (GAS, suivi-évaluation, ressources humaines) et du système communautaire.

Les interventions envisagées concernent également les populations les plus exposées au risque selon une approche qui prend en considération les facteurs de risques populationnels (comportement) et les facteurs de risques géographiques c'est-à-dire là où ces populations sont les plus nombreuses.

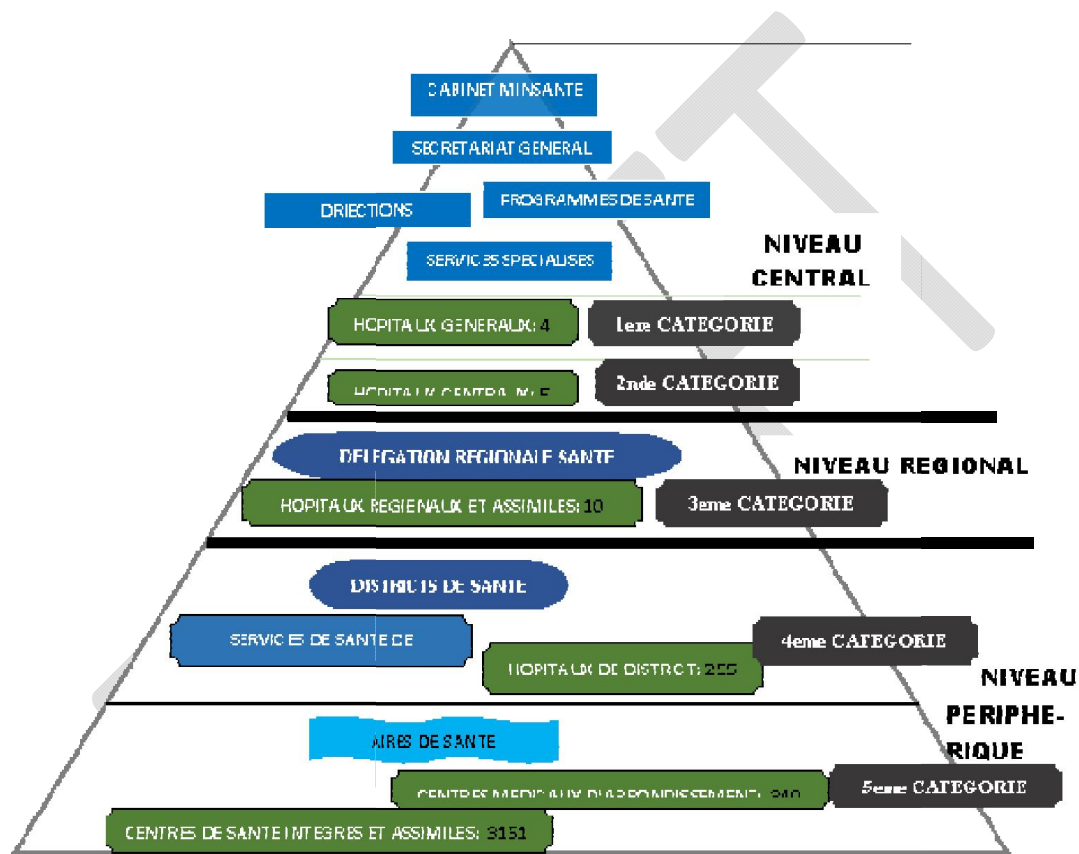
DRAFT

II. Contexte national en matière de santé et VIH

II.1 Système de Santé

L'organisation du système de santé est structurée en une pyramide à trois niveaux : central, intermédiaire et périphérique.

Le niveau central est constitué des services centraux du Ministère de la Santé Publique et des services apparentés. Il est chargé de l'élaboration des politiques nationales et de la planification stratégique de santé. Ses compétences s'exercent dans la régulation et la coordination du système de santé. Les structures de soins relevant du niveau central sont: les Hôpitaux Généraux(4) et les Hôpitaux Centraux (5); la structure de dialogue est le Conseil National de la Santé, de l'Hygiène et des Affaires Sociales (CNSHAS).



Organisation du Système de Santé au Cameroun

Le niveau intermédiaire est constitué de 10 Délégations Régionales de la Santé Publique (DRSP). Il apporte un appui technique aux districts de santé. 11 Hôpitaux régionaux et assimilés constituent les structures de soins et le Fonds Spécial pour la Promotion de la Santé (FSPS) en constitue la structure communautaire.

Le niveau périphérique ou niveau opérationnel, est constitué de 189 District de santé (DS) avec environ 1500 Aires de santé (AS). Il est chargé mise en œuvre des programmes. Les structures de soins de ce niveau sont les Hôpitaux de district (HD) et assimilés, les Centres Médicaux d'Arrondissement (CMA), les cliniques et les Centres de Santé Intégrés (CSI). Les structures de dialogue sont les comités de santé et les comités de gestion.

Trois sous-secteurs composent le système de santé: le sous-secteur public, le sous-secteur privé et le sous-secteur de la médecine traditionnelle.

II.2 Système de santé communautaire

Dans l'architecture de la riposte nationale contre les épidémies et les endémies, le secteur communautaire constitue un maillon essentiel en matière de lutte contre la tuberculose et le VIH. Il est un partenaire privilégié dans la prévention et le continuum de services et soins. La participation du système communautaire est fondée sur sa capacité à offrir les services de proximité. Il offre des prestations en matière de santé dans les domaines parfois hors de portée du système institutionnel et ou difficile d'accès. Il intervient également dans la collaboration et la complémentarité avec les structures de santé; en particulier en ce qui concerne les groupes marginalisés et les groupes vulnérables. Les organisations communautaires à travers le réseautage et le lobbying participent au plaidoyer et mobilisation stratégique au niveau national et international qui ont impact en matière de changement politique et réglementaires dans le domaine santé. Le financement des activités communautaires se fait à travers des programmes et projets financés par les bailleurs de fonds.

Dans le paysage national, le système communautaire est caractérisé par deux mécanismes principaux :

- la participation des communautés dans les structures de dialogue suivant la pyramide sanitaire : à travers les Comités de Santé du District (COSADI) et les Comités de Gestion du District (COGEDI) au niveau des Districts Sanitaires et les Comités de Santé (COSA) et Comités de Gestion (COGE) au niveau des Centres de Santé ;
- la mobilisation communautaire à travers les ONG, les Associations à base communautaire ou Groupes Communautaires, les réseaux, les organisations confessionnelles.

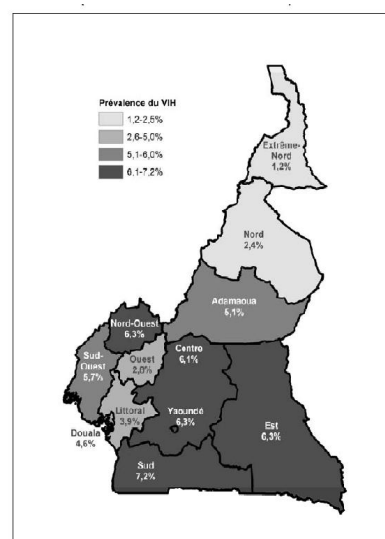
Dans le domaine du VIH et de la TB, le second mécanisme est le plus actif et le plus développé dans la mise en œuvre des interventions communautaires, en particulier grâce à la forte diversité des intervenants et aux documents cadres publiés à cet effet:

- Guide pour la mobilisation communautaire SMNI/PTME/PECP à l'intention de l'intervenant communautaire, 2012 ;
- Guide national d'intégration des interventions sous directives communautaires au Cameroun, sept 2012 ;
- Guide national de la délégation des tâches pour la PEC du VIH/Sida au niveau opérationnel au Cameroun, janvier 2013.

Cette mobilisation communautaire s'accompagne le plus souvent du suivi et de l'accompagnement communautaires de PVIH sous ARV.

II.3 Epidémiologie du VIH

L'épidémie de VIH au Cameroun est de type généralisé avec une prévalence estimée de 4,3% dans la population générale (15-49 ans) en 2014. Cette prévalence est en baisse progressive depuis 10 ans, allant de 5,5% en 2004 à 4,3% en 2014. Cette épidémie est caractérisée par une féminisation (5,6% contre 2,9% chez les



hommes) et un pic chez les 35-39 ans (8,1%). Elle est plus urbaine (4,8%) que rurale (3,8%) avec une grande disparité entre les régions variant de 1,2% dans la région de l'Extrême Nord, à 7,2% dans la région du Sud. Dans les deux grandes villes Yaoundé et Douala, elle est respectivement de 6,3% et 4,6% (EDS IV 2011). La prévalence chez les adolescents de 15 à 19 ans est de 1,2% (2,2 % chez les filles et 0,4% chez les garçons) (EDS IV 2011).

On estimait à 612 445 le nombre de PVVIH au Cameroun en 2014 (Données Spectrum 2014). Selon le rapport de l'ONUSIDA 2014, 45 000 (39 000 – 55 000) nouvelles infections à VIH sont survenues en 2013 dont 9500 chez des enfants < 15 ans. Le taux de TME était estimé à 25% en 2013, contre 33% en 2009(Annexe).

Cette épidémie touche plus massivement certains groupes de populations (populations clés), parmi lesquels les Professionnelles du Sexe (PS) avec 36% de prévalence en 2009 (Annexe 4.a) et les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) avec 24%et 44% de prévalence à Yaoundé et Douala en 2012 (Annexe 5.a).

Chez les femmes enceintes, la prévalence moyenne dans les sites sentinelles était de 7,8% en 2013, ce qui place le Cameroun parmi les 10 pays qui contribuent à 75% de la TME du VIH dans le monde (UNAIDS Global Response, 2014), et le 2^{ème} pays dont le poids de l'épidémie à VIH demeure extrêmement lourd, après le Nigéria, dans la région Afrique de l'Ouest et du Centre.

III. Principaux résultats de la thérapie antirétrovirale

En fin 2014, la file active des PVVIH sous TAR était de 145 038, ce qui représente 27% des besoins estimés à 539 245 selon les recommandations OMS de 2013 (Rapport Spectrum 2014). Cette file active a connu une augmentation d'environ 13 500 personnes passant de 131 531 en 2013 à 145 038 PVVIH traités par TAR en fin 2014. Parmi ces patients, **138 951** (96%) sont sous ARV de 1^{ère} ligne et 6 087 (4%) sous traitement de 2^{ème} ligne (Rapport annuel CNLS 2014). Les données désagrégées indiquent que :

- **Hommes/Femmes** : 138 939 sont des adultes de plus de 15 ans (98 280 (71%) femmes et 40 659 hommes).
- **Femmes enceintes** : Les données du programme PTME montraient que 22 297 femmes enceintes séropositives ont bénéficié des ARV, dont 11698 de la prophylaxie et 10 599 du TARV en 2014. Cependant, nous notons une augmentation de femmes enceintes ayant bénéficié de la TARV passant de 6 121 en 2013 à 10 599 en 2014 grâce à la mise à échelle de l'option B+. La couverture en ARV représente 59,8% en 2014 (Rapport annuel CNLS 2014).
- **Enfants** : L'évolution du nombre d'enfants de moins de 15 ans sous TARV est passée de 2 450 en 2008 à 6 099 (4,2% du nombre total de personnes infectées sous TARV) en 2014. Parmi ces enfants, 3 135 (51%) sont des filles. En dépit de cette évolution, la couverture des enfants bénéficiés du TARV représente 6,6 % des besoins en TARV chez les enfants estimés à 92 353 (Rapport Spectrum 2014). Force est de constater l'importance de l'effort à fournir pour augmenter le taux de couverture en TARV chez les enfants.
- **Patients Co infectés TB/VIH** : Le nombre de patients co-infectés mis sous TARV a augmenté passant de 5 254 en 2013 à 5 955 / 8 636 en 2014, soit un taux de couverture de 69%.
- **Populations clés (HSH, PS et clients)** : Les PVVIH issus des populations clés sont insérés dans la file active des centres de prise en charge de la zone géographique où elles sont implantées. Pour le respect de la vie privée, l'orientation sexuelle ne fait pas partie des informations collectées dans le cadre du suivi des PVVIH. Ce qui explique que les données ne soient pas désagrégées par orientation sexuelle. Toutefois, l'analyse des données de la file active et de la déclaration des patients pourrait apporter quelques données qualitatives sur le nombre de PVVIH issues de populations clés.
- **Milieu carcéral** : Le nombre de détenus sous ARV en 2014 est de 832 à Yaoundé et Douala (Rapport CNLS 2014).
- **Forces de défense et de sécurité** : D'après le rapport des activités de prévention chez les militaires appuyées par PEPFAR, et mise en œuvre par JH-Global Viral dans les quatre régions du Cameroun que sont le Littoral, le Sud-Ouest, le Nord-Ouest et l'Ouest, indique que sur 4 122 personnes testées, 102 personnes étaient positives. Parmi elles, lesquelles 95 (93%) ont reçu leur résultats. Ainsi, 19 (20%) de ces 95 étaient déjà sous TARV et les 76 autres ont été référées pour la prise en charge, 46 d'entre elles ont commencé le TARV.

IV. Domaines d'interventions

IV.1 Dépistage et conseil du VIH

Etat des lieux

L'analyse des rapports d'activités 2014 montre que 723 096 personnes ont été testées au VIH dans les 10 régions du pays. Les données notifiées concernent 667 770 personnes dépistées dont 32 095 personnes séropositives soit un taux de séropositivité de 4,8% (5,2% dans les FOSA et 2,3% dans les unités mobiles (UM)). Parmi les 667 770 personnes dépistées, 576 864 l'ont été dans les formations sanitaires (FOSA) et 93 092 par les UM. Ces personnes testées sont composées de toutes les catégories de la population : les femmes enceintes, dont des jeunes femmes entre 15 - 24 ans, et leurs partenaires; les PS et leurs clients dont les camionneurs ; les HSH, les patients TB/VIH, les réfugiés, les détenus, les travailleurs des grands pôles économiques, les enfants dont les mères sont VIH+ et les donneurs de sang.

Le dépistage du VIH par les tests rapides est subventionné par l'état et est gratuit pour les enfants, les femmes enceintes, les patients tuberculeux, les détenus et lors des campagnes. Il coûte 500 FCFA (1\$ US) pour le reste de la population dans les FOSA. Ce dépistage se fait selon deux approches : l'approche par les FOSA à travers le CDIP (opt-out) et le CDV (opt in) et l'approche dans les communautés (stratégies avancées à travers les unités mobiles). Le dépistage du VIH avec ces approches se fait selon le schéma classique en trois étapes (conseil pré-test, prélèvement sanguin et réalisation du test, conseil post-test) selon une approche médicalisée.

Parallèlement au dépistage dans les FOSA, la contribution communautaire est également sollicitée à travers :

- La mobilisation sociale et la promotion de la connaissance du statut sérologique pour augmenter la demande de dépistage ;
- Le dépistage communautaire pour des organisations abritant des structures de santé (très limités : pour l'instant, seulement 05 Organisations ont cette capacité) ;
- L'offre des services pré et post counselling ;
- L'orientation vers les FOSA en cas de séropositivité.

Obstacles /Insuffisances du conseil dépistage du VIH

La mise sous traitement ARV est conditionnée par la connaissance du statut sérologique qui passe par un dépistage au VIH.

Les performances du dépistage, selon les deux approches sont influencées par de nombreux facteurs liés à l'environnement, aux populations cibles, aux personnels mobilisés, à la chaîne d'approvisionnement, à l'accès géographique, au coût, etc. Ces différents déterminants sont détaillés ci-dessous :

- Faible promotion de la connaissance du statut sérologique en particulier parmi les populations les plus exposées au risque ;

- Ciblage insuffisant des activités de dépistage : vers les populations clés et vulnérables dans leurs points de rencontre (Hot spots, Drop-in-centers), les grands pôles économiques ;
- Coût pour la réalisation du test: L'accessibilité au test reste payant pour les populations autres que les femmes enceintes, les enfants de moins de 15 ans, les patients co-infectés TB/VIH et les détenus ;
- Faible demande du test dans la population générale : Faible organisation de la réponse communautaire pour l'augmentation de la demande de dépistage ;
- Le CDIP dans la pratique courante n'est pas systématique y compris chez les enfants et les adolescents. Les occasions manquées de dépistage restent importantes ;
- Insuffisance d'offre du dépistage lors des AES/LB y compris sexuels : Le test n'est pas systématiquement proposé pour les patients victime d'AES, ainsi que lors de la prise en charge des IST ;
- Faible rapportage des activités de dépistage : les tests de dépistage qui sont réalisés dans les FOSA ne sont pas toujours reportés ;
- la faible intégration du dépistage dans le paquet minimum des soins des FOSA de même que les surcoûts pratiqués sur les tests de dépistage du VIH (rapports TAW).
-

Cibles et défis en matière de conseil dépistage du VIH

Pour atteindre l'objectif des 90/90/90 à l'horizon 2020, adapté aux recommandations nationales, le pays doit mettre en œuvre des stratégies innovantes permettant d'accroître l'offre de service du conseil dépistage pour tester le plus grand nombre des personnes vivant avec le VIH (90%), mettre sous TARV 90% des PVVIH dépistées et maintenir 90% d'entre elles à une charge virale indétectable.

Le dépistage du VIH est donc une porte d'entrée idéale pour atteindre ces objectifs, et pour réduire significativement les nouvelles infections.

Dans le cadre du présent plan d'extension du TARV, les cibles quantitatives pour le conseil dépistage sont données dans le Tableau n°1.

Tableau 1: Cibles des principaux résultats de dépistage et conseil dans les groupes de population

Catégories de résultats		Cibles			
		Base 2015	2016	2017	2018
Nombre de nouvelles personnes dépistées à travers les activités en communauté par catégorie	PS et clients (camionneurs et autres)	115608	150470	264415	304 585
	HSH	4290	9008	13727	25738
	Réfugiés	10 750	21 500	32 250	43 000
	Détenus	11 112	12 501	13 891	15 280
	Travailleurs des pôles économiques	4740	6320	7900	9480
	Jeunes et adolescents (15-24 ans)		236 000	269300	269300

Catégories de résultats		Cibles			
		Base 2015	2016	2017	2018
	Campagnes lors des événements spéciaux	100191	107831	116054	124904
	TOTAL	246 691	543 630	717 537	792 287
Nombre de nouvelles personnes dépistées VIH+ dans les FOSA (TB/VIH + banques de sang ; etc...) Femmes enceintes et enfants exclus		180346	194824	212635	234503
Nombre de FOSA offrant le CDV		3 466	3 466	3 466	3 466
Nombre d'Unités mobiles pour le dépistage communautaire et en stratégie avancée auprès des populations vulnérables et clés		12	22	22	22
Nombre d'OBC identifiées et actives dans le dépistage communautaire					

Stratégies et interventions pour le conseil dépistage du VIH

Les cibles à atteindre pour le dépistage étant très ambitieuses pour toutes les catégories de la population, les stratégies devront mettre l'accent sur l'augmentation et la diversification de l'offre pour donner la possibilité à un maximum de personnes de connaître leur statut sérologique en particulier parmi les populations clés.

Stratégie 1 : Renforcement de la demande et de l'offre des tests de dépistage du VIH

Il s'agit d'augmenter la demande de dépistage et la connaissance du statut sérologique parmi les populations, par :

- Elaborer et mettre en place, dans les différents points de dépistage, des outils de communication adaptés aux besoins des populations cibles pour la promotion de la connaissance du statut sérologique (entretien avec les pairs-éducateurs, diffusion de dépliants, etc...);
- Rendre le test de dépistage du VIH gratuit à tous les niveaux et pour toutes les populations. Il s'agit d'acter par une circulaire ministérielle la décision de gratuité du dépistage pour tous ;
- Organiser et vulgariser le dépistage du VIH à toutes les portes d'entrée dans la FOSA à travers le CDIP: consultations diverses y compris pour AES/LB ou viol, vaccination, CPN, hospitalisation, banques de sang, CDT, Centre de réhabilitation nutritionnel, Chirurgie, Centres de prise en charge des Hépatites, IST, etc. (Réduire toutes les occasions manquées du dépistage) ;
- Organiser les campagnes de dépistage de masse dans les villes ayant au moins 50 000 habitants en particulier dans les districts prioritaires à forte prévalence et lors des événements spéciaux dans le but d'augmenter la demande de connaissance de statut sérologique;

- Organiser l'offre de dépistage du VIH dans la communauté au niveau des OBC partenaires identifiées, dans le cadre de la diversification de l'offre de dépistage (OBC de jeunes filles et femmes, etc...);
- Promouvoir, à travers les interventions des pairs-éducateurs (PE), des accompagnateurs psycho-sociaux (APS), des agents de santé communautaire (ASC), l'offre de paquet de services combinés et intégrés SSR/VIH lors des stratégies avancées dans les communautés (vaccination, dépistage du VIH, etc ...);
- Rendre disponible les intrants de dépistage du VIH dans toutes les FOSA et dans toutes les structures communautaires partenaires;
- Renforcer les capacités des prestataires de santé et des acteurs communautaires impliqués dans le dépistage du VIH (au dépistage et au counselling post-test, amélioration de l'accueil des populations et de leurs références vers les soins);
- Améliorer le système de référence intra hospitalier pour faciliter la référence des patients entre les différentes portes d'entrée de la structure sanitaire et les services de prise en charge. La même approche de référence doit être utilisée entre le système communautaire et le système de santé.

Pour les populations clés :

- Organiser des interventions en stratégie avancée avec les UM en direction des populations clés (PS et leurs clients, HSH), couplant le dépistage des IST et du VIH;
- Organiser le dépistage dans les Drop-in-centers (DIC), les "FOSA amies" des populations clés, les Hot-spot avec des équipes mobiles en nocturne et / ou par les équipes communautaires, dans les structures sanitaires qui sont dans les environs des hot-spots, en collaboration avec les OBC locales qui encadrent ces populations;
- Organiser l'offre de dépistage du VIH dans la communauté au niveau des OBC partenaires identifiées, dans le cadre de la diversification de l'offre de dépistage (HSH, PS et leurs clients);
- Elaborer des critères de la sélection des OBC pouvant offrir de manière les services de dépistage en milieu communautaire selon les zones géographiques prioritaires et afin d'éviter les duplications;
- Actualiser la cartographie des OBC de lutte contre la TB et le VIH sur le territoire national et plus spécifiquement dans les districts de santé prioritaires. Cette stratégie vise à développer d'une part le volet communautaire de la tuberculose en utilisant le réseau des OBC du VIH : La démarche consiste à réduire les coûts de fonctionnement des OBC par l'intégration de la prévention TB dans les OBC VIH;
- Renforcer, sur la base des besoins recensés, les capacités techniques (professionnel, collecte et rapportage des données, équipement) des OBC identifiés pour l'offre de services de dépistage;
- Développer un guide d'éducation sexuelle intégré (ESI) suivant le PMA des populations clés à l'attention des Pairs Educateurs.;
- Mise à disposition des outils harmonisés pour le rapportage des activités de dépistage (registres de dépistage, fiche de synthèse mensuelle, outils de référence des clients) dans Drop-in-centers ou autres structures communautaires en liaison avec des CTA/UPEC.

Pour les jeunes, les Réfugiés, les détenus et les travailleurs des grands pôles économiques:

- Organiser des campagnes ciblées couplant le dépistage des IST et du VIH dans les camps de réfugiés; les structures communautaires d'encadrement des jeunes et des femmes (CPFF, établissements scolaires, OBC / ONG jeunes femmes) ;
- Renforcer le dépistage du VIH à l'entrée dans les prisons au travers de stratégies fixes ;
- Organiser le dépistage dans les infirmeries des entreprises ou avec des équipes mobiles en collaboration avec les points focaux de ces entreprises.

Stratégie 2 : Renforcement de la qualité des tests de dépistage du VIH

Les insuffisances relevées dans la qualité des tests de dépistage du VIH devront être résolues pour que les interventions menées bénéficient d'une assurance qualité irréprochable.

- Actualiser l'algorithme de dépistage du VIH et harmoniser des TDR utilisés pour le dépistage rapide du VIH dans les FOSA et les autres points de dépistage ;
- Etendre le programme d'assurance qualité en cours, dans tous les laboratoires de FOSA, les DIC et les OBC offrant le CD du VIH;
- Mettre en place des logs books (produire et diffuser);
- Organiser un système de suivi-évaluation des activités des accompagnateurs psychosociaux (APS) dans les FOSA, les DIC et les OBC ;
- Réaliser des études opérationnelles sur les besoins d'amélioration des performances des laboratoires des FOSA réalisant les TDR.

Modalités de mise en œuvre du conseil dépistage du VIH

Le dépistage dans les populations clés et vulnérables au VIH est l'intervention de base pour assurer la prise en charge du maximum de personnes séropositives (dispositif « Tester et Traiter »). Il sera assurée tant au niveau des FOSA qu'au niveau communautaire. L'offre de dépistage va être progressivement démedicalisée et sera étendue aux acteurs communautaires formés à cet effet dans les OBC de HSH, PS, Camionneurs, Jeunes filles et femmes.

Au **niveau des FOSA**, l'approche fixe a été retenue. L'accent sera mis, d'une part, sur l'intensification de la recherche de personnes susceptibles d'être séropositives, à toutes les portes d'entrée. D'autre part, l'assurance qualité des tests de dépistage du VIH sera renforcée.

Au **niveau communautaire**, les deux approches retenues intègrent la participation des acteurs communautaires pour le dépistage autonome dans les OBC identifiées selon des critères. Ils interviendront essentiellement dans le groupe des jeunes filles, des HSH, des PS et leurs clients. Le dépistage se fera à travers :

- Les interventions ciblées des ASC d'OBC en stratégie avancée avec les unités mobiles (UM) dans les lieux de rencontre des groupes spécifiques (HSH, PS et clients (camionneurs, travailleurs de grands chantiers, clients des Hot spots, etc.)) ;
- Le dépistage en stratégie fixe au sein des CPFF et des OBC (jeunes filles, HSH, PS, Camionneurs);

En ce qui concerne les UM, une équipe mixte sera composée d'un prestataire de santé issu de la FOSA de PEC locale (pour les services SSR-IST), d'un APS formé provenant d'une des FOSA du district ou de l'OBC (pour le counselling pré et post-test, l'orientation et l'accompagnement vers la structure de PEC).

IV.2 Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH (Volet 3)

Etat des lieux

La PTME est un service de base intégré à la SMNI. Selon le rapport PTME 2014, sur 822 895 femmes enceintes attendues, 573 793 (69,7%) ont été vues en CPN et 493 500 (83%) ont eu accès au dépistage du VIH parmi lesquelles 23 922 (4,8%) étaient positives. Ce taux de séropositivité varie de 8,6% dans la région du centre à 2,2% dans la région du Nord. Elle est en baisse dans les régions de l'Adamaoua, l'Ouest, le Nord, le Sud-ouest et est stable dans celles de l'Est, le Nord-ouest ; par contre elle est en augmentation dans les régions du Centre, de l'Extrême-nord, du Littoral et du Sud ([Rapport annuel CNLS, 2014](#)).

Le taux de fréquentation à la Consultation prénatale (CPN), en hausse par rapport à 2010 (38,5%), reste limité et participe à l'insuffisance de connaissance du statut VIH des femmes enceintes. Les femmes enceintes séropositives intégrées dans le programme représentent 64% des 37282 femmes séropositives attendues donc 36% échappent encore aux nombreuses opportunités d'offre des interventions PTME alors que le taux d'acceptation du dépistage du VIH national chez les femmes enceintes est élevé (83%) en CPN.

En 2014, le nombre de femmes enceintes séropositives ayant bénéficié des ARV était de 22297, dont 11698 femmes sous prophylaxie ARV et 10 599 femmes sous TARV. L'augmentation des femmes enceintes ayant bénéficié du TARV est importante allant de 6 121 en 2013 à 10 599 en 2014 et le recul de la mise sous prophylaxie des femmes enceintes séropositives s'explique par la migration progressive de l'option A vers l'option B+. La couverture en TARV chez la femme enceinte est de 59,8% en 2014([Rapport annuel CNLS, 2014](#)).

La salle d'accouchement est le point de départ de l'identification du nouveau-né de mère séropositive et le lieu de rattrapage de celle qui n'ont pas eu accès au test lors de la CPN. Le repérage systématique des mères ayant besoin de test et l'offre de service PTME pour le couple mère-enfant facilite le lien avec la PEC de l'enfant exposé au VIH. En effet, le repérage des mères séropositives en salle de travail n'est documenté que par 5 régions sur 10. Toutefois, le nombre de femmes enceintes de statut sérologique inconnu testées en salle de travail représente 4% (20 046) des femmes enceintes parmi lesquelles 10,2% étaient VIH positives en 2014. D'où l'attention particulière qui mérite d'être accordé au dépistage du VIH en urgence en salle de travail afin d'assurer le continuum de soins de ces couples mère-enfant (Etude PEDIACAM).

Le nombre de sites PTME est passé de 2999 en 2012 à 3466 en 2013 avec une couverture géographique de 100% des DS, malgré une utilisation des services qui n'est pas optimale. L'option B+ a été adopté en 2013 pour accélérer l'atteinte de l'objectif d'élimination de la TME du VIH. EN 2014,

l'option B+ est déjà appliquée dans 489 sites PTME soit 14% des sites PTME. Le pays compte assurer une couverture optimale des sites PTME par l'option B+ d'ici à la fin 2016.

En matière de dépistage précoce des enfants (Early Infant Diagnosis, EID), le programme de dépistage précoce des enfants a débuté en 2007 au Cameroun et le test est gratuit pour tous les nourrissons. Il est effectué selon les directives nationales avec la méthode de prélèvement de sang total sur buvard (Dry Blood Spot, DBS).

En 2014, 10 994 enfants ont bénéficié d'un EID et 613 étaient positifs, soit un taux de séropositivité de 5,6%. Ce chiffre est en baisse par rapport à 2010 (8,9%). Ces données issues du programme ne reflètent pas la réalité de la cascade de la PTME, qui ne prend pas en compte les couples mère-enfant échappant au programme. En effet le taux de TME résiduelle est passé de 32% en 2009 à 25% en 2013 mais demeure très élevé. Près de 9500 nouvelles infections pédiatriques à VIH sont survenues en 2013 et le total des enfants âgés de moins de 15 ans infectés par le VIH s'élevait à 94 000. Ce qui fait du Cameroun l'un des 10 pays qui contribuent à plus de 75% des nouvelles infections pédiatriques à VIH dans le monde ([UNAIDS Global Response, 2014](#)).

Parmi les 3466 FOSA offrant les services PTME, 693 (20%) sites prélèvent pour le diagnostic précoce du VIH par DBS. La répartition géographique de ces FOSA qui prélèvent pour le diagnostic précoce est inégale. Trois laboratoires de référence réalisent ce diagnostic précoce par PCR : le CIRCB (Région du Centre), le Laboratoire de référence de la tuberculose de Bamenda (Région du Nord-Ouest) et le Laboratoire de Mutengene (Région du Sud-Ouest).

- Le laboratoire du CIRCB reçoit les échantillons DBS provenant des régions du Centre, Sud, Est, Adamaoua, Nord, Extrême Nord ;
- Le laboratoire de Bamenda reçoit uniquement les échantillons DBS de sa région (Nord-ouest) ;
- Les régions du Littoral, Sud-Ouest et Ouest ont comme laboratoire de référence le laboratoire de Mutengene.

Les échantillons de sang sont collectés sur DBS dans les sites, acheminés vers les laboratoires de référence et les résultats correspondants suivent le trajet inverse. Le système de transport de ces échantillons n'est pas harmonisé sur l'ensemble du territoire. Cette situation engendre une disproportion dans la régularité du rendu des résultats. Ainsi, 29,5%(10994) des enfants nés des mères séropositives ont été dépistés à deux mois de la naissance en 2014 par rapport à 24% en 2013. Le délai moyen de rendu des résultats de PCR à la famille après le prélèvement est d'un (01) mois dans 50% des centres et supérieure ou égal à 2 mois dans les autres centres avec les extrêmes variant entre 2 et 9 mois ([Rapport de l'état des lieux de la PECP, 2014](#)).

La mise sous TARV précoce est malheureusement dépendante des contraintes logistiques et organisationnelles. Le processus d'initiation du traitement après le diagnostic est peu efficace. En effet, sur les 10 994 enfants diagnostiquées, 613 étaient positifs et moins de la moitié (49,5%) ont été mis sous TARV en 2014. L'étude PEDIACAM réalisée au Cameroun en 2011 rapportait que 84% des mères avaient pu retirer les résultats de PCR de leur enfant avant l'âge de 7 mois et 91,4% ont démarré les ARV à un âge médian de 4,1 mois (EIQ : 3,2-5,6), en utilisant des stratégies novatrices

(tracking de la salle d'accouchement à la communauté réalisé par les accompagnateurs psychosociaux à l'unité de prise en charge) qui doivent être vulgarisées.

Obstacles / Insuffisances

- Utilisation limitée des services PTME: faible utilisation de la salle d'accouchement comme source de vérification du dépistage réalisé pendant la CPN, enregistrement systématique des accouchements des femmes séropositives, disponibilité des tests de dépistage en salle de travail;
- Fréquentation insuffisante des sites PTME : Mobilisation communautaire insuffisante pour la CPN sur l'ensemble du territoire plus particulièrement dans les régions à forte prévalence chez les femmes enceintes. L'accès des femmes aux services CPN/PTME notamment dans les régions du septentrion est limitée à cause des normes sociales qui exigent l'autorisation du conjoint pour le dépistage du VIH, la PTME, etc... ;
- Faible niveau de mise en œuvre du plan intégré de communication sur la PTME et PECP ;
- Insuffisance de la recherche des femmes enceintes séropositives PDV et faible utilisation des APS en PTME et PECP ;
- Rapportage insuffisant des activités de PTME y compris de dépistage du VIH dans les sites PTME ; Outils de rapportage des données PTME non harmonisés sur l'ensemble du territoire ;
- Faible identification des enfants exposés ou infectés, dont les mères ont échappé au programme PTME, dans les autres portes d'entrée des FOSA avec absence de proposition systématique des TDR dans les services de consultation, hospitalisation, centre de réhabilitation nutritionnelle ;
- Dépistage du VIH faible chez les partenaires des femmes vues en CPN ;
- Suivi programmé insuffisant des enfants exposés au VIH : il n'est pas systématique ni couplé au rythme du calendrier vaccinal et cela contribue à la stigmatisation, à un nombre élevé de PDV et de décès d'enfants avant 18 mois ;
- Ruptures fréquentes des kits DBS,
- Insuffisances liées aux laboratoires: maintenance des plateformes, assurance qualité des tests réalisés, pas de système stratifié des plateformes de laboratoires pour l'EID, avec à la tête une structure qui coordonne et un laboratoire servant de référence aux autres laboratoires.

Cibles et défis

Les cibles spécifiques pour le dépistage chez la femme enceinte et chez l'enfant sont détaillées dans le Tableau n2.

Tableau 2 : Cibles des principaux résultats de dépistage Femmes enceintes et enfants exposés

Catégories	Base (2014)	Cibles par année			
		2015	2016	2017	2018
Nombre de femmes enceintes dépistées en CPN	491 562	535 411	581 614	630 250	693 517
Nombre de partenaires de femmes enceintes testées	19 871	26 771	58 161	126 050	173 379
Nombre / Pourcentage d'enfants nés de mères séropositives testées à partir de la 6 ^e semaine	10 994 (29,5 %)	15 802 (42,9%)	21 072 (58,9%)	26 388 (76%)	27 103 (80,6%)

Catégories	Base (2014)	Cibles par année			
		2015	2016	2017	2018
(PCR + TDR)					
Nombre de femmes enceintes ayant bénéficié des ARV	(64,2%) 23 922	(68,2%) 24 961	(73,1%) 26 127	(77,5%) 26 927	(82,2%) 27 656
Nombre de Sites PTME	166	414 (grande fréquentation 30-40 CPN / mois) Puis 1 000 sites de 20-30 CPN / mois	1 000 sites de 10-20 CPN/mois Puis 888 sites de moins de 10 CPN / mois	3 466	3 466
Nombre de site EID					
OBC/ARC de promotion du dépistage conseil Femmes enceintes et Enfants					

Défis majeurs

- Au moins 90% des femmes enceintes attendues ont bénéficié du dépistage du VIH et connaissent leur résultat ;
- Au moins 90% des femmes enceintes nouvellement diagnostiquées séropositives sont mises sous ARV pour réduire la TME ;
- Au moins 90% des enfants exposés au VIH sont testés à la PCR à 6 semaines de vie et reviennent pour leur suivi programmé pour le rendu des résultats de PCR.

Stratégies / Interventions

Stratégie 1: Augmentation de l'offre de traitement ARV à la femme enceinte séropositive pour réduire la TME

- Décentraliser /renforcer l'extension des sites PTME suivant une progression définie au préalable et diffuser le paquet complet de services de PTME selon les niveaux de la pyramide sanitaire (Cartographie de tous les sites PTME et de leur offre de services par niveau de FOSA);
- Vulgariser les directives nationales de PEC globale du VIH à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et dans tous les sites PTME ;
- Approvisionner en intrants de dépistage et en ARV les sites PTME selon le paquet de services offerts ;
- Mettre en réseau les prestataires et des sites de PTME au sein du district de santé qui permettent de couvrir de manière continue les besoins des femmes enceintes séropositives en tests de dépistage et en ARV (prévenir les ruptures de stocks);
- Renforcer les capacités des prestataires de santé qui interviennent dans les soins du couple mère-enfant PECP/PTME dans les sites PTME sur la PTME ;
- Rendre le dépistage du partenaire gratuit et promouvoir le « primary-contact tracing » avec comme objectif l'offre de dépistage du partenaire de toute femme VIH+ en PTME ;
- Renforcer les capacités des ASC provenant d'OBC et des APS à la recherche des femmes enceintes séropositives perdus de vue au travers des NTIC (appels téléphoniques, SMS de rappel de RDV).

Stratégie 2 : Renforcement de la demande et de l'utilisation de services PTME pour les femmes enceintes

- Renforcer la mobilisation communautaire pour lever les obstacles (structurels et socio-culturels) à l'accès à la PTME, à travers les interventions des ASC/APS auprès des leaders d'opinion, des partenaires des femmes enceintes, des Mass Media, dans tous les DS prioritaires ;
- Vulgariser le plan intégré de communication sur la PTME et la PECP à tous les niveaux ;
- Renforcer les capacités des prestataires de santé et des acteurs communautaires qui interviennent dans les soins du couple mère-enfant PECP/PTME dans les sites PTME sur l'importance du dépistage du VIH à toutes les visites de la femme enceinte y compris en salle de travail ;

Stratégie 3 : Renforcement de la demande et de l'offre des tests de dépistage du VIH chez les enfants exposés et infectés

- Vulgariser les directives nationales de PEC globale intégrant la PEC de l'enfant exposé ;
- Organiser la prise en charge psychosociale pour inciter les parents à la prise en charge précoce de leur enfant au travers des groupes de soutien et de paroles des parents / mères d'enfants séropositives ;
- Renforcer les capacités des prestataires de santé qui interviennent dans les soins du couple mère-enfant PECP/PTME à la recherche active des enfants exposés et infectés au VIH et leur fratrie à toutes les portes d'entrée des FOSA (consultation, hospitalisations, vaccination, réhabilitation nutritionnelle) et à leur dépistage ;
- Etendre les sites de prélèvement EID suivant une progression définie au préalable ;
- Réorganiser le circuit de référence, de transport des échantillons de DBS vers les laboratoires de référence pour améliorer l'accès géographique du dépistage précoce du VIH pour les enfants des régions du Littoral, Est, Ouest, Sud, Adamaoua, Nord et Extrême-Nord. Il s'agit d'établir un schéma opérationnel pour le transport des DBS selon les possibilités existantes dans chaque région et district sanitaire (utilisation des agences de voyage, de la poste, des sociétés de transport, moto-taxi, etc...). Ce schéma opérationnel sera établi dans le cadre de la mise en œuvre de la présente note conceptuelle ;
- Rendre fonctionnelle la plateforme de l'hôpital Laquintinie dans la région du Littoral pour permettre de réaliser l'EID des enfants de cette même région ;
- Acquérir des boîtes de SMS printers pour les laboratoires de référence et les sites de prélèvements pour réduire le délai du rendu des résultats dans les sites ;
- Mettre en place un réseau SMS, pour les sites de prélèvement et le couple parent-enfant pour réduire le délai d'envoi des résultats PCR/et améliorer le suivi et l'adhérence du couple mère enfant et la famille ;
- Mettre en place un programme d'assurance de qualité piloté par un laboratoire de référence ;
- Conduire un projet pilote d'évaluation de la faisabilité du diagnostic précoce par les POC EID dans les régions de l'Extrême Nord, Adamaoua et Sud en complément de celui qui sera réalisée dans 04 régions par EGPAF: Acquérir 03 POC en 2016 (01 pour chaque région) à placer dans les hôpitaux régionaux des régions concernées ;

Stratégie 4 : Etablissement d'un lien entre l'accouchement de la femme séropositive et la prise en charge de l'enfant exposé au VIH

- Organiser le lien entre l'accouchement de la femme séropositive et la prise en charge de l'enfant exposé au VIH ; en enregistrant dans la salle d'accouchement les coordonnées (contacts téléphoniques/adresse) de toutes les femmes séropositives dépistées en salle de travail et de leur nouveau-né et en référant le couple vers les CTA/UPEC) ;
- Renforcer les capacités des prestataires dans les salles d'accouchement sur ces nouvelles tâches (prestataires ou APS dédiés au suivi des accouchements des mères VIH+ pour l'accompagnement de la patiente, fiche de liaison, suivi) ;

Stratégie 5 : Renforcement du suivi de l'enfant né de mère séropositive

- Vulgariser le Memento de prise en charge pédiatrique contenant le paquet d'offre de service intégré de l'enfant exposé au VIH (traduire, produire et diffuser) ;
- Vulgariser les directives nationales de PEC Globale intégrant la PECP ;
- Mettre à disposition des sites PTME le dossier de l'enfant exposé au VIH (multiplier et diffuser) ;
- Coupler le suivi programmé de l'enfant exposé au calendrier de vaccination ;
- Améliorer la rétention des enfants nés de mère séropositive dans le dispositif de PEC (SMS, appels téléphonique des APS, VAD par les ASC).

Stratégie 6 : Amélioration de la complétude et harmonisation des données PTME

- Approvisionner tous les sites PTME en outils de collecte et de transmission de données SMNI/PTME ;
- Renforcer les capacités des prestataires de santé à l'utilisation des outils et harmonisation de la compréhension de tous les indicateurs de performance du programme de PTME.
-

Modalités de mise en œuvre

La PTME est un programme qui bénéficie d'un plan national d'e-TME constituant la référence pour la mise en œuvre. L'analyse des résultats ; les leçons apprises ainsi que les insuffisances nous indiquent deux grandes voies de renforcement : l'une à l'échelle du système de santé et l'une à l'échelle communautaire. La combinaison des interventions proposées contribuera à réduire la TME et augmenter la couverture des ARV chez les femmes enceintes et les enfants.

Au **niveau des FOSA**, l'approche retenue vise le renforcement de l'offre et de la demande de PTME au sein des structures sanitaires. Elle consiste à renforcer la disponibilité des services PTME sur les sites, la disponibilité des prestataires à offrir ces services et la disponibilité des intrants de dépistage et ARV pour le traitement. Aussi, pour renforcer l'offre et la demande, toutes les occasions seront saisies aux portes d'entrée (CPN, planning familial, salle d'accouchement, vaccination, consultation post-natale, etc...) pour augmenter la couverture de service autant pour la mère que pour l'enfant.

Au niveau communautaire : l'approche retenue intègre la participation des acteurs communautaires pour initier la PTME et poursuivre le continuum de soins afin d'éviter toutes les étapes de la cascade de la PTME et améliorer la rétention. Les APS et ASC (mères prestataires) aussi bien à l'intérieur des sites que dans la communauté interviennent en interface entre les professionnels de santé des sites PTME et les femmes pour les mobiliser, les intégrer dans la PTME, les maintenir aux soins, accompagner le diagnostic précoce de l'enfant et éviter les perdus de vue.

IV.3 Lien entre le CD et la prise en charge

L'enrôlement des PVVIH dépistés, dans le système de prise en charge, est conditionné par le lien qui existe entre l'offre de dépistage et l'offre de soins. Ce lien constitue un des maillons faibles dans la cascade de prise en charge des PVVIH. Bien que le nombre de personnes dépistées au VIH et mises sous traitement ait augmenté dans la population au cours de ces cinq dernières années, le nombre de personnes enrôlées dans la prise en charge ne suit pas le dépistage. Ceci peut s'expliquer par la faiblesse de la référence entre structures qui offrent le dépistage (fixe et mobile) et les structures de PEC.

Etats des lieux

Dans le contexte actuel, le nombre de PVVIH testées par les unités mobiles et qui ne se rendent pas dans les structures de prise en charge n'est pas connu car il n'y a pas de lien fonctionnel entre le dépistage et la prise en charge. Il en est de même pour le nombre des PVVIH nouvellement dépistées, qui sont référées d'un service ou d'une unité vers le service /unité de PEC. Car le système de référence et de contre-référence tant au sein du système de santé que du système communautaire n'est pas fonctionnel si bien qu'il est difficile de capter les informations sur le devenir des patients référés. C'est là tout l'intérêt d'intégrer le dépistage au dispositif de recherche des PVVIH, ce qui permettrait de limiter les perdus de vue dès le début de la cascade.

Obstacles/Insuffisances

Le lien qui existe entre l'offre de dépistage et l'offre de soins pour les PVVIH est influencé par trois entités : l'individu dépisté et son environnement social (communauté), la structure de dépistage et la structure d'accueil pour la PEC. Les insuffisances de ce lien sont liées à la demande, à l'offre et à la qualité des services.

- Connaissance insuffisante par les populations des services offerts en matière de PEC : Disponibilité des structures de PEC, existence de traitements adéquats et leurs avantages, et surtout le circuit à suivre pour la prise en charge après le dépistage ;
- Auto-stigmatisation ou stigmatisation par l'environnement social ;
- Non acceptation du nouveau statut sérologique révélé (déli de la sérologie du VIH) ;
- Itinéraire thérapeutique autre que le circuit clinique (tradipraticiens, charlatans, etc) ;
- Insuffisance de la promotion des services existants en matière de PEC et des résultats thérapeutiques ;

- Absence d'un système fonctionnel de référence des unités mobiles de dépistage vers la structure de PEC, des services de dépistage intra hospitaliers au service de PEC et des services de dépistage extrahospitaliers a la structure de PEC ;
- Structure de PEC éloignée du domicile ou du lieu de travail du patient ;
- Absence d'outils de traçabilité de la référence à tous les niveaux de la chaine (unités mobiles, services intra hospitalier et extrahospitalier) ;
- Faible organisation de la réponse communautaire dans l'accompagnement des nouvelles personnes dépistées séropositives ;
- Education du patient insuffisante après le diagnostic (counselling post-test) ;
- Communication insuffisante entre les différents points de dépistage et la structure de PEC ;
- Les fiches de référence/contre-référence ne sont pas utilisées de façon systématique par les formations sanitaires.

Cibles et défis

Les cibles en matière de proportion des PVVIH dépistées qui doivent être effectivement prises en charge dans le dispositif de soins spécifique au VIH (site de PEC, UPEC / CTA ou autre) sont détaillées dans le Tableau 3.

Tableau 3 :Cibles de PVVIH dépistés positives, référées et pris en charge dans une structure de soins

Approches / Bénéficiaires	BENEFICIAIRES	Baseline 2015	Cible 2016	Cible 2017	Cible 2018
Stratégies de dépistage communautaire (avancé, mobile, fixe) Toutes populations (ciblage sur populations clés et vulnérables)	Nombre de personnes dépistées séropositives	15406	22521	33118	37929
	Nombre de personnes séropositives référées pour la PEC	-	18017 (80%)	28151 (85%)	34136 (90%)
Dépistage en milieu de soins y compris banques de sang ; Adultes VIH et TB/VIH (hommes et femmes)	Nombre de personnes dépistées séropositives	19672	20310	21107	22108
	Nombre de personnes séropositives référées pour la PEC	-	16248 (80%)	17941 (85%)	19897 (90%)
Dépistage dans la PTME Femmes enceintes et enfants	Nombre de personnes dépistées séropositives	27968	31331		37741
	Nombre de personnes séropositives référées	-	25065 (80%)	30499 (85%)	33967 (90%)

	pour la PEC				
--	-------------	--	--	--	--

DEFIS MAJEURS

Optimiser l'effectif des PVVIH effectivement prises en charge dans les sites spécifiques :

- Mettre en place un système fonctionnel de référence a tous les points de dépistage communautaire et sanitaire pour prévenir les risques de perdus de vue ;
- Impliquer les acteurs communautaires dans le suivi des PVVIH nouvellement diagnostiquées pour prévenir les risques de perdus de vue.

Stratégies et interventions

Stratégie1 : Augmentation de la demande de PEC du VIH au niveau des points de dépistage (dans la communauté - unités mobiles et dans les structures de sante)

Il s'agira de susciter la demande de prise en charge chez les personnes nouvellement diagnostiquées VIH + (populations clés, vulnérables et générale). Pour cela, le plan prévoit de :

- Renforcer les capacités des prestataires de santé et des acteurs communautaires sur les techniques de counselling post-test ;
- Mettre à la disposition du public, dans les différents points de dépistage, des outils de communication et de sensibilisation sur les avantages de la PEC précoce et les limites des itinéraires thérapeutiques en dehors de la médecine moderne ;
- Rendre opérationnel le dispositif de « Tester et traiter » par une information aux publics cibles, par un système d'accompagnement par des APS ou des pairs-éducateurs du lieu de dépistage vers les lieux de prise en charge ;
- Renforcer la lutte contre l'auto-stigmatisation et la stigmatisation dans l'environnement social du PVVIH en général et des PVVIH PS ou HSH en particulier (rendre l'environnement favorable à travers un plaidoyer auprès des leaders d'opinion et des forces de sécurité afin de lever les obstacles à l'accès à la prévention et aux soins);
- Renforcer le suivi communautaire des PVVIH nouvellement diagnostiquées dans la communauté à travers des pairs-éducateurs et des ASC provenant d'une OBC partenaire du district, suivant un paquet minimum d'activités (accompagnement psychologique et social, tracking des patients, etc ...) au moyen des appels téléphoniques et des visites à domicile.

Stratégie 2 : Opérationnalisation du système de référence entre le dépistage et la prise en charge

Il s'agira pour les techniciens de laboratoires, les accompagnateurs psycho-sociaux et les équipes de dépistage communautaire d'être outiller pour pouvoir référer de manière effective les personnes dépistées vers les services de prise en charge du VIH.

En outre, il s'agira pour les prestataires de santé dans les services d'accueil des PVVIH, de répertorier et prendre en charge tous les nouveaux patients quelque soit l'origine du dépistage et leur groupe l'appartenance. Pour cela il faudra :

- Elaborer et mettre à la disposition des laboratoires, des banques de sang et des équipes mobiles de dépistage, des outils de référence de la personne dépistées séropositives (fiche de notification/ticket de référence/fiche d'orientation/voucher) ;
- Renforcer les capacités des prestataires de santé (médecins, infirmiers, laborantin, sage-femme, etc ...), des accompagnateurs psycho-sociaux (APS) et des équipes de dépistage dans les communautés sur le circuit et le système de référence mis en place;
- Renforcer le tracking des patients dépistés à partir des informations sur le client collectées au moyen d'appels téléphoniques ;
- Renforcer/Mettre en place la plateforme de concertation et de coordination (réunions périodiques du comité thérapeutique de suivi) entre les acteurs communautaires et les prestataires de santé au niveau de la structure d'accueil des PVVIH au sujet du suivi des personnes dépistés.

Modalités de mise en œuvre pour le lien entre le CD et la prise en charge

Les adultes diagnostiqués VIH+ (PS et leurs clients, HSH, etc...) seront immédiatement référés pour l'enrôlement à la prise en charge et le suivi, quelque soit la porte d'entrée du dépistage (communauté ou FOSA). Leur contact téléphonique et adresse seront enregistrés dès la phase de dépistage. Il leur sera remis un ticket de référence/voucher après le counselling post-test indiquant la FOSA ou le service de référence de leur choix dans le district, la date de RDV. Une souche sera conservée au point de dépistage pour une synthèse en fin de journée par l'APS qui sont le premier point de contact avec la structure de PEC. Ils sont dans les équipes de dépistage tant en communauté que dans les FOSA pour le conseil pré et post test. En collaboration avec les APS, les ASC feront le suivi dans la communauté au moyen des appels téléphoniques et des visites à domicile en cas de non respect des rendez-vous pour la PEC. Dans les FOSA, la remise des résultats est faite par l'APS qui va garantir le lien avec le service de PEC. Les APS seront les points focaux de réception de ces patients dans les structures de PEC. Au cas où les patients auraient décidé de ne pas se faire suivre dans la FOSA d'où sort l'APS, il sera immédiatement mis en contact avec l'APS de la FOSA réceptrice. Les APS recevront un forfait de crédit téléphonique pour des appels hebdomadaires des patients qui n'ont pas respecté le RDV, ou les ASC pour la recherche de ceux-ci. Les ASC/OBC recevront un forfait de crédit téléphonique pour des appels hebdomadaires des patients qui n'ont pas les RDV, ou le rappel des RDV dans la structure de PEC.

Dans le cadre du suivi-évaluation de cette activité, l'Agent Chargé du Remplissage des Registres (ACRR) sera chargé de renseigner le(s) indicateur(s) qui auront été développés à cet effet. Les supervisions formatives périodiques du niveau régional et des districts devront permettre de suivre les activités (hospitalières et communautaires) de cette thématique.

Deux types d'acteurs interviendront dans l'offre de ce service :

L'Agent de Santé Communautaire(ASC) appartenant à une OBC qui intervient dans le district de santé pour faire le suivi communautaire des PVVIH y compris ceux nouvellement diagnostiqués séropositifs. Il s'occupera aussi du suivi communautaire de la TB;

L'Accompagnateur Psychosocial (APS), posté dans la FOSA de rattachement, qui reçoit les personnes nouvellement diagnostiquées séropositives, référées de la communauté ou des services hospitaliers, pour faciliter leur parcours dans la structure sanitaire. Il travaille en collaboration avec les ASC qui sont dans les communautés

L'équipe de dépistage en communauté devra être composée d'au moins un APS posté dans une des structures de PEC du district où se déroule le dépistage. Son rôle sera de faciliter au terme des activités de dépistage, l'accompagnement des personnes VIH+ vers la structure de prise en charge. Les interventions des ASC et des APS sont complémentaires suivant les rôles et les responsabilités de chacun.

L'APS lors des sorties pour dépistage sera en charge de :

- assurer le counselling et le rendu des résultats lors des activités de dépistage en communauté ou dans la FOSA;
- assurer la communication autour des différents services offerts aux PVVIH ;
- informer le PVVIH sur le circuit à suivre après le dépistage et faire la référence vers la structure de prise en charge dans le cas où le dépistage se fait en communauté;
- renseigner dans un registre les informations de toutes les personnes testées VIH+ (code, contact téléphonique, quartier de résidence, etc...);
- mettre à la disposition de l'OBC ou l'ASC identifié pour le suivi, le répertoire de PVVIH à suivre dans la communauté;
- assurer le continuum de soins (PEC psychosociale, éducation thérapeutique, soutien à l'observance) dans la FOSA ;
- participer aux réunions périodiques de suivi et de coordination de toutes les activités autour de la PEC des PVVIH.

L'ASC/OBC sera en chargé de :

- faire la recherche régulière et rapprochée dans la communauté de toutes les personnes VIH+ dépistées en communauté, dans les FOSA ou en campagnes à partir de leur contact téléphonique et adresse en collaboration avec l'APS ;
- ramener vers la FOSA les PVVIH perdus de vue et retrouvés;
- documenter les activités de suivi communautaire et de recherche des patients ;
- faire un feedback périodique des résultats de la recherche des patients lors des réunions de la plateforme de discussion dans les FOSA du district ;
- sensibiliser les patients dépistés sur les avantages de la PEC précoce et les limites des itinéraires thérapeutiques en dehors de la médecine moderne.

IV.4 PRISE EN CHARGE GLOBALE

Traitement Antirétroviral

La prise en charge globale répond à une vision holistique des traitements des soins et du soutien aux PVVIH. Outre les interventions de prise en charge médicale et de suivi biologique elle consiste aussi à dépister et prendre en charge (comorbidités liées au VIH), à favoriser l'accès à d'autres soins, ainsi que le soutien de la personne au plan psychologique et social. Pour l'extension des services, la prise en charge globale, le recours et la participation communautaire est indispensable.

Etat des lieux

En fin 2014, avec 145038 PVVIH sous TAR, le taux de couverture était estimée à 27% des besoins (145 038/539 245) selon le Rapport Spectrum 2014. Des 138 939 PVVIH adultes traités, 98 280 (71%) étaient des femmes et 40 659 des hommes. Les enfants représentent 4,2% (6 099) du nombre total de personnes infectées sous TARV. La couverture en TARV chez les enfants de moins de 15 ans est de 6,6% (6 099/92 353).

Concernant l'initiation au TAR, après le dépistage du VIH, la mise sous traitement est conditionnée par une évaluation d'éligibilité clinique (critères OMS stade 3 et 4) et biologique (dosage CD4 ($\leq 500\text{mm}^3$)).

Les directives nationales révisées en 2014 recommandent la stratégie « *Test and Treat* », c'est à dire l'initiation du traitement ARV quel que soit le stade clinique et la valeur des CD4 chez les PVVIH appartenant aux groupes ci-après :

- enfants de moins de 5 ans ;
- femmes enceintes ;
- personnes issues des populations clés ou à haut risque d'exposition au VIH ;
- patients atteints de tuberculose ou hépatite chronique B ;
- PVVIH vivant en couple avec un conjoint non infecté ;

L'initiation du TARV est faite sur ordonnanciers spécifiques et reste réservée aux médecins prescripteurs (formés dans la prise en charge du VIH). L'extension et le passage à l'échelle de la thérapie antirétrovirale nécessite de repenser le dispositif de prise en charge et l'introduction de nouveaux acteurs qui vont contribuer à l'atteinte des résultats nationaux dans ce domaine.

La délégation des tâches, institutionnalisée en 2013, étaient déjà en cours dans plusieurs CTA/UPEC, elle sera étendue pour répondre à l'impératif de santé publique de soigner, suivre et accompagner un nombre plus élevé de PVVIH.

Le traitement antirétroviral des adultes est offert dans 166 formations sanitaires de la pyramide sanitaire (1^{ère}, 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} catégories) réparties dans les 10 régions et ayant le statut de Centre de Traitement Agréé (CTA) ou d'Unité de Prise En Charge (UPEC). Les structures ayant le statut de CTA sont les hôpitaux généraux et centraux (08 à Yaoundé et 03 Douala) et régionaux situés dans les 8

autres capitales régionales du pays. Les UPEC sont les hôpitaux de district et les CMA repartis dans les 10 régions du pays.

Parmi ces 166 sites, 131 (79%) sont des formations sanitaires publiques dont 02 infirmeries dans les prisons centrales de Douala et Yaoundé, où 832 personnes sont sous traitement ARV ; 31 (19%) sont des formations sanitaires privées confessionnelles et d'entreprise, 04 (2%) sont des formations sanitaires privées à but lucratif.

Des 189 districts de santé que compte le Cameroun, 107 disposent d'au moins une structure de prise en charge, soit un gap de 87 (46%) districts de santé non couverts. Cette répartition est inégale entre les 10 régions, car plus de 80% des DS dans les régions du Sud et du Sud-ouest disposent d'au moins une structure de PEC du VIH, tandis que les régions de l'Extrême-nord, du Nord et de l'Ouest ont les plus faibles taux de couverture, soit respectivement 39,3% ; 45% et 46,6%, comme l'illustre le tableau ci-dessous (Tableau 4°). La planification de l'ouverture de nouveaux sites de prise de charge n'obéissaient pas à la logique de la dynamique de l'épidémie.

Concernant les enfants, l'offre de PEC pédiatrique est assurée dans 143 sites (soit 86% des sites de prise de charge du VIH existants), parmi lesquels 56 sites ont une file active de moins de 10 enfants par an. Près de 75% des enfants sous TAR se trouvent dans 4 des 10 régions (Centre, Littoral Nord-Ouest et Sud-Ouest qui ont été plus ciblées par les programmes PTME. Cependant, les services de prise en charge des adolescents vivant avec le VIH existent seulement dans 41,7% des CTA/UPEC en 2014. Cette couverture limitée est due à une insuffisance de la décentralisation et des prestataires formés à la PEC pédiatrique dans les sites.

La décentralisation de la qualité de la prise en charge du VIH /SIDA par le tutorat est mise en œuvre depuis 2010 et le dispositif institutionnel est en place sur l'étendue du territoire national. L'activité de la décentralisation par le tutorat a été réalisée par 13/23 CTA tuteurs ont tutorés 70 /143 UPEC que compte le Cameroun de 2010 à 2014 dans le cadre du projet C2D Santé avec l'appui de EXPERTISE FRANCE. Ce projet prend fin en juin 2015.

Les bénéfices attendus favorisent l'harmonisation des pratiques ; une décentralisation opérationnelle de la PEC du VIH / SIDA adaptée au contexte de chaque région et, enfin, la mise à disposition de ressources humaines, matérielles et financières pour assurer une coordination et une supervision effective.

A terme : L'extension de la qualité de la PEC par le tutorat des nouvelles UPEC et le suivi anciennes structure accompagnant la décentralisation concernera à terme 20 CTA sont renforcer pour tutorer les UPEC dès la première année et 200 UPEC développeront sur 3 ans les capacités de PEC globale des PVVIH, incluant le suivi des 70 UPEC tutorées les années antérieures

Tableau 4: Répartition des CTA / UPEC, CDT, Sites PTME Option B+ par région et gap de couverture des DS

REGIONS	Adamaoua	Centre	Extrême -Nord	Est	Littoral	Nord	Nord-Ouest	Ouest	Sud	Sud-Ouest	Total
---------	----------	--------	---------------	-----	----------	------	------------	-------	-----	-----------	-------

Nombre de PVVIH attendu	39683	173708	34019	31247	94166	36645	81321	37227	30839	53590	612445
Nombre de PVVIH sous traitement ARV (%besoins couverts / PVVIH éligibles)	4878 (14,0%)	37725 (24,7%)	6488 (23,9%)	6563 (21,7%)	28705 (34,6%)	4787 (14,8%)	21695 (30,3%)	13384 (40,8%)	4582 (16,9%)	16231 (34,4%)	145038 (26,9%)
Nombre de structures de traitement fonctionnelles (CTA,UPEC)	8	41	10	12	27	9	18	14	12	15	166
Nombre de DS sans site de PEC	3/9	7/30	19/30	6/14	12/24	8/15	7/19	11/20	1/10	7/18	81/189
Sites PTME (Option B+) fonctionnelle	67	127	12	12	24	96	56	12	45	38	489
Nombre de CDT combinée à un CTA/UPEC	08	39	22	20	28	17	21	21	19	17	212

Obstacles/Insuffisances

- L'arrivée tardive des PVVIH dans les sites de prise de charge ;
- L'importance du gap de couverture estimé à environ 73% et est particulièrement accentué chez les enfants de moins de 15 ans, dont environ 94% des besoins non couverts ;
- La décentralisation des sites de prise en charge est insuffisante et il existe une disparité dans la répartition des structures de prise en charge sur le territoire national (44% Districts de Santé ne disposent pas encore de sites de PEC) ;
- Parmi les 238 centres de diagnostic et traitement de la tuberculose (CDT), seul 137 (57,6%) dispensent aussi le traitement ARV dans le cadre de la co-infection TB/VIH ;
- Parmi les 489 sites de PTME offrant l'option B+ en fin Mars 2015, 34%offrent également la PEC globale aux PvVIH ;
- Parmi les sites de traitement ARV, 04 situés à Douala et Yaoundé ont une file active comprise entre 4000 et 7000, quarante-deux ont une file active entre 1000 et 4000 tandis que 120 ont moins de 1000 PVVIH sous traitement ARV ;
- Engorgement de certains sites de prise en charge impliquant une surcharge de travail pour le personnel, altérant de ce fait la qualité de la prise en charge des PVVIH ;
- L'insuffisance de prestataires de soins qualifiée dédiés à la prise en charge des PVVIH ;
- La non-maitrise des directives nationales et les exigences du comptage des CD4 contribuent aussi à limiter l'initiation. Par exemple, seulement 5% du personnel sait qu'il faut initier le TAR systématiquement chez un enfant de moins de 5 ans et 62,7% des prescripteurs prescrivent des ARV pédiatriques en cas de co-infection VIH/TB ;

- L'initiation des ARV chez l'enfant est validée par un comité thérapeutique adultes de l'UPEC/CTA concerné dans 52,5% des cas, par un comité thérapeutique pédiatrique spécifique dans 35,6% des cas, par un comité thérapeutique d'un UPEC / CTA proche dans 10,2% et dans 5,1% le prescripteur n'assistait à aucun forum pour avis sur cette initiation ;
- Parmi les UPEC fonctionnelles, 73 ne bénéficient pas du tutorat par les CTA tuteurs de leur région ;
- L'approvisionnement irrégulier en ARV ;
- Dispensation mensuelle des ARV ;
- Outils de collecte des données non désagrégés par tranche d'âge pour les enfants y compris les adolescents.

Cibles et défis

Le *Plan Stratégique National de lutte contre le Sida 2014-2017* a pour objectif de mettre 60% des PVVIH dans le besoin sous TAR d'ici fin 2017 soit 362 779 personnes (dont 15 408 enfants).

Les efforts à faire pour atteindre cette cible étaient basées sur le nouveau modèle de financement du FM 2015-2017. Compte tenu du retard accusé (un an) dans l'obtention de la subvention, Ces cibles ont été étendues à 2018, car les objectifs de couverture en TARV fixés pour fin 2017 dans le PSN apparaissent aujourd'hui irréalistes. Sur la base de nouvelles simulations, la progression de la couverture devrait être de 37,9% en 2016, 50,0% en 2017 et 62,0% en 2018.

Les objectifs du plan d'extension ou accélération sont fondés sur la détermination des cibles de couverture telles que détaillées dans le tableau ci-dessous.

Les cibles de l'initiation du TARV détaillées dans le Tableau 5 correspondent ainsi aux nouvelles PVVIH nécessitant la mise sous traitement ARV de 2015 jusqu'à 2018. Ces cibles ont été fixées sur la base d'une forte ambition du pays et de l'ensemble des acteurs de la réponse à combler le retard enregistré.

Tableau 5: Cibles de nouvelles inclusions à mettre sous TAR par année

Population cible	2014	2015	Cible 2016	Cible 2017	Cible 2018
Femmes enceintes PTME option B+	10 599	18 637	25 034	27 786	30 268
Partenaires de femmes enceintes	1 391	1 735	3 461	6 655	7 802
Enfants de moins de 5 ans	513	815	1 069	1 288	513
Enfants de 0 à 15 ans	1 922	4 935	7 556	7 991	8 128
PS		2 129	4 471	6 815	12 139
HSH		415	1 038	1 660	5 605
CM		743	1 533	2 294	2 692

Travailleurs pôles économiques (Grands chantiers, projets structurants,...)		134	184	295	380
Autres clients des PS		1 268	2 865	7 620	10 004
Détenus		465	524	582	641
Jeunes (15-24ans)		1 999	2 488	2 666	1 999
Réfugiés		96	322	676	1 159
Personnes coinfectées VIH/TB		6 726	7 204	7 857	8 459
Donneurs de sang		6 726	7 204	7 857	8 459
Autres populations		31 330	35 388	38 488	42 853
Cible en nouvelles inclusions	48 632	67 870	86 992	108 415	134 975
File active	145 038	169 488	224 563	302 312	381 874
Taux de couverture des besoins en TAR	26,9%	29,2%	37,9%	50,0%	62,0%

Pour réaliser cet objectif chez les PVVIH, de nombreux défis doivent être relevés :

- Accélération de la décentralisation par l'ouverture d'unités de prise en charge du VIH dans les districts de santé situés dans des zones prioritaires ou fortement peuplées (ciblage des zones et des groupes de population à forte prévalence) - établissement d'une cartographie de tous les sites de PEC selon une progression logique prenant en considération les zones prioritaires (cf. Tableaux 4 et 6)
- En ce qui concerne la prise en charge de l'infection VIH pédiatrique, elle consiste en la fourniture d'un paquet de services offert à l'enfant infecté par le VIH : l'identification des enfants infectés et leur fratrie au niveau des différentes portes d'entrée de soins pédiatriques ;
- Intensification de l'implication des communautaires dans le développement de la demande et de l'offre de services de TARV – établissement d'une cartographie des intervenants communautaires (OBC) qui seront identifiées dans le cadre de la mise en œuvre en tant que sous-bénéficiaires de la NC ;
- Renforcement de la gestion des intrants (ARV, réactifs, etc.) selon l'analyse des gaps du système d'approvisionnement ;
- Amélioration du système de référence et de contre référence des PVVIH : ce système devra réduire le nombre de perdus de vue entre le lieu de dépistage et les unités de traitement ;
- Délégation des tâches vers les paramédicaux sur les sites de PEC et dans le secteur communautaire (renforcement des capacités pour la participation à la prise en charge des TARV).
- La progression de la couverture en structure de TARV, de 2015 à 2018, est prévue comme suit.

Tableau 6: Evolution du nombre de district de sante ayant une unité de prise en charge

Régions	2015		Cible 2016		Cible 2017		Cible 2018	
	Districts	Formations sanitaires	Districts	Formations sanitaires	Districts	Formations sanitaires	Districts	Formations sanitaires
ADAMAOUA	6	8	9	11	9	10	9	11
CENTRE	18	22	18	22	18	27	18	28
EST	8	10	14	16	14	15	14	16
EXTRÊME-NORD	11	12	19	20	19	19	19	20
LITTORAL	6	8	8	10	8	11	8	12
NORD	7	9	14	16	14	15	14	16
NORD-OUEST	12	18	18	26	18	31	18	32
OUEST	9	14	11	16	11	15	11	16
SUD	8	12	10	14	10	13	10	14
SUD-OUEST	11	15	14	18	14	22	14	23
DOUALA	6	19	9	22	9	28	9	29
YAOUNDE	5	19	6	20	6	32	6	33
TOTAL	107	166	150	211	150	240	150	250

Le tableau 7 montre que 90 DS sont des DS prioritaires de niveau 1 (à couvrir la première année), 19 DS (à couvrir la deuxième année) sont des DS prioritaires de niveau 2 et 12 (à couvrir la deuxième année) sont des DS prioritaires de niveau 3. La région de l'Extrême-Nord présente le plus grand nombre de DS prioritaires (30) à couvrir.

Tableau 7: Répartition des DS prioritaires par type et par région

Régions	Types			Total
	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	
ADAMAOUA	8	1	0	9
CENTRE	7	5	4	16
EST	9	0	2	11

EXTRÊME-NORD	9	0	0	9
LITTORAL	2	2	0	4
NORD	9	2	1	12
NORD-OUEST	11	4	2	17
OUEST	5	1	0	6
SUD	7	2	1	10
SUD-OUEST	8	2	2	12
DOUALA	9	0	0	9
YAOUNDE	6	0	0	6
TOTAL	90	19	12	121

Cette faible couverture présente également des disparités régionales avec les régions du Littoral, Est et Extrême Nord présentant des couvertures inférieures à 50%. Avec l'augmentation des sites de prise en charge (de 166 à 250 d'ici à 2018) et en priorisant les zones et populations à forte prévalence, le pays pourra atteindre une couverture en TARV de plus de 60% d'ici fin 2018.

Stratégies/Interventions

Stratégie 1 : Augmentation et diversification de l'offre de traitement ARV dans les districts de sante cibles

Il s'agit d'augmenter l'offre de prise en charge pour les PVVIH par :

- Décentraliser /renforcer l'extension des sites de PEC y compris pédiatrique suivant une progression définie au préalable et diffuser le paquet complet de services de PEC selon les niveaux de la pyramide sanitaire (Cartographie de tous les sites PEC et de leur offre de services par niveau de FOSA, cf. Tableau 4&6);La désignation des sites de prise en charge du VIH à enrôler par un acte ministériel selon une approche progressive prenant en considération les zones prioritaires ;
- Vulgariser les directives nationales de PEC globale du VIH à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et dans tous les sites PEC à travers la diffusion d'un acte ministériel et/ou l'organisation d'une grande réunion de sensibilisation des soignants ;
- Appliquer la directive « Test and Treat » en mettant en place un dispositif opérationnel pour la mise systématique sous TAR des populations cibles : Les femmes enceintes vivant avec le VIH, les enfants de moins de quinze ans vivant avec le VIH, les populations clés vivant avec le VIH, les partenaires vivant avec le VIH dans un couple séro-discordants, les patients coinfectés TB/VIH ou VIH/hépatite virale B ;
- Diffuser l'information sur les nouveaux sites de PEC créés afin de répartir les PVVIH sous TARV à partir de leur zone d'habitation ;

- Approvisionner en intrants de dépistage et en ARV les sites PEC selon le paquet de services offerts ;
- Mettre en réseau les prestataires des sites de PEC et des CDT au sein du district de santé qui permettent de couvrir de manière continue les besoins des PVVIH en tests de dépistage en médicaments ARV et anti TB (prévenir les ruptures de stocks);
- Organiser des réunions périodiques de coordination et de suivi de la prise en charge des PVVIH au niveau des FOSA impliquant tous les acteurs communautaires et soignants ;
- Renforcer les capacités des prestataires de santé des sites PEC sur la PEC Globale y compris pédiatrique ;
- Organiser le suivi –Post formation sur la PEC Globale pour la formation ;
- Actualiser la cartographie des OBC de lutte contre la TB et le VIH sur le territoire national et plus spécifiquement dans les districts de santé prioritaires, en vue de mettre en place des sites de PEC du VIH en milieu communautaire.

Stratégie 2 : Mise en œuvre de la délégation des tâches dans le TARV

- Elaborer et diffuser un acte ministériel pour l'application de la délégation des tâches dans le cadre de la prise en charge des PVVIH ;
- Produire et disséminer des documents normatifs sur la délégation des tâches, tutorat et les directives nationales de traitement ARV révisées ;
- Produire les outils de formation sur la PEC globale du VIH selon la délégation des tâches ;
- Former /recycler les personnels médicaux et paramédicaux à la prise en charge globale particulièrement à l'initiation, au suivi clinique et biologique, et au renouvellement des ordonnances du TARV
- Organiser la dispensation communautaire des ARV au niveau des OBC partenaires des FOSA. Chaque FOSA aura une ou plusieurs OBC dans son district ou aire de santé qu'elle encadrera pour la dispensation des ARV

Afin d'organiser de façon efficiente les interventions communautaires et dans les FOSA, des réunions périodiques de coordination et de suivi de la prise en charge des PVVIH seront organisées entre les acteurs communautaires et soignants.

Stratégie 3 : Amélioration de la qualité de la PEC par le tutorat

- Mettre en place et renforcer les capacités des équipes de « tuteurs régionaux et de district »
- Organiser des supervisions formatives (post formation et tutorales des prestataires formés dans les anciens et nouveaux sites) des CTA vers les UPEC (unités de prise en charge) ;
- Faire un plaidoyer auprès du Ministère de tutelle pour le redéploiement/maintien des RH dans les sites de prise de PEC du VIH ;
- Organiser des réunions périodiques de coordination ou de suivi dans les structures tutrices où participeront les structures tutorées ;
- Renforcement des capacités des prestataires de santé et communautaires au tutorat dans les structures tutrices et tutorées au niveau des districts de santé prioritaires ;

- Organiser des stages pratiques de deux semaines ou de perfectionnement des prestataires formés dans les CTA/UPEC de référence

Modalités de mise en œuvre pour l'extension du TAR

Au **niveau des FOSA**, l'extension et la décentralisation de l'offre de prise en charge dans le cadre des CTA et des UPEC est prise en considération dans la note conceptuelle selon un modèle de décentralisation. Il prend en compte les zones prioritaires (forte prévalence dans les régions cf. analyse épidémiologique) ainsi que les populations clés (cf. analyse épidémiologique et dynamique de l'épidémie). En outre, pour augmenter les capacités de prise en charge des PVVIH, deux approches sont retenues : la délégation des tâches et le tutorat. Ces deux approches concourent à augmenter les capacités des prestataires pour améliorer la qualité et l'effectif des PVVIH pris en charge avec les ARV.

Le programme de tutorat est mis en œuvre selon plusieurs étapes qui consistent tout d'abord à vulgariser le concept, diffuser les normes auprès des soignants afin d'améliorer les interventions tant au niveau des CTA que des UPEC. Les équipes techniques régionales sont associées au dispositif pour s'assurer de la démarche de qualité. En effet, les régions et les DS sont impliqués dans la démarche du tutorat tant à l'échelle de la planification des besoins que du suivi de la mise en œuvre.

Un effort important est mis en œuvre dans le cadre du continuum de soins (cf. chapitre continuum de soins) pour maintenir les PVVIH dans le dispositif de soins et minimiser le plus précocement possible les perdus de vue.

Au **niveau communautaire** : pour élargir et diversifier l'offre de soins la contribution des acteurs communautaires est sollicitée à plusieurs niveaux dans le cadre de la note conceptuelle. Ils interviendront pour améliorer l'accès à la prévention et à la prise en charge des populations à travers :

- la mobilisation communautaire,
- la création d'un environnement favorable qui limite les obstacles à l'accès aux soins, la participation à la dispensation des traitements antirétroviraux,
- le renforcement de l'accès à la PTME pour les femmes enceintes et leurs familles (partenaires et descendance),
- les interventions ciblées auprès des populations clés et leur intégration dans le dispositif de soins,
- la recherche active des perdus de vue et
- la participation au lien entre les points de dépistage et de prise en charge.

Afin d'organiser de façon efficiente les interventions communautaires et dans les FOSA, des réunions périodiques de coordination et de suivi de la prise en charge des PVVIH seront organisées entre les acteurs communautaires et soignants.

Suivi clinique du PVVIH

Les directives nationales de la prise en charge par les antirétroviraux recommandent que tous les patients VIH+ bénéficient d'un suivi clinique régulier. La fréquence de ce suivi est d'au moins une fois

par semestre pour les patients non éligibles au TARV, tous les trimestres pour les patients adultes ou enfants sous TARV et mensuel pendant les six premiers mois.

Dans les 166 sites de PEC du VIH, le suivi clinique des patients est réalisé à la fois au moyen de dossiers patients (enfants et adultes) standardisés et archivés dans la FOSA et au moyen de cahier de consultation ambulatoire. Par ailleurs, des dossiers médicaux informatisés (logiciel ESOPE) sont disponibles dans 23 CTA tuteurs et 04 UPEC. 37 personnes ont été formées comme opérateurs de saisie et pour entrer les données des dossiers médicaux adultes et pédiatriques dans le logiciel. Seul 11 CTA ont un logiciel adulte ESOPE fonctionnel. La version pédiatrique du dossier médical informatisé est disponible dans 05 CTA ayant des plus grosses files actives.

Ce suivi permet d'identifier les patients en échec du TARV qui doivent alors bénéficier d'un TAR de 2^{ème} ligne. On estime actuellement à 5% la proportion des patients sous TAR de 2^{ème} ligne. La PEC par la 3^{ème} ligne est limitée, on estime à moins de 1% des patients déjà mis sous ce traitement dans certains grands centres.

Obstacles / Insuffisances du suivi clinique

L'accès au suivi clinique pose beaucoup de problèmes pour l'ensemble des PVVIH, y compris les populations clés et vulnérables :

- La documentation du suivi clinique (remplissage des registres pré-TARV, les dossiers médicaux des patients, registres TARV, registres CPN, d'accouchement, registres CPN mère et enfant, etc.) reste encore largement insuffisante, car de nombreux sites de PEC ne disposent pas d'un personnel permanent dédié au remplissage des outils de suivi et la charge de travail y est très importante pour les rares agents de santé disponibles ;
- La stigmatisation et la discrimination sont toujours fortement présentes dans la société, y compris en milieu de soins et les PVVIH peuvent parfois souffrir d'une auto-stigmatisation qui les entraîne à s'auto-exclure de l'offre de service ;
- Chez les enfants, la consultation spécifique programmée pour le suivi des enfants exposés au VIH est souvent inexistante : seul 32% des prestataires reçoivent les enfants selon un timing calqué sur le rythme du calendrier vaccinal ; le suivi des enfants exposés est défaillant avec un fort taux de perdu de vue, mesurée à 19% à 12 mois (Rapport de Progrès 2013) ;
- Le rapportage des activités de suivi clinique est faible.

Stratégies et interventions

Stratégie 1 : Améliorer le suivi clinique

- Produire et diffuser les dossiers patients adulte et enfants dans tous les sites de prise en charge ;
- Vulgariser les directives nationales révisées sur la PEC Globale du VIH auprès des prestataires (cf. traitement) ;
- Renforcer les capacités des prestataires de santé sur la PEC Globale du VIH ;
- Une base électronique des données sera mise en place au niveau de chaque district pour la synthèse et l'analyse des données des FOSA avant transmission au niveau régional.

Prise en charge des Comorbidités (Tuberculose et Hépatite)

Prévention et PEC de la tuberculose chez les PVVIH

Etat des lieux et insuffisances

La tuberculose est la première infection opportuniste chez les PVVIH. En fin 2014, les données de routine ont montré que 26 517 patients tuberculeux ont bénéficié d'un dépistage du VIH dont 8 636 étaient positifs ; 5 955 de ceux-ci (69%) ont été mis sous TAR.

La recherche de la tuberculose chez les patient VIH est pratique en routine : 57 682 PVVIH ont bénéficié d'un diagnostic de la tuberculose en 2014.

Sur les 238 centres de traitement de la tuberculose (CDT), 137 (57,6%) dispensent le TAR. Certains prestataires dans les UPEC n'ont pas été formés pour la prise en charge de la coinfection VIH/TB. Certains CDT ne disposent pas de tests de dépistage du VIH et ne sont pas des points de dispensation du TAR, d'où la nécessité de référence de certains patients pour effectuer le dépistage du VIH ou pour la mise sous TAR, ce qui induit un certain nombre de perdus de vue.

Le protocole ARV de 1^{ère} ligne et les procédures de mise sur TAR sont insuffisamment maîtrisés par les prestataires des soins en cas de coinfection. Seulement 62,7% des prescripteurs prescrivaient un TAR en cas de la coinfection VIH/TB en 2014.

Cibles et défis

L'intégration des services TB/VIH et la recherche active de la tuberculose chez les patients VIH positif au niveau des formations sanitaires devra permettre d'atteindre le maximum coinfecté de manière précoce et les mettre sous TAR ou anti TB.

Tableau 8 : Cibles de la coinfection TB/VIH

Catégories de résultats	2015	Cible 2016	Cible 2017	Cible 2018
Nombre de TB dépistés pour le VIH	24 090	25 131	26 381	27 709
Nombre de TB dépistés et positif au VIH	8698	8 698	8698	8698
Nombre de cas TB/VIH mis sous TAR	16 863 (70%)	20 105 (80%)	23 743 (90%)	24 938 (90%)
Nombre de régions disposant d'un groupe de travail fonctionnel pour la coordination TB/VIH	1	10	10	10
Nombre de CDT offrant la TAR	137	200	237	237

Stratégies et interventions

Stratégie 1 : Intégration de l'offre de services TB dans l'offre de soins VIH et vice versa pour la coinfection VIH/TB

- Dépister systématiquement tous les PVVIH suspectée de tuberculose au niveau des CDT au moyen d'un examen microscopique de crachat ou du GeneXpert le cas échéant ;
- Proposer une recherche active systématique de la TB chez toutes les PVVIH (cf. directives nationales) ;
- Proposer un accompagnement dans le cadre du continuum de soins sur la réduction des risques TB, conseils de prévention VIH et IST, éducation thérapeutique et proposition d'un suivi communautaire qui renforcera la rétention sous TAR ;
- Cette activité se fera par le personnel de santé (médecin, infirmier) capacité selon le guide de délégation des tâches validé sur le plan national afin de maximiser les ressources humaines existante (médecin, infirmiers).

Stratégie 2 : Renforcement de la coordination des activités conjointes TB et VIH

- Mettre en place des groupes de travail TB/VIH dans les 10 régions ;
- Organiser des réunions trimestrielles du groupe de travail TB/VIH au niveau central et régional ;
- Réviser, produire et disséminer des outils de collecte des données de la prise en charge de la coinfection TB/VIH dans les CDT ;
- Organiser des sessions de planification, de supervisions et d'évaluation conjointes des coinfections TB/VIH.

Modalités de mise en œuvre

Le renforcement des interventions TB/VIH au niveau national et au niveau des FOSA.

Cela consiste à la mise en place du groupe de travail TB/VIH au niveau central et de chacune des 10 régions et la tenue régulière des réunions trimestrielles y compris la réalisation des activités conjointes (planification, supervision) dans le cadre de la réponse du secteur santé. Au niveau Central et régional, les structures relevant de la DLMEP le CNLS, le PNLT et les PTF seront chargées de valider les données de la coinfection et de prendre des décisions appropriées afin d'améliorer les performances des deux programmes.

Au niveau des formations sanitaires, les services concernés par la TB et le VIH devront collaborer efficacement afin de détecter précocement les infections opportunistes et de prendre rapidement en charge ces patients. Tout ceci permettra de réduire la mortalité due à la coinfection. Les soignants dans les CDT seront chargés de dispenser les ARV aux patients TB ayant le VIH pour éviter les déplacements supplémentaires aux patients.

Prévention et PEC des coinfections VIH /Hépatites

Etat des lieux

La prévalence des hépatites virales B et C est respectivement de 7 et 10% au Cameroun dans la population générale et à peu près identique dans les files actives de PVVIH. Les directives nationales recommandent :

- Le dépistage systématique pour l'hépatite B et C de toute personne vivant avec le VIH au niveau des CTA et UPEC (bilan non subventionné) ;
- La mise en application de l'approche « Tester et traiter » en cas de coinfection VIH/ hépatite B ou C.

Au Cameroun, un Comité de Coordination (groupe technique de travail) a été mis en place pour discuter de la problématique de la coinfection VIH /hépatites virales. Trois (03) CTA (HGY, HGD et le CHU) des villes de Yaoundé et Douala prennent en charge les patients coinfectés par le VIH et les hépatites B et C. Par ailleurs, les CTA des 10 régions prennent également en charge les patients coinfectés par le VIH et l'hépatite B et le TARV est gratuit.

Obstacles / Insuffisances

- L'accès à la prise en charge clinique et biologique reste encore limité :sur les 23 CTA, 03 offrent un plateau technique adéquat pour la réalisation des bilans biologiques de diagnostic et suivi des hépatites B et C malheureusement, le coût des prestations est élevé (bilan biologique et suivi clinique) ;
- Le système de référence et de contre-référence pour ces patients est inexistant, le réseau des structures de prise en charge n'est pas effectif ;
- Inexistence d'un plan de financement / subvention du test de dépistage des Hépatites B ou C chez les PVVIH.

Cibles et défis

L'objectif est de pouvoir organiser un système de référence et de contre-référence des patients porteurs d'une co-infection VIH/Hépatite.

Stratégies et interventions

Stratégie 1 : Organiser un système de référence et contre référence des patients coinfectés VIH/Hépatite

Il s'agira pour les techniciens de laboratoires, les prestataires de santé d'être outillés pour pouvoir référer de manière effective les personnes dépistées vers les services de prise en charge du VIH. En outre, il s'agira pour les prestataires de santé dans les services d'accueil des PVVIH, de répertorier et prendre en charge tous les nouveaux patients coinfectés. Pour cela il faudra :

- Elaborer et mettre à la disposition des laboratoires, des prestataires de santé, des outils de référence de la personne coïnfectée (fiche de notification/ticket de référence/fiche d'orientation/voucher) ;
- Renforcer les capacités des prestataires de santé sur le circuit et le système de référence mis en place;
- Renforcer le tracking des patients dépistés à partir des informations sur le client collectées au moyen d'appels téléphoniques ;
- Renforcer/Mettre en place la plateforme de concertation et de coordination (réunions périodiques du comité thérapeutique de suivi) entre les prestataires de santé au niveau des structures de prise en charge des patients coïnfectés VIH/Hépatite B ou C, au sujet du suivi des personnes coïnfectés VIH/Hépatite
- Organiser des rencontres semestrielles régionales d'échanges d'expérience entre les sites sur la prise en charge de la coïnfection VIH/hépatite virale.

Stratégie 2 : Augmentation de l'offre de prise en charge des patients porteurs d'une coïnfection VIH/Hépatite

Le dépistage de l'hépatite B et C doit être compris dans le paquet minimum d'examen de tout PVVIH.

- Elaborer une lettre circulaire pour désignation des 23 CTA pour la prise en charge de la coïnfection HV/VIH;
- Organiser un plaidoyer pour la mobilisation des ressources pour le financement des interventions pour la coïnfection HV/VIH;
- Organiser des réunions de plaidoyer avec les partenaires extérieurs et internes pour la disponibilité et la subvention des tests de dépistage de l'hépatite virale B et C dans les structures sanitaires ;
- Elaborer, produire et diffuser les outils de collecte des données/guide sur la prise en charge de la coïnfection HV/VIH dans les CTA/UPEC;
- Organiser des campagnes de dépistage de l'hépatite virale B, C et VIH chez tous les donneurs de sang et poches de sang/populations clés y compris femmes enceintes ;
- Former/recycler les prestataires de santé des sites de CTA/UPEC à la prise en charge de la coïnfection VIH/HV ;
- Organiser des supervisions formatives dans le cadre du tutorat sur les activités de PEC des coïnfections HV/VIH ;

Modalités de mise en œuvre

L'atteinte de l'objectif passera par l'accroissement du nombre de CTA et d'UPEC disposant d'un plateau technique adéquat (ressources humaines formées, équipements et réactifs) pour la recherche des hépatites virales et la prise en charge adéquate des coïnfections VIH/VHB ou VHC selon les directives nationales.

Toute PVVIH bénéficiera d'une proposition de test de dépistage pour l'hépatite virale B et C au niveau des sites CTA/UPEC. En cas de coïnfection avec une hépatite B ou C, elle sera mise sous TAR quelque

soit son taux de CD4 et son état clinique. Au niveau central, le programme national de lutte contre les Hépatites permettra de suivre le démarrage des activités et le processus de mise en œuvre des activités de la coinfection VIH/Hépatite.

Suivi biologique du PVVIH

Etats des lieux

L'évaluation de la thérapie antirétrovirale passe par une bonne surveillance des échecs thérapeutiques et résistances au traitement. En 2014, sur la base des recommandations OMS 2013, le pays a adopté la mesure de la charge virale comme moyen de suivi biologique des patients. La réalisation de cet examen requiert un plateau technique adéquat (laboratoires de biologie moléculaire, personnels formés) et la réalisation de cet examen n'est possible pour l'instant que dans 06 laboratoires situés dans 04 régions du pays. Le renforcement des structures réalisant la charge virale et l'intensification du réseau de collecte, transport et rendu des résultats est primordial pour le suivi des patients et la détection précoce des cas d'échec thérapeutique.

Numération des CD4

Dans le cadre de la prise en charge des PVVIH, la numération des CD4 est réalisée comme :

- bilan diagnostic pour déterminer l'éligibilité des PVVIH au TAR (taux de CD4) ;
- bilan semestriel de suivi biologique chez les PVVIH bénéficiant d'un TAR ;
- bilan semestriel de suivi biologique chez les PVVIH pré-TAR.

En 2014, ce sont 55 354 numérations de CD4 qui ont été réalisées pour bilan d'orientation pour 16 052 hommes, 37 096 femmes et 2 206 enfants. La mesure des CD4 est réalisée dans 260 FOSA (réparties dans 122 DS) parmi lesquelles 83 structures de PEC.

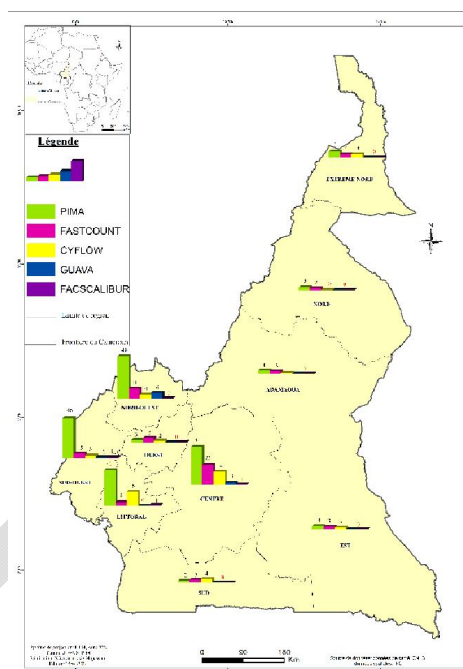
Plusieurs examens biologiques étaient demandés aux PVVIH (glycémie à jeun, NFS, Créatinémie, Transaminases, CD4) et constituaient un obstacle pour leur suivi. Tous les examens non essentiels ont été supprimés conformément aux directives pour ne garder que le CD4, afin de permettre au maximum de PVVIH de réaliser les bilans de suivi. Toutefois, la non réalisation des examens biologiques ne constitue pas un obstacle pour la mise sous traitement des patients. Des mesures ont été prises par le gouvernement, à savoir : l'adoption de l'option B+ pour les femmes enceintes et de l'approche « Test and Treat » pour certaines populations afin de lever l'exigence des CD4.

Actuellement, les intrants pour la réalisation de ce bilan sont fournis gratuitement aux FOSA qui appliquent un coût de l'examen à 2500 FCFA à la charge des patients.

Au total, 352 cytomètres de flux ont été acquis par le MINSANTE et des PTF (UNICEF, CDC, CHAI) déployés sur l'étendue du territoire national. Le parc des cytomètres de flux est représenté par environ 05 types/d'appareil (Cartographie des appareils de laboratoires, données M&E CNLS):

- POC Pima (n=202 appareils),
- BD Facscount (n=83) ;
- PartecCyflow (n=54) ;
- BD Facscalibur (n=03) ;
- Guava (n=10).

A l'exception de certains POC Pima (environ 80%), les autres cytomètres de flux ont plus de 2 ans de mise en service et ne sont plus sous garantie. Ils ne bénéficient plus d'aucun contrat de maintenance.



L'assurance qualité des laboratoires offrant la numération des CD4 a débuté en 2011 dans 35 FOSA par un projet du CPC, arrivé à terme cette année. Actuellement cette activité est mise en œuvre dans 105 sites répartis dans 04 régions (Centre, Littoral, Sud-Ouest et Nord-Ouest) par le CIRCB et GHSS. Le volet contrôle qualité est fait via un organisme canadien (QASI) qui prépare les panels utilisés pour le contrôle qualité. Le CIRCB couvre actuellement 15 sites au Centre et prévoit une extension cette année(2015) à 40 FOSA dans les régions du Nord, Est, Sud et Centre. L'assurance qualité réalisée par le GHSS est faite depuis 02 ans dans 90 sites des régions du Centre, Littoral, Sud-Ouest et Nord-Ouest. Le projet est prévu pour se terminer en fin 2017 avec une possibilité d'extension.

Quantification de la charge virale plasmatique VIH

La charge virale ou quantification de l'ARN VIH plasmatique a été retenue comme l'examen de choix pour le suivi biologique des PVVIH au Cameroun selon les nouvelles directives de prise en charge de 2014. Malgré le fait que la charge virale ne soit pas encore subventionné par le gouvernement, et qu'elle n'est pas encore vulgarisée, sa réalisation est effective au Cameroun depuis 1998 par le laboratoire du Centre Pasteur du Cameroun à Yaoundé.

Comme cela est indiqué dans le tableau 9, un total de 18 122 examens a été réalisé en 2014, ce qui représente un taux de réalisation de 5% des besoins de couverture pour cette année (18 122/362 595).

Tableau 9 : Plateformes de réalisation de la CV au Cameroun et nombre d'examen réalisés en 2014

Laboratoires	Localisation (Région)	Types de plateformes	Statut	Partenaires financiers	Nbre de CV réalisées 2014
Centre Hospitalier d'Essos	Centre	Abbott m2000rt	Public	C2D	1000
CIRCB	Centre	Abbott m2000rt	Public	C2D	1000
Centre Pasteur du Cameroun, Yaoundé	Centre	ABI 7500	Public	C2D	14122
		Abbott m2000rt			
CSC Nkoldom	Centre		Confessionnel	DREAM	
Hopital Gynéco-Obstétrique et pédiatrique de Yaoundé	Centre	Qiagen	Public	NACC	
CHU de Yaoundé	Centre	Qiagen	Public	NACC	
Hôpital Laquintinie de Douala	Littoral	Abbott m2000rt	Public	C2D	1000
		LC 96 (Roche)		OPP-ERA	
Litto Labo Douala	Littoral	Sysmex	Privé		
Lab Tag Douala	Littoral	Abbott m2000rt	Privé		
Hôpital Général Douala	Littoral	Roche	Public		
BiopharmaLab Douala	Littoral	Qiagen	Privé		
Centre Pasteur du Cameroun, Annexe de Garoua	Nord	ABI 7500	Public	C2D	1000
		LC 96 (Roche)		OPP-ERA	
ReLab TBRL Bamenda	Nord-Ouest	Abbott m2000rt	Public	CBCHB CDC/PEPFAR	
Hôpital St. Vincent - Dschang	Ouest		Confessionnel	DREAM	
EID Laboratory Mutengene	Sud-Ouest	Abbott m2000rt	Public	CBCHB CDC/PEPFAR	

Laboratoires	Localisation (Région)	Types de plateformes	Statut	Partenaires financiers	Nbre de CV réalisées 2014
TOTAL					18 122

A ce jour, le pays dispose de 15 laboratoires pouvant réaliser la mesure de la CV parmi lesquels 10 laboratoires publics, 03 laboratoires privés confessionnels et 02 laboratoires privés à but lucratif (cf. tableau 9). Les laboratoires de Bamenda et de Mutengene au Sud-Ouest ne sont opérationnels que depuis le début de l'année 2015. Les autres sont fonctionnels depuis 2013 à l'exception de ceux du CHU de Yaoundé, de l'hôpital Gynéco Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé et de l'hôpital General de Douala.

Dans l'ensemble du pays, il existe deux types de plateformes de charges virales, fonctionnelles et complémentaires :

- Plateformes dites « intégrées » ou « fermées », comme celles commercialisées par Abbott et Roche (les intrants pour cette dernière plateforme sont en arrêt de production depuis fin 2014) ;
- Plateformes dites « ouvertes » et « polyvalentes », utilisant des extracteurs automatiques ou semi-automatiques et des réactifs d'amplification « génériques » de type Biocentric.

Certains centres ont bénéficié de l'appui des projets C2D et OPP-ERA de l'Agence Française d'Expertise Technique Internationale (AFETI). Ce dernier vise à développer des plateformes ouvertes, de type « générique », utilisant des intrants et réactifs qui réduisent considérablement le coût unitaire de l'examen.

Dans le cadre de la réalisation de la CV en 2014, 2 réseaux d'acheminement des prélèvements ont été mis en place autour de chacun des laboratoires réalisant la CV :

- Le réseau qui concerne la partie septentrionale du pays avec pour laboratoire de référence le **CPC, Annexe de Garoua (CPCAG)**. Ce réseau collecte les échantillons de plasma. Dans le cadre de ce réseau, les patients éloignés du laboratoire sont prélevés deux fois par semaine dans les structures (pools) de prélèvements (CHR de Maroua et Ngaoundéré) puis les échantillons centrifugés et congelés sont acheminés de façon hebdomadaire au laboratoire du CPCAG par un dispositif garantissant la chaîne du froid (glacières). Les résultats imprimés des examens et les consommables de prélèvement et conditionnement nécessaires suivent le même trajet que les échantillons de plasma en sens inverse et à la même fréquence (glacières) ;
- Le réseau situé dans le littoral, dont le laboratoire de référence se trouve à l'**Hôpital Laquintinie de Douala**. Au sein de ce réseau, les échantillons sont constitués de sang total. Les prélèvements de sang total effectués au niveau de l'HD de Nylon deux fois par semaine sont directement transportés au laboratoire de l'HLD. Les résultats des analyses déjà réalisées sont récupérés lors du dépôt bihebdomadaire des échantillons ;
- Ces deux réseaux bénéficient de l'appui du **projet OPP-ERA** financé par l'Agence Française de Développement et Expertise France.

Pour les trois autres laboratoires appuyés par les PTF et ayant réalisés des charges virales, aucune organisation spécifique n'a été mise en place, les patients se rendant directement dans les laboratoires pour y être prélevés puis récupérant eux-mêmes leurs résultats pour les présenter aux prescripteurs. Aucun laboratoire à l'exception du CIRCB, n'est encore enregistré dans le volet du contrôle externe de qualité de la charge virale du programme d'assurance qualité GAP mis en œuvre par GHSS. Le laboratoire de Mutengene sera enregistré dans ce contrôle de qualité externe cette année.

Obstacles / Insuffisances du suivi biologique

Numération des CD4

La faible réalisation en numérations des CD4 est liée à un certain nombre de facteurs relatifs à la demande, à l'offre et à la qualité de service :

- De nombreux patients traités ou non par TAR ne font pas pratiquer les bilans biologiques qui leur sont prescrits parce qu'il le juge peu utile, fastidieux et/ou trop onéreux ;
- La prescription des CD4 est réservée aux médecins qui sont en trop faible nombre dans les CTA/UPEC ;
- La rupture en bulletins de prescription a également rapportée comme un frein à la réalisation de l'examen dans certaines FOSA ;
- La numération des CD4, bien que théoriquement réalisable dans 260 FOSA, n'a qu'une couverture géographique d'environ 65% des DS (122/189 DS). Cet examen n'est disponible que dans la moitié des structures de PEC (83 FOSA) ;
- Les intrants censés être fournis par le MINSANTE pour la réalisation des numérations de CD4 sont régulièrement en rupture, entraînant des surcoûts pour les bénéficiaires liés au fait que les FOSA sont contraints d'acheter leurs propres réactifs (rapports *Treatment Access Watch*). Les ruptures sont liées à l'insuffisance des fonds pour couvrir les besoins en réactifs et parfois aussi au dysfonctionnement de la chaîne d'approvisionnement ;
- Les activités de laboratoires ne sont pas coordonnées en ce qui concerne les CD4 avec une structure de coordination nationale et un laboratoire de référence fonctionnel ;
- Il n'existe pas de plan de maintenance pour l'ensemble des cytomètres de flux des laboratoires existants : de nombreuses machines tombées en panne ne peuvent être dépannées rapidement ;
- L'assurance qualité des laboratoires pour la numération des CD4 n'est réalisée que dans 04 régions du pays, soit dans 105 FOSA sur les 260 qui disposent de cytomètres de flux. De même, cette assurance qualité n'est réalisée que dans le cadre de projets, sans véritable plan national pour sa pérennisation ;
- La supervision des activités des laboratoires est déficitaire : aucune activité de supervision des personnels des laboratoires n'a été faite en 2014.

Quantification de la charge virale plasmatique VIH

La faible réalisation des charges virales dans le bilan biologique de suivi des PVVIH au Cameroun est liée à un certain nombre de facteurs détaillés ci-dessous :

- **Insuffisance d'encadrement institutionnel** : il n'existe aucun texte officiel qui encadre la réalisation et le coût de la charge virale. Cet examen est jusqu'ici fait dans le cadre de projets

spécifiques. De même, il n'existe pas d'outils harmonisés pour la collecte des données primaires et la réalisation des examens. Aucun document national n'a encore été élaboré pour collecter les informations des examens de CV, les résultats étant fournis uniquement par les laboratoires et les projets ;

- **Faible prescription de la charge virale** : si la CV figurait dans les anciennes recommandations nationales sur la PEC de l'infection à VIH comme examen conseillé pour le suivi des patients sous TAR, elle est désormais recommandée comme examen de choix pour ce suivi dans le nouveau guide de PEC pour le suivi des patients sous ARV. La dissémination et la vulgarisation des nouvelles directives n'est pas encore suffisante pour modifier sensiblement les habitudes des médecins prescripteurs ;
- **Coût de l'examen** : le coût de réalisation d'une CV pour le patient est au minimum de 10 000 FCFA, dans le cas où l'examen est subventionné. Mais cette subvention n'est octroyée que pour certains projets ou programmes et ne concerne donc pas tous les laboratoires, ni les examens de suivi de routine. Dans le secteur privé notamment, ce coût peut s'élever jusqu'à 35 000 CFA ;
- **Insuffisance de couverture nationale en labo** : les activités réalisations de CV sont soutenues par deux projets mis en œuvre uniquement dans 06 régions. Ceci montre le besoin d'extension aux 04 régions restantes (Est, Sud, Nord-Ouest, Sud-Ouest) ;
- **Insuffisance d'organisation des activités de laboratoires réalisant la CV**. Il n'existe pas un système stratifié des plateformes de CV avec à la tête une structure qui coordonne et un laboratoire servant de référence aux autres laboratoires ;
- **La discontinuité dans la subvention des examens** pré thérapeutique, biologique et de suivi entraînant les surcoûts pour la réalisation des examens ;
- Coordination dans la gestion de la chaîne d'approvisionnement entre le MINSANTE et la CENAME
- Insuffisance dans la gestion des stocks dans les formations sanitaires ;
- **Matériel de certains laboratoires inadapté** : les plateformes des laboratoires de l'HLD, CHE, CIRCB utilisent des extracteurs manuels, ce qui accroît la charge de travail pour les personnels en quantité insuffisante ;
- **Déficit de supervision des activités des laboratoires**. Aucune activité de supervision des personnels des laboratoires n'a été faite en 2014 ;
- **Insuffisance de maintenance des plateformes** : Il n'existe pas de plan de maintenance pour les plateformes des laboratoires existants. Les machines en panne ont été remises en fonction dans le cadre des projets (cas de la plateforme du CHE dans le projet C2D) ;
- **Insuffisance de contrôle qualité des laboratoires** : Aucun laboratoire réalisant les tests de mesure de charge virale n'est enregistré dans le programme d'assurance qualité externe CAP. De même, il n'existe pas de plan d'assurance qualité interne dans les laboratoires ;
- Rupture de la chaîne d'approvisionnement en intrants.

Cibles et défis du suivi biologique

Pour permettre de répondre à la demande future de cet examen, un plan d'extension de la charge virale est envisagé.

Numération des CD4

Les nouvelles directives de l'OMS placent la charge virale VIH (CV) au centre du suivi biologique pour les patients sous TAR, c'est en effet le seul examen permettant de contrôler l'efficacité du TAR.

Les prochaines recommandations sur le TAR de l'OMS vont entériner l'abandon rapide des CD4 comme marqueur de suivi biologique de l'infection à VIH. Un effort particulier doit donc être mis à l'extension rapide de la couverture pour la CV avec une dévolution proportionnelle de l'utilisation du marqueur CD4 dans le suivi des PVVIH.

Cependant, le comptage CD4 restera utile pour déterminer l'éligibilité de certaines PVVIH au TAR et de façon transitoire pour le suivi des personnes n'ayant pas encore accès à la charge virale (accessibilité géographique et/ou financière). Le passage du suivi par les CD4 au suivi par la charge virale ne peut en effet être réalisé instantanément.

Les besoins en numération des CD4 sont estimés selon le tableau 10.

Tableau 10 : Projections du nombre d'examen CD4 par population

Groupes de populations	2014	Cibles par années			
	(Baseline)	2015	2016	2017	2018
Hommes	16052	17202	17035	13150	5537
Femmes	37096	39755	39369	30390	12796
Enfants	2206	2364	2341	1807	761
Total	55354	59321	58745	45347	19094

L'abandon progressif de l'utilisation des CD4 dans le suivi biologique se traduira par un pourcentage de réalisation de l'examen de CD4 qui diminue chaque année de façon inversement proportionnelle à l'augmentation du nombre des charges virales.

Quantification de la charge virale plasmatique VIH

Il est envisagé d'augmenter de 5 à 80% la couverture en CV d'ici à 2018 en aménageant un dispositif efficace de transport des prélèvements vers des labos renforcés en ressources humaines pour réaliser des examens de qualité sur un nombre important de prélèvements acheminés selon les normes et standards nationaux.

Tableau 11 : Besoins de Couverture CV de patients sous TARV par année

Paramètres	Base (2014)	Cibles par année			
		2015	2016	2017	2018
Nombre de PVVIH sous TARV	145038	169488	234 981	302 316	381 874
Nombre de personnes susceptibles d'effectuer	14 733 (10%)	33 898 (20%)	93 992 (40%)	181 390 (60%)	305 449 (80%)

Paramètres	Base (2014)	Cibles par année			
		2015	2016	2017	2018
l'examen de CV					
Nombre de CV à réaliser suivant l'algorithme national		39 990	117 639	218 991	406 551

Tableau 12 : Répartition des cibles de la CV par laboratoire

Laboratoires par région	Cibles par année				
	Base 2014	2015	2016	2017	2018
1. CIRCB	1 000	1733	5102	9497	17631
2. CPC, Yaoundé	14 122	10 397	30 586	56 938	105 703
3. Douala Laquintinie Hospital	1000	7 998	23 528	43 798	81 310
4. CPC, Annexe de Garoua	1000	1 320	3 882	7 227	13 417
		1 345	3 956	7 364	13 671
		2000	5 882	10 950	20 328
5. ReLab TBRL Bamenda	0	5 999	17 646	32 849	60 983
		3 599	10 588	19 709	36 590
6. EID Laboratory Mutengene	0	4 399	12 940	24 089	44 721
Total	18 122	39 990	117 639	218 991	406 551

Tableau 13 : Cibles et progression du bilan biologique de suivi des PVVIH

TYPE DE BILAN	BASELINE	PROJECTED			
	2014	2015	2016	2017	2018
	145038	169 488	234981	302 316	381 874
CD4	55 354 (38%)	59 321 (35%)	58 745 (25%)	45 347 (15%)	19 094 (5%)
CHARGE VIRALE	14 733 (10%)	33 898 (20%)	93 992 (40%)	181 390 (60%)	305 499 (80%)
Patients SANS CD4 ET CV pour le suivi	71 562 (52%)	76270 (45%)	82 243 (35%)	75 579 (25%)	57 281 (15%)

TOTAL DES PATIENTS	48%	55%	65%	75%	85%
---------------------------	-----	-----	-----	-----	-----

Stratégies et interventions sur le suivi biologique

Stratégie 1: Renforcement du cadre institutionnel et organisationnel du système de laboratoire

- Elaborer un acte ministériel pour intégrer la mise en place du réseau de réalisation de la charge virale y compris la référence et le système de transport des prélèvements et du rendu des résultats ;
- Elaborer un acte ministériel qui désigne le laboratoire national de santé publique comme laboratoire servant de référence en matière de contrôle qualité des autres laboratoires :
 - Actualiser l'acte ministériel organisant le système de laboratoire en matière d'EID en y incluant le laboratoire de l'HLD en plus des 03 précédents existants;
- Revoir/aménager la décision relative aux bilans biologiques pour intégrer la CV comme examen de suivi biologique de PVVIH et fixer le tarif forfaitaire au patient ainsi que les modalités de recouvrement et d'utilisation des fonds générés dans par les examens de CV pour les formations sanitaires/laboratoires;
- Mettre en place d'un groupe technique de coordination des laboratoires : représentants du MINSANTE (DPML, DLMEP, DSF, CNLS), des laboratoires de référence, des PTF ;
- Actualiser les textes régissant la mise en place du réseau de laboratoire selon les niveaux prenant en compte le besoin d'une structure de référence;
- Renforcer la coordination, la collaboration et le partenariat;

Stratégie2 : Délégation de la prescription des examens de suivi biologique aux personnels paramédicaux

- Produire et diffuser le guide de délégation des tâches (DLMEP) ;
- Former le personnel paramédical sur le suivi biologique des PVVIH ;
- Sensibiliser les prescripteurs sur la demande d'examen de CV (affichage dans les salles de consultations de posters indiquant un résumé de la PEC);
- Intégrer dans la communication avec les PVVIH, les familles et les communautés, des messages sur l'abandon progressif des CD4 au profit de la CV.

Stratégie 3 : Organisation de la dévolution de l'utilisation du marqueur CD4 dans le suivi des PVVIH

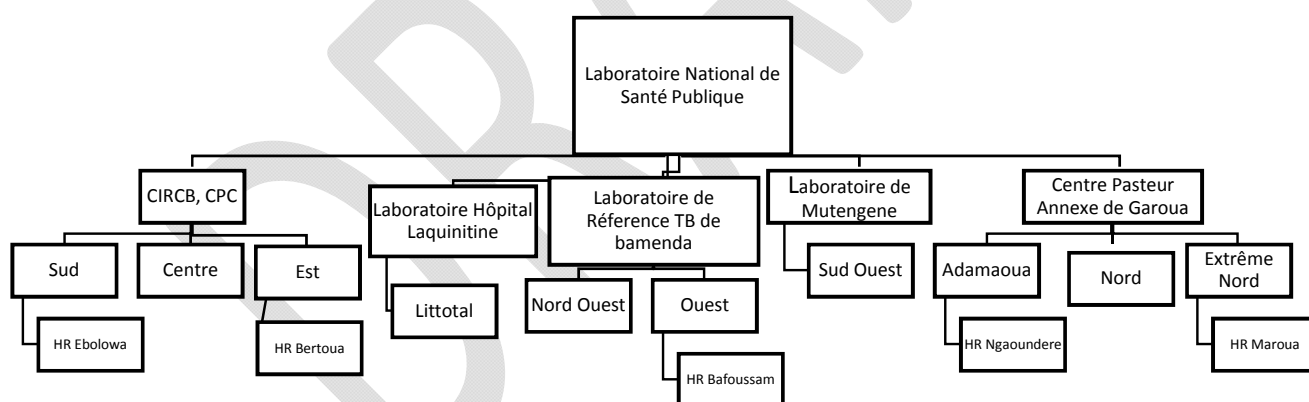
- Approvisionner chaque année les FOSA en intrants pour la réalisation des examens à CD4 durant la période de dévolution ;
- Produire et diffuser les bulletins d'examen ;

Stratégie 4 : Renforcement du cadre opérationnel pour le passage à l'échelle de la CV

- Mettre en œuvre une feuille de route d'Assistance technique pour le suivi biologique (biologiste au CNLS ou autre, etc...)
- Sensibiliser les prescripteurs en diffusant les nouvelles directives nationales de PEC et les nouveaux textes réglementaires relatifs au suivi biologique ;

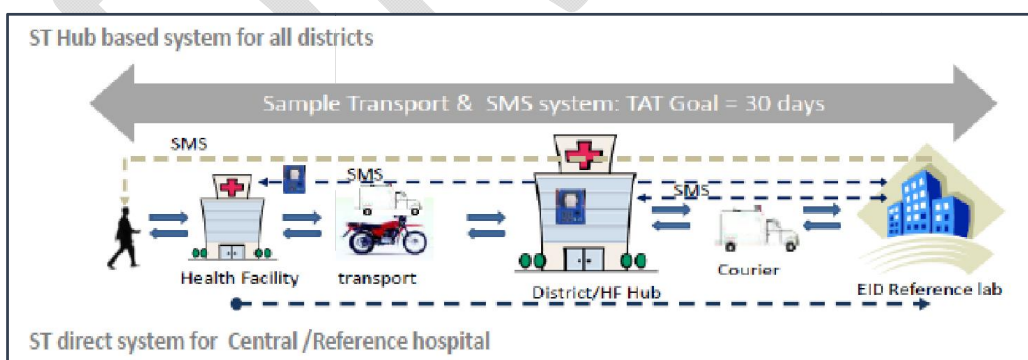
- Intégrer dans le plan de communication (malades, familles et communautés) des messages sur l'utilisation des services de test de la charge virale ;
- Développer l'utilisation des DBS pour la mesure de la CV des PVVIH en TARV en routine, en commençant par une phase pilote de 6 mois à réaliser en 2015 ;
- Subventionner la réalisation des tests de CV de sorte que le coût résiduel de l'examen à la charge du patient ne dépasse pas 2500 CFA par point ;
- Organiser un réseau des laboratoires pour étendre l'accès à la CV : (cfiggxx)
- Les laboratoires du Centre (CPC et CIRCB) serviront de laboratoire de référence pour les régions du Centre, Sud et Est
- Le laboratoire du CPAG au Nord servira de laboratoire de référence pour les régions de l'Adamaoua, Nord et Extrême Nord comme c'est déjà le cas dans le projet OPP ERA
- Le laboratoire de Mutengene sera la référence pour la région du Sud-Ouest
- Le laboratoire de référence de la tuberculose de Bamenda servira de laboratoire de référence pour les régions du Nord-Ouest et Ouest
- Le laboratoire de l'HLD servira de laboratoire de référence pour les patients de la région du Littoral

Fig 1 : Couverture géographique des laboratoires de Charge virale



- Développer des réseaux de transport des prélèvements pour la réalisation de la charge virale ;
- Capitaliser sur l'expérience du projet OPP-ERA avec la décentralisation d'accès à la CV à travers le transport des prélèvements de plasma congelé. (discuter la décentralisation avec les DBS pour la zone Centre sud est dans une phase pilote);
- Rendre opérationnel les réseaux de collecte de prélèvements de plasma congelé (Cf Figxx ci-dessus), et de sang total ;
- Renforcer le circuit de la partie septentrionale du pays avec le CPAG servant de laboratoire de référence aux régions de l'Adamaoua et de l'Extrême Nord : appui en intrants et matériel (cf fichier de quantification) ;

- Rendre opérationnel le circuit Sud- Centre – Sud avec le laboratoire du Centre Pasteur de Yaoundé servant de laboratoire de référence pour la région du Sud :
 - Créer un pôle de prélèvement de plasma au Sud (hôpital régional d’Ebolowa) : Former 2 personnels, acquérir matériels et intrants (cf fichier annexe)
- Rendre opérationnel le Circuit Nord-Ouest- Ouest avec le laboratoire de référence de tuberculose de Bamenda servant de laboratoire de référence pour la région de l’Ouest
- Créer un pôle de prélèvement de plasma à l’hôpital régional de Bafoussam ;
- Etendre le circuit de collecte de prélèvements en place dans le littoral ;
- Organiser des collectes hebdomadaires dans les FOSA en coordination avec le laboratoire de l’HLD servant de laboratoire de référence pour les sites ;
- Mettre en place un circuit de collecte de sang total dans le Sud-Ouest;
- Organiser des collectes hebdomadaires dans les FOSA en coordination avec le laboratoire de Mutengene servant de laboratoire de référence pour les FOSA ;
- Réseau de collecte de prélèvements de DBS;
- Etablir le circuit Est- Centre – Est avec le laboratoire du CIRCB servant de laboratoire de référence pour la région de l’Est: le laboratoire de l’HR de Bertoua sert de laboratoire de collecte des prélèvements pour la région et les prélèvements suivent le système de transport en place pour les DBS du EID;
- Mettre en place un circuit de collecte de prélèvements DBS dans le Littoral pour les FOSA éloignées de l’HLD;
- Mettre en place un circuit de collecte de prélèvements DBS dans le Sud-Ouest pour les FOSA éloignées de Mutengene en utilisant le système de transport des prélèvements des EID;
- Mettre en place un circuit de collecte de prélèvements DBS dans le Nord-Ouest pour les FOSA éloignées de Bamenda en utilisant le système de transport des prélèvements des EID;
- Mettre en place un circuit de collecte de prélèvements DBS dans l’Ouest pour les FOSA éloignées de Bafoussam.



Stratégie 5 : Renforcement de la qualité des tests de CD4

- Etablir un plan d’assurance qualité des FOSA et laboratoires ayant des cytomètres de flux ;
- Etendre l’assurance qualité dans 155 FOSA et enregistrer ces dernières ;
- Doter en log books (cf. tableau);

- Etablir et mettre en œuvre les contrats d'entretien et de maintenance pour 329 cytomètres de flux ;
- Assurer la pérennité du projet de CDC :
- Mettre en place un plan de suivi technique et de supervision des laboratoires (intégré avec supervision TDR et DBS);
- Entreprendre des études opérationnelles sur les besoins d'amélioration des performance des laboratoires et de mise à jour de la gamme du bilan biologique de suivi.

Stratégie 6 : Renforcement de la qualité des tests de charge virale

- Mettre en œuvre un plan d'assurance de qualité des 06 laboratoires
- Etablir et mettre en œuvre les contrats d'entretien et de maintenance pour 06 laboratoires
- Mettre en place un plan de suivi technique et de supervision des laboratoires
- Entreprendre des études opérationnelles sur les besoins d'amélioration des performances des laboratoires et de mise à jour de la gamme du bilan biologique de suivi

Tableau 14: Matériel à acquérir pour le renforcement capacités des laboratoires. N.B : le choix de l'extracteur est lié au type de plateforme

REGIONS	Laboratoires	Type de plateforme	Extracteur automatique à acquérir		
			2016	2017	2018
CENTRE	CIRCB	Abbott m2000rt	1		
	Center Pasteur de Yaoundé	ABI 7500	1	1	1
LITTORAL	Hopital Laquintinie de Douala	LC 96 (Roche)	1	1	
NORD	CPC, Annexe de Garoua	LC 96 (Roche)	1	1	

Tableau 15: Personnel supplémentaire pour le renforcement capacités des laboratoires

INSTITUTION/LABORATOIRE	TECHNICIEN EN POSTE	TECHNICIEN/BIOLOGISTE A AFFECTER		
		2016	2017	2018
GTC/CNLS	0	01	0	0
CENAME	0	01	0	0

INSTITUTION/LABORATOIRE	TECHNICIEN EN POSTE	TECHNICIEN/BIOLOGISTE A AFFECTER		
		2016	2017	2018
CAPR	0	10	0	0
CIRCB	4	0	2	
CPC, Yaoundé	4	1	1	1
Hôpital Laquintinie de Douala	3	1	1	1
CPC, Annexe de Garoua	2	1	1	
ReLab TBRL Bamenda	2	1	1	
EID MutengeneLaboratory	2	1	1	

La mise en place de circuits de collecte d'échantillons nécessite le renforcement des points de prélèvement en équipements complémentaires : notamment pour la chaîne de froid (01 congélateur à - 20°C + 3 glacières/site), les consommables (Tubes EDTA, Aiguilles vacutainer, gants d'exams, gants UU, Alcool, Coton hydrophile) et 1 stabilisateur d'électricité (01 onduleur 1-5 KVA).

Stratégie 7 : Renforcement de la qualité du diagnostic précoce VIH chez l'enfant

- Etablir et mettre en œuvre les contrats d'entretien et de maintenance pour les plateformes des 04 laboratoires de référence et pour les 03 POC EID (après fin période de garantie) ;
- Enregistrer le laboratoire de l'HLD dans le programme d'assurance qualité ;
- Mettre en place un plan de suivi technique et de supervision des laboratoires (Idem partie extension de la CV) ;
- Entreprendre des études opérationnelles (évaluation bi annuelles) sur les besoins d'amélioration des performances des laboratoires et de mise à jour de la gamme du dépistage précoce du VIH.

Stratégie 8: Renforcement des capacités des laboratoires réalisant les examens de diagnostic et suivi biologique des PVVIH (y compris pour le diagnostic précoce de l'enfant)

- Actualiser les équipements des plateformes (Voir liste des besoins)
- Approvisionner les laboratoires en intrants biomédicaux, y compris pour le EID (Voir quantification intrants)
- Affecter et ou mettre à niveau le personnel (poste/contractuels/consultants...) (Voir liste des besoins)
- Mettre à jour la directive et les procédures de réalisation des bilans biologiques de diagnostic et suivi des PVVIH ;

- Elaborer / Harmoniser les outils de collecte de données primaires et demande d'examen pour les PVVIH ;
- Finaliser la base de données avec la liste d'indicateurs harmonisés pour tous les laboratoires ;
- Produire et distribuer les registres de collecte de données (registre intégrés laboratoire PTME) et les fiches de synthèse mensuelle.

Modalités de mise en œuvre pour le suivi biologique

Continuum de Soins

Le terme de continuum de soins a été retenu dans le présent document, il apparaît plus approprié pour expliquer les autres dimensions de la prise en charge globale, à savoir l'accompagnement du patient dans sa démarche de soins, sa rétention dans le dispositif de prise en charge, le soutien à l'observance et l'appui psychologique et social.

L'analyse de l'état des lieux, des obstacles et des insuffisances, a permis d'aboutir à des clarifications sur le comment cet important volet sera géré par les interventions des soignants et les acteurs communautaires. Tous accordent une grande importance à la continuité de soins qui constituent un volet essentiel pour optimiser les efforts du passage à l'échelle de la thérapie antirétrovirale.

Rétention des PVVIH dans le dispositif de PEC

Etat des lieux de la rétention des PVVIH dans le dispositif de PEC

Le délai entre le dépistage du VIH et le bilan diagnostique / d'orientation comprenant la numération des CD4 est encore long. Plusieurs études réalisées dans les sites de PEC montrent que plus de la moitié des patients se présentent tardivement pour la prise en charge dans les FOSA avec des taux de CD4 inférieur à 200/mm³.

Alors que l'Option B+ était en phase pilote en 2013, seulement 33,1% des femmes enceintes séropositives ont eu accès à une numération des CD4 et 61% ont été mise sous TAR en 2014. Ce chiffre en augmentation par rapport aux années antérieures illustre la forte déperdition des patientes qui auraient dues être retenues dans le dispositif de soins du VIH. La rétention dans le continuum de soins durant la grossesse et le post-partum ainsi que dans le programme de TAR demeure un problème majeur qui dans le contexte de la PTME, illustre la problématique des pertues de vue chez les enfants exposés au VIH.

Concernant le suivi des enfants exposés au VIH, le taux de PDV à 6 semaines de vie reste toujours préoccupant, même s'il baisse régulièrement depuis quelques années (12,8% en 2013 contre 35,9% en 2010). Il est plus élevé à 12 mois du suivi. Cette performance a été possible grâce aux interventions

communautaires développées principalement dans 4 régions du pays (Nord-ouest, Littoral, Centre, Sud-ouest) et au renforcement des capacités des acteurs communautaires.

L'enquête nationale sur la rétention à 12 mois de TARV réalisée par le CNLS de février 2014 à février 2015 dans 56 sites de PEC répartis dans les 10 régions du pays a montré une moyenne nationale de rétention de 60,4%. Avec des disparités régionales allant de 42,8% dans la région de l'Ouest à 75,1% dans le Littoral. Il n'y a pas de différence significative entre les sites urbains et les sites ruraux (**Etude de rétention des PVVIH sous traitement ARV, 12 mois après l'initiation GTC/CNLS Avril 2015**)

L'information sur le devenir des patients PDV est insuffisamment documentée dans les dossiers patients, les registres pré-TARV et TARV, ou dans le Logiciel ESOPE. Tous ces supports ont néanmoins aussi pour vocation de collecter cette information dans les sites.

Tous les acteurs de la prise en charge globale (soignants et communautaires), s'accordent sur les dangers de la « cascade de la prise en charge », qui risquent de devenir plus importants avec l'augmentation prévue des files actives, si rien n'est envisagé pour la prévention et de recherche active des PDV. Ceci justifie pleinement le développement du continuum de soins selon un paquet de services cohérents qui sera assuré de façon concertée entre les professionnels de santé des sites de PEC et les acteurs communautaires.

PEC psychologique et sociale

Cette prise en charge va du dépistage au suivi des patients tant sous traitement que ceux qui ne le sont pas encore. Un total de 914 Agents de santé Communautaires (ASC) en charge de la mobilisation communautaire pour la PTME et de 449 Accompagnateurs psychosociaux (APS) encore appelé Agents de Relais Communautaires (ARC) pour le suivi et l'accompagnement communautaires de PVVIH sous ARV ont été formés et déployés dans 06 régions du pays.

Par ailleurs, l'implication de la communauté est effective à travers la mise en œuvre des programmes et projets en direction des populations clés. Dans le cadre de la subvention du Fonds Mondial Round 10 VIH en cours, un PR et 02 SR de la société civile ont été recrutés pour les aspects relatifs aux populations clés. C'est dans ce cadre que 50 OBC (14 pour HSH, 14 PS, 22 pour Camionneurs) ont été recrutées et 194 Pair-éducateurs formés et déployés dans des sites bien définis pour mener des activités de prévention auprès des groupes cibles.

PEPFAR finance des interventions communautaires en PTME dans 04 régions du pays (Littoral, Nord-Ouest, Sud-Ouest, Ouest) ainsi qu'en direction des populations clés. Bien que non exhaustif, cette description des interventions / organisation communautaires peut servir de base au renforcement du système communautaire dans le cadre de la note conceptuelle.

En revanche, la mise en œuvre des interventions contre la tuberculose a été jusqu'à lors concentrée au niveau des établissements de santé. Très peu d'organismes communautaires y sont impliqués.

En ce qui concerne la prise en charge de l'infection VIH pédiatrique, elle consiste en la fourniture d'un paquet de services offert à l'enfant exposé et infecté par le VIH :

- l'éducation thérapeutique et nutritionnelle des mères et des enfants infectés ; l'approvisionnement du TAR ;
- la prise en charge psychosociale des enfants et de leur famille et le continuum des soins.

Obstacles/ insuffisances de la rétention des PVVIH dans le dispositif de PEC

De multiples facteurs d'ordre structurels ou individuels, constituent des obstacles à la rétention des patients dans les files actives des sites de prise en charge. Ils sont liés à la demande, à l'offre et à la qualité des services de PEC et peuvent se résumer comme suit :

- Eloignement des sites de PEC impliquant le coût élevé du transport pour les patients en particulier pour ceux qui sont en situation de vulnérabilité sociale;
- Irrégularité dans le paquet de services offerts aux patients : directives de suivi du PVVIH mal connues de tous les prestataires, coût du bilan d'orientation ou pré-thérapeutique élevé, dysfonctionnement dans certains services si bien que les patients s'y éloignent, organisation de l'offre de soins centralisée sur les médecins prescripteurs
- Itinéraire thérapeutique et recours aux soins des patients en dehors du circuit de la PEC (tradipraticiens, églises non conventionnelles) et auto exclusion des PVVIH
- Traitement ARV : rupture des intrants CD4 et ARV, effets indésirables et médicaments mal tolérés (effets secondaires importants) ;
- RH insuffisante pour le suivi : surcharge de travail pour le suivi clinique en particulier dans les FOSA disposant d'une file active très importante, communautaire et pour le rapportage des données, motivation irrégulière des agents communautaires chargée du suivi ;
- Faiblesse de l'articulation entre la prise en charge médicale et le continuum de soins assuré par les organisations communautaires et les OBC ;
- Faiblesse du soutien à l'observance des traitements et de l'éducation thérapeutique des patients sous ARV;
- Suivi-évaluation : insuffisance d'outils électronique ou hard de suivi clinique du patient dans les sites, insuffisance du suivi communautaire, des évaluations de la rétention.

Concernant le système communautaire :

- L'insuffisance de coordination des interventions communautaires : Absence d'une véritable plateforme de concertation et de dialogue entre les OSC, ce qui engendre des insuffisances dans la mise en œuvre des programmes en direction des populations clés et dans la coordination des projets ;
- La faiblesse dans le système de référence et contre-référence entre les organisations du système communautaire et les structures de santé.
- La forte dépendance des OSC aux financements extérieurs, la discontinuité/faiblesse des financements et l'insuffisance des capacités infrastructurelles (absence de siège et de logistique) fragilisent la pérennisation des interventions communautaires.

Cibles et défis en matière de rétention des PVVIH dans le dispositif de PEC

Les objectifs de rétention visant à élargir la couverture du TAR progresseront ainsi qu'il suit : 70% en 2015, 75% en 2016, 80% en 2017 et 90% en 2018.

Le défi majeur à relever portera sur la performance du système communautaire. Elle sera influencée par des facteurs liés aux domaines suivants : le partenariat et la coordination, le lien avec le système de santé, les capacités et pérennisation.

Stratégies pour la rétention des PVVIH dans le dispositif de PEC

Il s'agira de :

- assurer conseil dépistage du VIH ;
- assurer l'orientation des PVVIH nouvellement dépistées vers les structures de PEC (FOSA ou communautaires) ;
- assurer le continuum des soins pour les PVVIH en phase pré-thérapeutique (pré-TAR) ou celles qui sont en TAR de façon à garder un lien continuuel avec elles pour un suivi clinique et biologique de qualité ;
- assurer la PEC psychologique et sociale pour les PVVIH nouvellement dépistées, les PVVIH en pré-TAR ou celles qui sont en TAR afin de favoriser leur rétention dans le dispositif de soins ;
- Assurer le suivi-évaluation des interventions réalisées.
- Impliquer les organisations à base communautaire retenues (HSH, jeunes, PVVIH, PS, réfugiés, communautés autres) dans la recherche des perdus de vue ;

Stratégie 1 : Recherche active des personnes testées positives

Il s'agit d'organiser le dispositif de prévention et de recherche active des perdus de vue, afin d'assurer la rétention des patients :

- Identifier au niveau de toutes les portes d'entrée possible, du conseil dépistage initiée par les prestataires : PTME / option B+, consultations externes adultes et enfants, services de prise en charge de la tuberculose, services de prise en charge de la malnutrition...
- référer vers les sites de PEC pour le TARV et le cas échéant recourir aux accompagnateurs psychosociaux pour l'accompagnement des personnes

Stratégie 2 : Amélioration de l'offre de service de PEC globale des PVVIH (pré-TAR et en TAR)

Il s'agit d'améliorer et diversifier l'offre de soins afin de retenir les PVVIH dans les sites de PEC par :

- Vulgariser les directives nationales sur la prise en charge globale du VIH
- Assurer un approvisionnement régulier des sites de PEC en intrants (TARV et réactifs de biologie) ;
- Effectuer des missions de contrôle du respect des directives sur les coûts du suivi biologique des PVVIH ;
- Garantir la subvention de la CV afin d'éviter l'auto-exclusion des patients sur la base de critères financiers.

Stratégie 3 : Amélioration du soutien à l'observance et à la prise en charge psychologique et sociale

- Renforcer les capacités des prestataires de santé et des APS pour l'accompagnement psychologique et social le soutien à l'observance et l'éducation thérapeutique des PVVIH ;

- Développer et disséminer des outils de PEC psychologique, de soutien social et d'éducation thérapeutique des PVVIH dans toutes les sites de PEC et les structures communautaires ;
- Promouvoir la mise en place de groupes de soutien et de paroles périodiques selon les âges et les groupes cibles de PVVIH au travers des APS (préparation au traitement et soutien à l'observance)
- Intégrer le suivi de ces activités dans les missions de supervision.

Stratégie 4 : Renforcement du suivi communautaire des PVVIH (pré-TARV et TARV)

Il s'agit d'améliorer et diversifier l'offre de continuum de soins des PVVIH dans les sites de PEC par :

- Rechercher activement, dans la communauté, les patients n'ayant pas honoré à leur RDV de suivi (clinique et dispensation des ARV) au moyen de TIC (appels téléphoniques, SMS). Les ASC provenant d'OBC situés dans la zone d'habitation du patient auront la charge de cette activité ;
- Intensifier la collaboration entre les APS dans la FOSA et l'ASC dans la communauté (mères-prestataires – PTME ou pas)
- Renforcer les capacités des acteurs communautaires APS et ASC pour l'identification, la recherche des perdus de vue avant la mise sous traitement et le suivi des traitements).

Stratégie 5 : Amélioration de la collecte des données concernant la rétention des PVVIH (pré-TAR et en TAR) dans le dispositif de PEC

Il s'agit de documenter les informations sur la rétention des patients afin de :

- Elaborer/réviser les outils harmonisés de suivi des perdus de vue en pré-TAR dans la communauté ;
- Renforcer les capacités des prestataires de santé, APS et ASC sur la tenue des outils (médecins, infirmiers, agents chargés de la saisie des registres) ;
- Assurer la disponibilité dans toutes les structures d'accueil des outils de suivi clinique et biologique du patient (dossiers patients adultes et enfants, registres pré-TAR révisés, logiciel ESOPE adulte et pédiatrique, fiche de synthèse mensuelle des indicateurs) ;
- Organiser des réunions périodiques de suivi dans les structures d'accueil et de prise en charge des PVVIH impliquant les communautaires et les prestataires de santé pour améliorer la complétude des informations patients ;

Modalités de mise en œuvre pour la rétention

La rétention des patients suivis dans les sites de PEC est un élément fondamental du continuum de soins. Elle sera assurée tant au niveau des FOSA qu'au niveau communautaire.

Au niveau des FOSA, l'accent sera mis, d'une part, sur l'organisation du circuit de la prise en charge médicale, afin de permettre à chaque patient de bien se situer et de connaître les différentes prestations (PEC, dispensation des ARV, suivi biologique, soutien à l'observance, éducation thérapeutique, soutien psychologique et social...). D'autre part, les personnes testées positives, seront référées et intégrées le plus précocement possible au dispositif de PEC. En outre la coordination des interventions médicales et du continuum de soins, sera renforcée entre les soignants et les acteurs communautaires pour prévenir en amont les perdus de vue.

Au niveau communautaire : l'approche retenue intègre la participation des acteurs communautaires pour le continuum de soins à travers des APS et ASC. Ils interviennent en interface entre les professionnels de santé des sites de prise en charge et les PVVIH pour prévenir les perdus de vue. Organisation de réunions régulières de coordination avec le service de santé de district et les aires de santé, et au niveau régional en collaboration avec les DRSP/GTR

L'organisation des interventions communautaires, s'articule sur deux niveaux :

- Une OSC régionale qui coordonne les activités communautaires en collaboration avec le niveau régional de la santé (DRSP et GTR).
- Une OBC au niveau du DS avec des représentants (ASC) dans les aires de santé impliqués dans la mobilisation sociale en faveur de l'utilisation des services (dépistage en communauté du VIH, CPN/PTME, et la recherche des perdus de vue, etc.).

V. Interventions transversales pour accompagner l'extension du TAR

L'atteinte des résultats escomptés est tributaire de la réalisation des interventions transversales ci-dessous :

- Renforcement des ressources humaines dédiées à la PEC du VIH ;
- Maîtrise de la gestion des approvisionnements et des stocks en intrants liés au VIH / TB ;
- Renforcement des plateaux techniques de laboratoire et d'assurance qualité ;
- Suivi évaluation des interventions des deux programmes VIH et TB.

V.1 Ressources humaines

L'effectif global des personnels recensés dans le secteur de la santé est de 38 207 personnels en 2011. Cet effectif se compose de 25 183 personnels, soit environ 66 % relevant du sous- secteur public et de 13 024 personnels, soit 34 %, pour les autres composantes du sous- secteur privé. Le ratio médecin/ population est de 01 médecin pour 10 535 habitants et 01 infirmier pour 1 023 habitants. Cependant, si l'on ne considère que les effectifs du grade de médecin et ceux du grade d'infirmier, y compris les sages- femmes, l'on se situe à une densité de 1,07 personnels pour 1000 habitants, ce qui est en deçà de la densité minimale définie par l'OMS, soit 2,3 médecins, infirmiers, sages- femmes pour 1000 habitants nécessaire pour une offre de services et de soins de santé appropriée.

A ce déficit quantitatif, s'ajoute une inégale répartition géographique du personnel. Les Régions du Centre, du Littoral et de l'Ouest sont les mieux dotées en personnels de santé, soit respectivement environ 24 %, 18 % et 13 %, ce qui représente 55 % de l'ensemble des effectifs pour 42 % de la population nationale. Toutefois, les villes de Yaoundé et de Douala disposent chacune de plus de 75 % des personnels exerçant dans le Centre et le Littoral.

Dans le cadre de la riposte au VIH, les critères définis pour l'ouverture d'une unité de prise en charge (UPEC), sont les suivantes: 02 médecins, 02 infirmiers, 01 technicien de laboratoire, 01 dispensateur de médicaments, 01 agent de soutien psychosocial (Décision 0454 D/MSP/SG/DLM/SDLVIH-IST/SPCC/BPCM de 22 septembre 2004). Sur le terrain nous comptons pour les 166 structures de prise

en charge existantes: xxx médecins, xxx infirmiers, xxx techniciens de laboratoires, xxx dispensateurs et xxx agents de soutien psychosocial. Le gap en personnel est de xxx médecins, xxx infirmiers, xxx techniciens de laboratoire.

Pour ce qui est de la Tuberculose, chaque CDT il y a 01 infirmier qui s'occupe du suivi des patients sous traitement et 01 technicien de laboratoire; cette équipe est coordonnée par un médecin.

Obstacles/Insuffisances

La situation actuelle du personnel de santé montre clairement une insuffisance notable au niveau des effectifs, des compétences, des performances et de la motivation.

- la charge de travail est reflétée par le ratio personnel de santé sur population qui montre déjà une insuffisance quantitative. On note aussi la
- Faible connaissance de la situation actuelle du personnel en poste par absence de planification pour le développement des RH pour la santé;
- Inégale répartition géographique au regard des besoins de l'extension de la mise en œuvre des interventions ;
- Insuffisance dans la formation initiale et continue des personnels sur la PEC Globale et le suivi-évaluation ;
- Insuffisance du renforcement des capacités organisationnelles et institutionnelles des acteurs et associations communautaires sur les thématiques TB et VIH ;
- Faiblesse du système d'évaluation prenant en compte les résultats attendus des interventions selon les paquets minimum d'activités ;
- Démotivation du personnel d'où la faible performance des services.

Cibles et défis

Les besoins en ressources humaines nécessaires pour la mise à échelle des interventions aux différents niveaux sont décrits par composante comme suit :

- Les ressources humaines pour la coordination, la gestion et le contrôle
- Les ressources humaines pour les examens biologiques y compris la logistique des prélèvements (CDV, CD4, CV);
- Les ressources humaines pour la Prise en charge médicale et communautaire (Enfants et Ado, Adultes, femmes enceintes);
- Les ressources humaines pour la GAS (Gestion, approvisionnement, stockage, distribution, dispensation, système d'information et de contrôle de qualité).

Le tableau n° YYY récapitule les besoins quantitatifs de personnel par composante du plan

Tableau 2 : Besoins de personnel d'appui requis par composante et par niveau

Catégorie par composante de programme	Effectifs par niveau											
	national				régional				District			
	Base 2015	2016	2017	2018	Base 2015	2016	2017	2018	Base 2015	2016	2017	2018
Gestion financière												
Gestion coordination												
GAS Appro/stock/di str												
GAS dispensation												
GAS Dispensation Communautair e												
Logistique Labo												
Logistique médicaments												
Système d'information												
Contrôle (Inspection)												
Contrôle de qualité Labo												
Contrôle de qualité Médicaments												

Comme défis on peut citer :

- Le rythme de recrutement dépendant de la fonction publique, il faut une plus grande contribution des partenaires techniques et financiers pour soutenir le recrutement du personnel afin qu'à terme le gouvernement prenne le relais ;
- La mobilité du personnel y compris la déperdition liée au départ des agents de la fonction publique sans grande possibilité de remplacement ;
- La démotivation du personnel liée à la gratuité des prestations TARV alors qu'il y a un recouvrement de coût pour d'autres prestations dans les mêmes services est un facteur de limitation de la couverture TARV

Stratégies

L'extension rapide du programme d'accès aux thérapies antirétrovirales exige l'accélération de la mise en œuvre du Plan National de développement des Ressources Humaines du MINSANTE. Pour cela il est envisagé d'élaborer une feuille de route de renforcement de capacité humaine selon les besoins des différentes composantes y compris les besoins d'assistance technique en mettant l'accent sur les stratégies ci-après :

Stratégie 1 : Elaboration et mise en œuvre d'un plan de renforcement des capacités

- **Recruter de nouveau personnel** : Ceci comprend un recrutement minimal d'effectifs de la Fonction et une contribution substantielle des financements externes autres que le FM
- **Redéployer du personnel en poste** : Une feuille de route de déploiement/mobilité du personnel est à développer en ligne avec le plan de développement des ressources humaines du Min de la Santé
- **Appliquer une stratégie de rétention au poste (fidélisation par la motivation)** : il sera important de définir et appliquer une politique de motivation se référant aux pratiques en cours dans d'autres programmes, notamment la motivation basée sur les performances. Il est en effet bien établi que la faible motivation du personnel influence la qualité de l'offre de service de prévention, de traitement, soins et de soutien
- **Renforcer l'intégration des services et planifications conjointes des questions transversales** : L'intégration des interventions VIH et TB pourrait atténuer les effets d'une insuffisance d'organisations communautaires spécialisées.
- **Intensifier la participation communautaire** : L'apport en ressources humaines en quantité et en qualité est indispensable à l'intensification de la participation communautaire.
- **Mettre en œuvre le programme de formation continue sur des thématiques spécifiques** : L'accélération de la formation continue pourrait palier au déficit dans la formation initiale. Les modules de formations continues des prestataires de santé intègrent la prise en charge de la TB et du VIH.
- **Etendre la stratégie de délégation des tâches** :
 - La décentralisation préconisée pour la PTME et le test et treat s'appuie sur les stratégies de délégation des tâches (prise en charge, dispensation, biologie médicale) et de participation communautaire, à porter à échelle dans l'offre de traitement ARV dans les Centres Médicaux d'Arrondissement (CMA) et les Centres de Santé Intégrés (CSI).
- **Renforcer les structures de Gestion, de coordination et d'appui technique** : Pour les deux composantes de maladies, Il est essentiel que les cellules de coordination dans les ministères et les

entreprises. Il en est de même pour les comités techniques d'appui (comités régionaux Sida, comité d'appro, comité de pharmacovigilance, groupe technique labo...)

- **Développer un plan d'Assistance technique pour**

Un appui technique ad hoc pourrait être requis à trois niveaux au moins pour:

- Le renforcement du plateau technique des structures nationales et régionales de référence
- L'accompagnement des structures opérationnelles par les services de référence.
- La conception et la mise en œuvre de certains plans de formation.

L'agenda des besoins d'assistance technique devra être élaboré par composante de la mise en œuvre du plan d'accélération.

Stratégie 2 : Evaluation de performances du personnel aux différents niveaux

- Elaborer les outils de mesure de performance
- Former les agents à l'usage de ces outils
- Evaluer périodiquement les performances et Mettre à niveau le personnel
- Instaurer une politique de mobilité aux différents postes.

Modalités de gestion des ressources humaines

Pour satisfaire les besoins de renforcement de capacités en ressources humaines des différentes catégories il est nécessaire de prendre en compte d'un certain nombre de facteurs notamment:

- La charge de travail en rapport avec la prise en charge (Nombre de patients) VIH et autres maladies
- L'existence de services intégrés (CDV, ARV, TB, PTME) adultes et enfants
- La supervision technique d'autres services (rôle de référence, tutorat...)
- La collecte, le traitement et la transmission de données
- L'ampleur des activités de formation
- Les tâches administratives et de gestion s'il y a lieu

V.2 Gestion des approvisionnements et stocks des intrants

Organisation du secteur pharmaceutique

Le Cameroun a élaboré en 2000 un document de **Politique Nationale Pharmaceutique (PPN)** qui a été révisé et adopté en 2013 et qui vise l'amélioration de l'état de santé de toutes les couches de la population par la mise à leur disposition des médicaments essentiels de qualité et à moindre coût.

La politique nationale est mise en œuvre dans le cadre d'un **Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (SYNAME)**. Il repose sur la centralisation de l'acquisition des médicaments à travers une centrale d'achat (la CENAME), et la décentralisation de la distribution à travers les centres d'approvisionnement pharmaceutiques régionaux (les CAPR/FRPS), et les pharmacies des structures de santé.

Par ailleurs la mise en œuvre de la politique pharmaceutique se fait à travers le **plan directeur pharmaceutique national 2014- 2018**.

L'organisation du sous-secteur pharmaceutique est calquée sur celle du système national de santé avec 3 niveaux : central, intermédiaire et périphérique. Elle se répartie entre deux domaines, sous-secteurs privé et public, placés sous la coordination de la DPML :

Dans le cadre de l'approvisionnement en ARV et intrants médicaux, le secteur pharmaceutique public est essentiellement utilisé.

Les principales structures opérationnelles sont :

- au niveau central, la Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et consommables médicaux Essentiels (CENAME) puis les pharmacies et les laboratoires d'analyses de biologie médicale des Hôpitaux Généraux et Centraux ;
- au niveau intermédiaire, les 10 Centres d'Approvisionnement Pharmaceutiques Régionaux (CAPR), dont un par région ainsi que les pharmacies et les laboratoires d'analyses de biologie médicale des hôpitaux régionaux ;
- au niveau périphérique, les pharmacies et les laboratoires d'analyses de biologie médicale des autres formations sanitaires publiques (Hôpitaux de district, CMA, CSI).

Participation communautaire :

Des structures communautaires existent dans la gestion M&E au niveau régional(FRPS), district (COSADI ET COGEDI) et aire de santé (COSA ET COGE et autres agents de santé communautaire (ARC, groupe de soutien, etc).

Obstacles / Insuffisances du GAS

Ils sont détaillés ci-dessous au plan de la gouvernance du système GAS, de la disponibilité et de la qualité des intrants.

- Inadaptation/Insuffisance de la régulation, de la coordination, et de la Gouvernance du sous-secteur pharmaceutique ainsi que du respect des textes législatifs et réglementaires par ailleurs non suffisamment diffusés ;
- Absence d'un plan de développement du sous-secteur pharmaceutique;
- Insuffisance du système d'information pharmaceutique;
- Insuffisance de l'implication communautaire et de l'application des principes de cogestion des pharmacies et des ARV ;

- Faible performance du SYNAME (insuffisante (répartition géographique des structures de distribution/dispensation), capacités de stockage et de gestion des structures pharmaceutiques) ;
- Ruptures épisodiques de médicaments et intrants biomédicaux (CENAME et CAPR/FAPR) ;
- un manque de lisibilité et de traçabilité des produits dans les formations sanitaires dû au fractionnement des approvisionnements (ARV, réactifs de laboratoire, anti tuberculeux, anti paludiques) ;
 - Insuffisance du système d'assurance qualité (contrôle qualité, inspection, homologation, pharmacovigilance, surveillance du marché pharmaceutique) ;
 - Faible supervision du personnel.
 - Précarité des financements

Cibles et défis

Les ruptures fréquentes en ARV et autres intrants de VIH ont fortement impacté la performance du programme VIH au cours des 3 précédentes années. Pour répondre à la rapide extension du TAR à venir, le pays a besoin d'un système de gestion et logistique des intrants performant, qui doit s'améliorer radicalement dans le court laps de temps imparti.

Les leçons apprises sur la base du passé ainsi qu'à travers d'autres pays devraient permettre de capitaliser sur les structures déjà existantes (CENAME, CAPR), de même que les mécanismes d'achats du FM en vigueur pour les 3 maladies prioritaires (Paludisme, VIH et Tuberculose).

Tableau du volume des besoins 2015-2018 (cf. annexe)

Les défis majeurs auxquels fait face le système de gestion et approvisionnement des intrants au Cameroun sont les suivants :

- L'adaptation du cadre légal et organisationnel aux besoins d'extension de la couverture des besoins en ARV et autres intrants de VIH y compris le système d'information pharmaceutique
- L'amélioration des performances du SYNAME pour assurer la disponibilité subséquente des produits pharmaceutiques ;
- La mise en place d'un système d'assurance de qualité pour garantir la qualité des produits à toutes les étapes du cycle d'approvisionnement de distribution et de dispensation

Stratégies et interventions

Stratégie 1 : Renforcement du dispositif législatif, réglementaire et organisationnel

- Accélérer l'élaboration ou la finalisation, l'adoption, la diffusion et la promotion des textes, guides et manuels de procédures qui sont destinés à encadrer la délégation des tâches en matière de dispensation des médicaments, notamment les TARV ;
- Prendre un acte ministériel pour officialiser le sous-comité de quantification des ARV ;

Stratégie 2 : Opérationnalisation du SYNAME (quantification, approvisionnement, stockage, distribution, dispensation) et renforcer la coordination, supervision, contrôle, suivi et évaluation des interventions

- Améliorer les procédures de quantification des besoins au niveau des sites sous la coordination du niveau régional et validé au niveau national ;
- Améliorer la coordination, la supervision, le contrôle, le suivi et l'évaluation des interventions et des acteurs impliqués dans la chaîne d'approvisionnement et de distribution des produits pharmaceutiques ;
- Former /recycler les acteurs du SYNAME, et les gestionnaires des intrants de laboratoire sur la gestion des stocks VIH et TB, l'harmonisation et la production d'outils de collecte des données, l'acquisition de matériels et équipements ;
- Produire et diffuser le manuel de procédure des achats et des stocks de produits pharmaceutiques ainsi que celui des bonnes pratiques de stockage et de distribution ;
- Améliorer le système d'information en gestion logistique (SIGL) pour une meilleure lisibilité des stocks disponibles et des consommations au niveau du pays et pour une meilleure estimation des besoins.

Stratégie 3 : Amélioration de la capacité de stockage des ARV et autres intrants du VIH et de la TB

- Renforcer les capacités des institutions en charge du stockage et de la gestion des produits pharmaceutiques à différents niveaux de la chaîne d'approvisionnement, afin de pouvoir prendre en charge les niveaux de stocks établis dans le pipeline CAD en accompagnement de l'extension de l'offre de PEC par le TAR ;
- Appuyer la CENAME à court terme pour louer des magasins additionnels à Yaoundé et Douala en vue d'y créer des annexes et à réhabiliter ses magasins qui ne répondent plus à la capacité désirée y pour assurer les fonctions de structure nationale d'approvisionnement et stockage en médicaments et consommables essentiels. Ceci permettra de gagner 2500m²;
- Réhabiliter/étendre les structures de stockage de la CENAME : espace actuel occupé par les médicaments des programmes est de 29% de sa surface totale de stockage (4395 m² dont 1000m² en location), soit 1275m² : surface qu'il faudra augmenter à 4645 m² pour aller à 10 mois de capacité de stockage ;
- Réhabiliter/étendre les structures de stockage des 6 FRPS et 4 CAPR (Yaoundé, Douala, le Nord-ouest, Sud, Est et Sud-ouest), pour aller à 10 mois de capacité de stockage (il faudra disposer de 3 762m²)
- Réhabiliter et équiper les structures de stockage des CTA/CDT des grands hôpitaux généraux / centraux de 4 grandes villes Yaoundé, Douala, Maroua et Kousseri ;
- Renforcer la capacité logistique de la CENAME et des CAPR/FRPS en véhicules en complément des 04 acquisitions de MSH en faveur des CAPR (3 véhicules de 20 tonnes) ;
- Réaliser une étude sur les capacités de stockage des autres structures du niveau opérationnel.

Stratégie 4 : Renforcement de la participation communautaire à la dispensation des TARV

- Mettre en place une stratégie communautaire de dispensation optimale des ARV (modèles Malawi, Mozambique, Afrique du Sud)
- Augmenter le nombre de points de dispensations pour les PVVIH, notamment les plus vulnérables, sous l'impulsion de pharmacies communautaires qui sont sous la supervision des FRPS ;
- Former tous les acteurs communautaires retenus sur l'usage rationnel des médicaments ;

Stratégie 5 : Opérationnalisation du système d'Assurance de qualité des médicaments et intrants biomédicaux

- Faire le plaidoyer pour la formalisation de l'arrêté instituant le système d'Assurance de qualité.
- Développer un système consensuel d'assurance de qualité
- Intégrer le contrôle de qualité par des laboratoires agréés dans le processus d'acquisition et de conservation des médicaments y compris les réactifs de laboratoire le long de la chaîne d'approvisionnement,
- Actualiser et diffuser les guides de bonne pratique de stockage, distribution et de dispensation des ARV;
- Renforcer les capacités du LANACOME pour qu'il puisse réaliser à terme tous les contrôles de qualité des intrants VIH.

Stratégie 6 : Amélioration de l'accessibilité financière aux produits pharmaceutiques

- Contribuer à l'amélioration de l'accessibilité financière aux produits pharmaceutique en soutenant le processus de finalisation et de mise en œuvre de la stratégie nationale du Cameroun vers la couverture sanitaire universelle en complément de l'appui du BIT et de l'OMS appuyer le dialogue) ;
- Assurer le fret et l'assurance des produits de santé importés pour le VIH et la TB.

Stratégie 7 : Renforcement du SIGL de la chaîne pharmaceutique (circuit de collecte et analyses des données des formations sanitaires en dans les structures d'approvisionnements central et intermédiaire) et du système de suivi et évaluation

- Rendre opérationnel le SIGL avec l'appui des PTF (UNFPA, GIZ, MSH et CHAI) qui accompagne la DPML dans la mise en place d'un système logistique informatisé pour le suivi des stocks dans le pays.
- Renforcer le SIGL sur la chaîne pharmaceutique (de la CENAME en passant par le CARP jusqu'aux formations sanitaires) ;
- Intégrer progressivement les données du SIGL au SNIS.

- **Informatiser la dispensation des ARV** : Au moins 6 sites à file active importante se servent du logiciel VINDATA de dispensation d'ARV
- Approvisionner tous les CAPR/FPRS en outils de gestion de stock harmonisés ;
- Organiser les missions de supervision trimestrielle du système GAS (Gestion des intrants) dans les régions.

Stratégie 8 : Coordination et partenariat

- Formaliser l'existence et le fonctionnement des cellules de coordination des approvisionnements
- Organiser des réunions de plaidoyer auprès des PTF pour que les médicaments à acquérir dans le cadre des programmes répondent aux exigences de la législation et la réglementation en vigueur au Cameroun.
- Organiser les réunions de coordination des Unités régionales de quantification et de planification des approvisionnements des intrants;
- Organiser des ateliers trimestriels du sous-comité de quantification et planification des approvisionnements en intrants des programmes TB/VIH.

Modalités de mise en œuvre du GAS

La stratégie consistera à mettre en place des dispositifs pour assurer une gestion logistique des approvisionnements conformes aux normes et attentes (volet RSS). Cela passe par la mise en place d'un dispositif de veille (matériel et logiciels) pour le système de suivi des stocks, le renforcement de la coordination des approvisionnements entre les PTF et le Gouvernement.

Le programme envisage de doter en PDA les responsables en charge de la gestion des intrants au niveau de 66 structures de PEC qui concentre plus de 80% des PVVIH sous traitement ARV.

V.3 Suivi évaluation des interventions VIH et TB

Le système d'information actuel de la riposte contre le VIH et Sida au Cameroun est décrit dans le Plan de Suivi et Evaluation (PSE) du Plan Stratégique National de lutte contre le VIH, le Sida et les IST 2011-2015. Les principales informations stratégiques nécessaires pour la prise de décisions sont indiquées dans le PSE. Celles-ci concernent tous les secteurs de la lutte contre le VIH et le Sida. Ce qui concède à ce plan un caractère national et multisectoriel. Le système d'information actuel se décline en quatre (04) paliers indiqués ci-dessous.

- Le niveau périphérique : Il est composé des structures de santé (CSI, CMA, HD), des structures scolaires, des entreprises et des OBC. A ce niveau, l'information primaire est collectée et transmise à périodicité déterminée au niveau supérieur.
- Le niveau communal: Il comprend les comités de santé, les inspections des écoles, les services sociaux des communes et les services des autres ministères. Ce niveau assure la compilation de

toutes les données remontant du niveau périphérique et transmet les synthèses à périodicité déterminée au niveau supérieur.

- Le niveau régional: Il est composé des délégations régionales des ministères (MINSANTE, MINAS, MINPROFF, MINJEC, MINEDUB, MINESEC,...), des ONG/Associations et unités régionales de planification et de Suivi-Evaluation du GTR/CRLS. A ce niveau, les données venant des niveaux périphérique et communal sont compilées, analysées et validées avant la transmission au niveau supérieur à périodicité indiquée.
- Le niveau central: Il comprend la Section Planification, Suivi-Evaluation du GTC/CNLS, les points focaux des comités sectoriels. A ce niveau, les données transmises par le niveau régional sont compilées, analysées et validées avant d'être soumises à la validation du Groupe Technique de Travail Suivi et Evaluation.

Obstacles / Insuffisances du Système d'information sanitaire et suivi-évaluation

L'augmentation de la couverture en ARV va entraîner un système d'information sanitaire et de suivi évaluation robuste. Il importe donc de passer en revue les insuffisances dans ses 12 composantes selon une analyse récente effectuée par le GTC-CNLS.

1. Structures institutionnelles ayant des fonctions de suivi et évaluation du VIH

- Insuffisance de coordination nationale du SI (Absence d'unité(s) dans la SPSE au niveau central ; Absence de poste de gestionnaire des bases de données au niveau Central) ;
- Insuffisance de personnels formés en suivi évaluation ;
- Insuffisance de supervision du personnel en charge du Suivi Evaluation ;

2. Capacités humaines en matière de suivi et évaluation du VIH

- Absence d'un plan de renforcement des capacités en Suivi et Evaluation ;
- Absence d'une base de données de ressources humaines (formateurs, formées et non formées) en suivi-évaluation ;
- Absence d'un curricula de formation en suivi-évaluation du VIH ;
- Irrégularité du paiement des primes/salaires du personnel clé (ACRR, ARC, ...) du suivi évaluation.

3. Partenariats pour planifier, coordonner et gérer le système de suivi et évaluation du VIH

- Absence d'un mécanisme de feedback systématique après les supervisions;
- Absence de cartographie des interventions et des intervenants;

4. Plan multisectoriel national de suivi et évaluation du VIH

- Insuffisance de réunion de coordination du système de suivi évaluation;
- Non existence d'un plan de travail annuel national de suivi et évaluation;

5. Plaidoyer, communication et culture concernant le suivi et évaluation

- La fréquence d'évaluation des performances du système de suivi et évaluation n'est pas déterminée;

- Les informations stratégiques nécessaires pour le plaidoyer ne sont pas toujours disponibles en temps voulu. Celles disponibles ne sont pas toujours diffusées à large échelle;
- Les cadres intervenants dans le suivi et évaluation non pas de profil de carrière au sein de leur structure (pour ce qui du GTC-CNLS);

6. Base de données nationales et infranationales sur le VIH

- Absence d'une base de données nationale dans le Système d'information stratégique ;
- Absence d'une harmonisation du fichier des synthèses des données PTME ;
- Absence d'une base de données informatisée au niveau des District de santé
- Absence d'un mécanisme de contrôle qualité pour garantir l'exactitude des données saisies ;
- Insuffisance du matériel et fournitures informatiques ;
- La base de données existante renferme uniquement les données du secteur santé.

7. Suivi des programmes courants

- Absence d'un manuel de concepts et de définitions des indicateurs
- Absence d'un guide de collecte, de traitement, d'analyse et de rapportage des données
- Absence d'un guide de contrôle de la qualité des données
- Insuffisance du matériel et des équipements nécessaires pour le suivi et évaluation
- Les outils de collecte et de synthèse de données ne sont pas standardisés dans les structures qui offrent les mêmes services
- La qualité des données n'est pas toujours vérifiée par les personnes mandatées avant la transmission au niveau supérieur
- Toute la documentation nécessaire pour l'audit des données n'est pas toujours disponible lors du passage des auditeurs
- Le personnel en charge des données au niveau périphérique ne vérifie pas systématiquement la complétude et l'exactitude des données avant de les agréger ;
- L'archivage des rapports de synthèse n'est pas systématique.

8. Supervision formative et vérification des données

- Irrégularité des supervisions/audits à tous les niveaux
- Absence/insuffisances des feedback des supervisions et des audits/contrôle de qualité des données ;
- Absence d'un manuel de procédures sur l'audit/contrôle de la qualité des données ;

9. Enquêtes et surveillance

- Il n'existe pas un inventaire exhaustif, mis à jour tous les 12 mois, de toutes les enquêtes et études en rapport avec le VIH;
- Les enquêtes de bio-surveillance ne pas toujours réalisées en temps voulu (par exemple, intervalle de 2 ans pour les enquêtes sentinelles);
- Les enquêtes bio-comportementales à caractère national ne sont pas réalisées à intervalle de 2 ou 3 ans;

- Les enquêtes statistiques portant sur les services liés au VIH et Sida offerts dans les FOSA ne sont pas organisées tous les 2 ou 3 ans.

10. Evaluation et recherche concernant le VIH

- Absence d'un agenda de recherche des études avenir à réaliser dans le domaine du VIH
- Faible dissémination des résultats de recherche sur le VIH
- Non-respect de l'agenda des ressources planifiées liée notamment à la lourdeur des procédures

11. Diffusion et utilisation des données

- Absence d'un plan stratégique de communication validé ;
- Absence d'une évaluation des besoins en information des différentes parties prenantes dans le domaine de lutte contre le VIH
- Faible dissémination des informations générées par le système d'information du VIH.

Cibles et défis

- La mise en place d'un système intégré utilisé par tous (SNIS inclusif et opérationnel)
- Le partage optimal des données et l'effectivité de la rétroinformation pour l'utilisation des données
- La motivation du personnel

STRATEGIES

Les stratégies ci-après sont proposées pour améliorer le SNIS et le suivi-évaluation :

- **Gouvernance :**
 - Renforcement de la coordination
 - Prise en compte des données logistique et communautaire
 - Elaboration des normes (manuel de concepts et de définitions des indicateurs),
 - Organisation du dispositif de collecte des données des communautaires et autres groupes vulnérables ;
- **Informations stratégiques :**
 - Intégration des bases de données informatisées,
 - Production périodique d'informations stratégiques
- **Transmission et remontée des données**
 - Elaboration des outils harmonisés
 - Financement pour transmission des données
 - Informatisation des données : outils électroniques et base de données

- **Ressources humaines**

- Recrutement/rétention du personnel (surtout de saisie au niveau régional)
- Renforcement des capacités
- Mise en œuvre d'un plan de supervision.

DRAFT

VI. ANNEXES

Le tableau n°XXX résume les normes de personnel dans la prestation de services par catégorie.

Ceci implique de faire l'état des lieux aussi complet que possible des réseaux de PEC par Région. En fonction des résultats, proposer les besoins évolutifs de renforcement en fonction des normes.

Tableau 16: Normes de personnel dans la prestation de services Catégories de personnel	Situation de base de 2015	Sites TARV < 100 malades (18)	Entre 100 et 500 malades (70)	Sites TARV de 500-1000 malades (32)	Sites TARV de 1000-4000 malades (42)	Sites TARV de >4000 malades (4)	Site PTME option B+ qui ne sont pas CTA/UPEC
Medecins		0	1	2	3	4	0
Infirmiers		2	3	3	6	6	2
Laborantins		1	1	2	3	4	1
Psychologue (conseiller)		1	1	1	1	2	0
ARC		1	2	3	4	6	1
Assistant social		0		1	2	3	0
Commis de pharmacie et/ou dispensateur		1	1	1	2	2	1
Pharmacien		0	0	0	1	1	0
Agents charge de remplissage des registre		1	1	2	2	3	
Total		7	10	14	24	30	5